
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10


VIALETTE
2002

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

1937

PARIS

SOCIETÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION

17, RUE CASSETTE, 17

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CENT DIXIÈME ANNÉE

1937



PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1937

N° 1. — SAMEDI 2 JANVIER 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Le jury du concours de l'Internat (oral) est définitivement composé de : MM. Fiessinger, Péron, Courcoux, Milhit, Haguenau, Jean Berger, Boppe, Redon, Küss, Jeannin.

Préfecture de police. — Un concours pour l'admission à des emplois de médecin suppléant au service médical de nuit aura lieu à la préfecture de police, le mardi 16 mars 1937. Le registre d'inscription est ouvert, dès à présent, à la préfecture de police (personnel), où tous renseignements seront fournis aux candidats. Il sera définitivement clos le samedi 30 janvier 1937, à 12 heures.

Faculté de médecine de Marseille. — Des concours s'ouvriront à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de Marseille : 1° le 5 avril 1937, pour un emploi de *chef de clinique oto-rhino-laryngologique ;* 2° le 31 mai 1937, pour un emploi de *chef de clinique de chirurgie infantile*. Conditions d'admission : Français ou naturalisé, moins de 40 ans, docteur en médecine.

Inscriptions au moins 8 jours avant l'ouverture des concours, au secrétariat de la Faculté.

Guerre. — *Active.* — Sont promus au grade de médecin colonel :

MM. Jeandin, Moy, Delacroix, Le Bourdelès, Fribourg-Blanc.

Au grade de médecin lieutenant-colonel :

MM. Guilmain, Brugeas, Adde, Poy, Rey, Debord, Benazet-la-Carre.

Réserve. — Au grade de médecin colonel :

MM. Debeyre (1re région), Argaud (17e rég.), Perrin (20e rég.), Delmas (16e rég.), Louet (Paris) ;

Au grade de médecin lieutenant-colonel :

MM. Flandin (5e rég.), David (1re rég.), Hamou (19e C. A.), Cibrie (Paris), Abadie (19e C.A.), Huber (Paris), Descomps (17e rég.), Schmitt (6e rég.), Couronnet (11e rég.), Martin (Paris), Giraud (19e C.A.).

— Sont nommés au grade de médecin général, les médecins colonels Causeret et Dircks-Dilly.

Ministère de la Santé publique. — M. le docteur Bessière, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés d'Evreux, a été affecté à l'asile public d'aliénés de Clermont (Oise).

— Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant au quartier d'hospice réservé aux aliénés de Poitiers (Vienne).

Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Bordeaux. — Bureau pour 1937 : Président, M. le professeur Creyx ; vice-président, M. le professeur Jeanneney ; secrétaire général, M. le professeur Massé.

Exposition internationale des hôpitaux à Milan (10-27 avril 1937). — Une des attractions de la prochaine foire de Milan sera l'exposition internationale des hôpitaux, sous la présidence du sénateur Puricelli. Cette exposition est due à l'initiative de l'Ospedale Maggiore de Milan.

Parmi les organisateurs se trouvent nos éminents confrères, le prof. grand officier Piccinini, directeur des *Acta medica italica ;* le prof. grand officier Francesco Saverio

Mosso, président des hôpitaux civils de Gênes et président de l'Association internationale des hôpitaux ; le docteur F. Pulcher, le prof. Castelli, M. Angelo Portalupi et le professeur Enrico Ronzani.

L'exposition comprend quatre sections : technique constructive, administration, technique industrielle, protection anti-aérienne.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU TITRE DE DOCTEUR DENTISTE

Une note communiquée par l'Association corporative des Etudiants en médecine de Paris, et publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 23 décembre, relative à une mesure transitoire qui est inscrite dans un avant-projet de loi, portant création du « doctorat en médecine à mention » et réforme du statut dentaire, tend à présenter cette mesure comme une atteinte aux garanties qui doivent être données aux tiulaires du doctorat en médecine.

Cette conception comporte une méconnaissance évidente des dispositions législatives entrevues par une commission interministérielle qui ne saurait être suspecte — comprenant le directeur de l'Enseignement supérieur et le professeur Roussy — de vouloir diminuer les droits que les docteurs en médecine tiennent de leur diplôme.

La mesure incriminée est un titre de « docteur dentiste » qu'il conviendrait d'accorder aux chirurgiens-dentistes en exercice, au jour où l'Etat cesserait de délivrer leur diplôme.

Le titre de « docteur dentiste » ne serait qu'une appellation à caractère rigoureusement honorifique. Ce ne serait, en rien, un nouveau doctorat : aucun diplôme ne l'accompagnerait et il est seulement prévu que les chirurgiens-dentistes pourraient en faire usage pour remplacer le titre qu'ils tiennent aujourd'hui de leur diplôme. Ce titre ne ferait que confirmer un état de fait, consacré par l'usage.

Le Comité de l'Association corporative des Etudiants en médecine de Paris s'égare indubitablement quand il parle d'un « doctorat dentaire » et quand il dit que celui-ci prêterait à confusion avec le doctorat en médecine. Modifier le titre professionnel des chirurgiens-dentistes n'aboutirait, en aucune manière, à créer un doctorat, et c'est seulement le diplôme de chirurgien-dentiste que ces praticiens ont conquis qui réglementerait la forme de leur exercice.

La réforme dentaire est nécessaire ; elle se fera, puisque deux Assemblées générales de la Confédération des Syndicats médicaux ont défini, en 1933 et en 1936, dans quel sens elle doit être recherchée. Or, une réforme ne s'accomplit pas sans que diverses compensations soient accordées à ceux dont le diplôme cesse d'être délivré par l'Etat. Le titre honorifique de « docteur dentiste » se recommande, sur ce plan, du fait qu'il ne saurait être confondu avec le grade de « docteur en médecine » et qu'il n'autoriserait pas ses titulaires à faire précéder leur nom patronymique du titre de « docteur », lequel demeurera l'apanage exclusif des seuls docteurs en médecine... et c'est là une notion capitale !

Au surplus, l'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux, réunie le 19 décembre, lui a donné son approbation, et une élémentaire discipline commande de respecter une décision que le corps médical organisé n'a pas prise à la légère.

Le Président du Syndicat général des Médecins stomatologistes français,
BÉLIARD.

COURS ET CONFÉRENCES

PATHOLOGIE MÉDICALE. — Professeur : M. Pierre ABRAMI. — Deuxième série (janvier-février). M. Etienne BERNARD, agrégé : *Tuberculose pulmonaire* : M. Paul CHEVALLIER, agrégé : *Maladies du sang.*

M. Etienne Bernard commencera ses leçons le mercredi 13 janvier 1937, à 18 heures, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre.

M. Paul Chevallier commencera ses leçons le jeudi 14 janvier 1937, à 18 heures, et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — Professeur : M. Maurice LOEPER. — Le professeur Th. HERNANDO, de la Faculté de médecine de Madrid, fera, le jeudi 14 janvier, à 11 heures, à l'amphithéâtre Hayem de la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, une conférence sur : *La Porphyrie. Ses manifestations digestives, cutanées et oculaires.*

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU. — *Conférences de neurologie oculaire.* — MM. Tournay et Velter commenceront, le mardi 19 janvier 1937, à 18 heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren), une série de conférences de neurologie oculaire.

Ces conférences, publiques et gratuites, se continueront, à la même heure, du mardi 19 janvier au jeudi 25 février.

Medicus 1937, Guide-Annuaire du Corps Médical Français in-8 raisin, relié pleine toile, 1.432 pages. Prix : 35 fr. (France et Colonies, 40 francs). Amédée LEGRAND. Editeur, 93, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

Cet Annuaire qui, depuis sa fondation, n'a cessé de prouver sa grande utilité par ses modifications successives, présente son édition 1937 établie, malgré les difficultés économiques actuelles, dans le même esprit et avec toutes les modifications qui étaient nécessaires.

Conservant la même disposition ainsi que les différents papiers de couleurs distinguant les chapitres, l'éditeur s'est attaché, surtout, à la révision des deux parties (Documentation et Annuaire), de façon à ce que les adresses de MM. les Praticiens soient complètement à jour.

Il espère ainsi que Medicus 1937 donnera pleine satisfaction à ses nombreux souscripteurs.




PRIMUM NON NOCERE
NEVROSTHENINE
Aucune contrindication



REVUE GENERALE

LE TREMBLEMENT

Etude physiopathologique, clinique et thérapeutique

Par FERNAND LÉVY

Le tremblement n'est pas un de ces symptômes rares, difficiles à rechercher et nécessitant un examen minutieux. D'ordinaire, il se reconnaît d'emblée. La vue suffit dans la majorité des cas, et le toucher par la sensation vibratoire permet de déceler la trémulation plus légère. Si l'existence en est facile à constater, si les associations morbides dont il fait partie sont aisément diagnostiquées, par contre la physiologie pathologique est restée obscure, et le traitement, quand on ne peut agir sur la cause, se montre décevant.

Cliniquement, le tremblement est caractérisé par des oscillations rythmées, involontaires, de vitesse, de cadence et d'amplitude variables, que le corps, mais plus souvent un de ses segments, ou des muscles isolés, décrivent autour de leur position d'équilibre. Ces oscillations, toujours liées à la contraction musculaire, font par conséquent défaut pendant le sommeil et les périodes de relâchement complet des muscles. Elles sont une manifestation d'hypertonie neuromusculaire, et s'accompagnent parfois, dans les formes intenses, de contractions musculaires apparentes.

Le tremblement peut être *généralisé ;* ce n'est pas le cas habituel. L'exemple typique en est le frisson des états fébriles ou le tremblement postcommotionnel, postémotionnel. Il est ordinairement *localisé*, le plus souvent, aux extrémités supérieures (c'est là qu'on a l'habitude de le rechercher), parfois aux extrémités inférieures ou au pôle céphalique. Il a été signalé aussi au niveau des muscles du thorax et du diaphragme. Il peut être limité à un certain nombre de muscles : muscles de la langue, des lèvres, du larynx, ou à un seul, surtout à la face : orbiculaire des lèvres, des paupières. Il occupe, dans certains cas, toute une moitié du corps (hémitremblement).

Suivant son *amplitude*, le tremblement est *léger*, fin, menu, et alors il faut user, pour le déceler aux membres supérieurs, de divers artifices : extension posturale des avant-bras, mains en pronation, avec palper des extrémités donnant une sensation vibratoire ; feuille de papier sur la face dorsale des mains, rendant plus visible la trémulation. Le tremblement peut être *évident* et d'emblée perceptible. Il peut être enfin *intense*, soit statique à grandes oscillations régulières semblant reproduire un mouvement, ou très amplifié à l'occasion de contractions musculaires volontaires.

Suivant la *vitesse*, Charcot distinguait : des tremblements lents (4 à 5 oscillations par seconde), dont le type est le Parkinsonien ; des tremblements moyens (6 à 8 par seconde), symptomatiques d'états névropathiques ; des tremblements rapides (8 à 12 par seconde), personnifiés par celui du Basedow, de la paralysie générale. Cette classification vraie *à priori* ne répond plus à l'ensemble des faits. Il existe un rapport aisément compréhensible, entre l'amplitude et la vitesse d'un tremblement qui varient en proportion inverse : un tremblement intense est, en général, un tremblement lent ; un tremblement léger est, au contraire, un tremblement rapide.

Le *rythme* ou cadence du tremblement se présente régulier ou irrégulier.

Sa *durée* est variable : il en est d'aigus, transitoires et passagers, tel le frisson ; il en est de chroniques, tels le tremblement dit essentiel, le parkinsonien, celui du goitre exophtalmique.

Il est classique de distinguer et d'opposer un *tremblement statique* ou *de repos*, dont le type est le parkinsonien, qui disparaît souvent lors d'un mouvement, et un *tremblement cinétique* ou *intentionnel*, représenté par la sclérose en plaques ou une lésion du cervelet, qui semble exister uniquement et s'amplifier à l'occasion d'un mouvement.

Dans la réalité, *un tremblement est toujours à la fois cinétique et statique*, c'est-à-dire qu'il s'observe pendant et durant les contractions musculaires ; il doit donc être recherché successivement, et dans la position statique, et pendant l'exécution de l'acte moteur. On peut toujours retrouver les deux éléments, mais très inégaux ; tantôt le statique l'emporte, tantôt le cinétique est prédominant. Là où on constate du tremblement statique on observe, s'il n'y a pas hypertonie musculaire trop prononcée, un tremblement cinétique qui est en réalité *terminocinétique*, parce qu'il se décèle seulement à la fin du mouvement. Il se produit par exemple, dans l'action de placer lentement l'index sur le bout du nez : au moment où le doigt arrive au point indiqué, il plane un temps très court avant de se poser. Là où on constate du tremblement cinétique, on observe toujours, parfois avec difficulté, l'existence d'un tremblement statique associé. Dans de rares observations, tremblement cinétique et statique coexistent à égalité. L'influence de la vue est assez variable. Si l'occlusion des yeux ne modifie pas l'élément statique, elle accentue quelquefois la trémulation terminocinétique. L'expression tremblement au repos est mal choisie, autant qu'inexacte : il n'y a pas de tremblement au repos. Un sujet semblant dans cette attitude et qui tremble, a en réalité ses muscles contractés, tel le parkinsonien dont on a fait un exemple de cette variété. Puisque le phénomène se passe uniquement pendant la contraction musculaire en évolution ou fixée, il doit être en rapport intime avec la dite contraction. Il est avéré que les muscles de l'individu trémulant « sont en général tendus, contracturés » (Roger et Crémieux). Les mouvements passifs du trembleur s'accompagnent d'une résistance musculaire, tantôt molle et ininterrompue, tantôt dure et à saccades, comme si la contraction s'effectuait au niveau d'un système à crans (syndromes striés).

L'étude graphique du tremblement est susceptible de nous fournir d'intéressantes précisions à ce sujet, à condition qu'elle soit pratiquée avec des appareils aussi perfectionnés que possible, pour éliminer toute cause d'erreur. Nous avons utilisé avec D. M. Gomez *la piézographie instantanée et directe*, rigoureusement isométrique et très supérieure aux méthodes

mécaniques habituellement employées, puisque l'inertie de l'appareil est pratiquement nulle. En outre, la fréquence propre est supérieure à celle du phénomène étudié. Nous avons pris des tracés de tremblements nettement pathologiques et de tremblements artificiellement provoqués.

Si l'on enregistre au piézographe le tremblement d'un sujet en état de contraction fixée statique, on obtient un tracé horizontal, accidenté par une série de petits soulèvements irréguliers, tantôt acuminés en clocher, tantôt à sommet bifide, tantôt arrondis, au nombre de 6 à 20 ou 22 par seconde, en rapport avec la nature du tremblement (fig. 1).

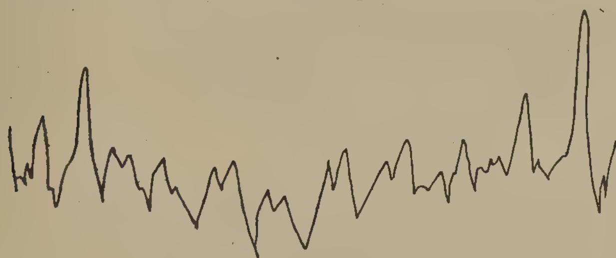


Fig. 1. — Piézogramme d'un tremblement de goitre exophtalmique (temps en 1/5e de seconde.

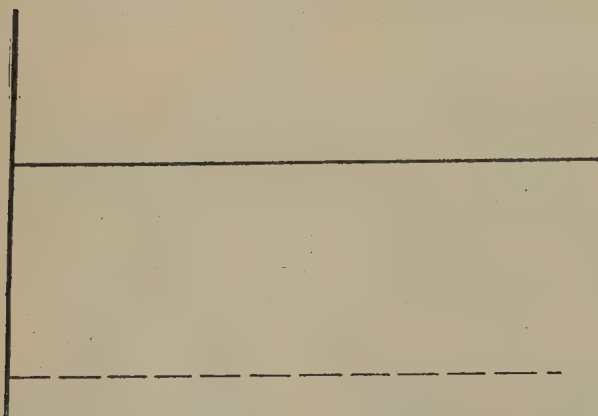


Fig. 2. — Piézogramme du muscle en relâchement.

Si l'on inscrit un tremblement pendant un mouvement, les sinuosités caractéristiques s'étalent, nettement accusées, faisant saillie sur le tracé ascendant et descendant de la contraction. Essaie-t-on de placer le sujet dans le relâchement complet, ce qui est extrêmement difficile, sinon parfois impossible, les oscillations disparaissent : le tracé devient une ligne droite horizontale, comme chez le sujet normal en état de repos musculaire complet (fig. 2).

Il semblait intéressant de confronter ces tracés avec ceux obtenus chez des individus normaux, ne présentant pas de tremblement apparent. Voici alors ce qu'on observe.

Les muscles étant entièrement relâchés, on a une ligne droite horizontale, sans accident. Fait-on contracter le muscle, le mouvement se trouve enregistré sous forme d'une courbe ascendante, puis descendante, montrant çà et là, sur son parcours, de menus soulèvements (fig. 3). Sur le muscle maintenu en contraction durable et fixe, seules ces oscillations petites, irrégulières, au nombre de 8 à 12 par seconde, accidentent le tracé devenu horizontal (fig. 4).

De ces constatations découle que, chez l'individu normal, ne présentant pas de tremblement clinique visible, les mêmes oscillations que chez les trembleurs se trouvent inscrites par le piézographe, mais très atténuées. Elles manifestent le tremblement physiologique qui existe chez tous les sujets, décelé uniquement par le graphique. On est donc en droit de conclure qu'il existe un *tremblement physiologique normal*, que nous avons appelé, par rapport à la variété cliniquement constatable, un tremblement en miniature. L'injection de médicaments sympathicomimétiques, en même temps qu'elle provoque un *tremblement artificiel* visible, exagère les oscillations ; l'injection de produits antisympathiques ou parasympathicomimétiques les diminue et les minimise. Il y a là un fait important, du point de vue thérapeutique.



Fig. 3. — Piézogramme du muscle en contraction cinétique.

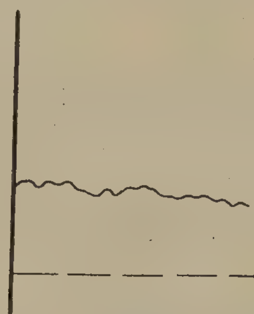


Fig. 4. — Piézogramme du muscle en contraction statique.

Les oscillations piézographiques de la contraction musculaire évolutive et fixée représentent aussi, à notre avis, le tonus du muscle squelettique. Rappelons brièvement les conceptions du tonus. Les physiologistes et les cliniciens décrivent sous le nom de tonus des faits différents.

Pour les physiologistes, le tonus est un phénomène d'activité musculaire, en rapport ou non avec la contraction, mais toujours sous la dépendance du système nerveux.

Pour les cliniciens, le tonus se reconnaît par simple exploration physique, soit simplement à la vue, dans le repos : comparaison de deux régions symétriques, ou dans l'exécution d'un mouvement passif, qui s'effectue plus complètement d'un côté que du côté opposé ; soit par le palper : sensation de consistance, de tension du muscle en relâchement.

Les deux catégories de savants distinguent un tonus normal, diminué (hypotonie), exagéré (hypertonie), ou modifié (dystonie).

En se plaçant sur le terrain physiologique, on peut classer sous trois groupes les conceptions des auteurs.

Pour les uns, le tonus n'a aucun rapport avec la contraction musculaire : ou il représente un état de tension du muscle au repos (J. Muller), ou c'est un état de tension permanent, involontaire (Vulpian, Foix).

Pour d'autres (Langelaan, Piéron), le tonus existe à la fois dans le relâchement (tonus de repos), et pendant la contraction (tonus contractile).

Une troisième catégorie d'auteurs l'envisage comme un phénomène lié à la contraction musculaire, mais surtout à la contraction statique (Brondgeest, Sherrington). Un petit nombre, parmi lesquels Ramsay Hunt, considèrent que le tonus se rattache également à la contraction cinétique. « Le tonus, écrit-il, suit le mouvement comme une ombre. » Stanley Cobb insiste « qu'ils sont accolés et ne peuvent être séparés ». Tonus et contraction musculaire sont, en effet, étroitement liés ; non seulement le tonus se manifeste pendant une attitude, mais il accompagne le mouvement.

Il suffit d'examiner les tracés du muscle en relâchement, pour se rendre compte qu'il n'y a aucun phénomène d'activité motrice dans le muscle au repos. Les oscillations n'apparaissent que sur les muscles en contraction statique ou cinétique. Ces accidents du tremblement en miniature représentent le tonus, force d'association contractile en variation constante, qui produit et maintient un ensemble de contractions musculaires.

En résumé, il y a un *tremblement physiologique* constant, qui est le tonus, perceptible graphiquement chez tous les sujets, et il y a un *tremblement clinique* inconstant, appréciable à la vue et au toucher, qui est purement et simplement l'exagération du premier. Cette modalité grossièrement perceptible est le signe d'un état morbide, ou tout au moins la manifestation d'une surexcitation de l'appareil neuromusculaire.

Signalons un procédé très simple pour amplifier et rendre évident le tremblement physiologique. Il suffit à un sujet ne présentant pas de tremblement visible, de porter aux yeux une jumelle stéréoscopique. La trémulation des membres supérieurs apparaît déjà avec un grossissement de 4 à 5 diamètres, pour devenir intense avec les instruments qui grossissent au delà de 9 et 10 diamètres. L'explication de cette révélation du tremblement est malaisée à trouver.

La conception du tremblement physiologique n'est pas nouvelle : elle date de *Busquet* (1904). Cet auteur put mettre en évidence par une méthode graphique encore rudimentaire ces oscillations qui existent chez tous les sujets, à l'intérieur des muscles du membre supérieur en extension. Avant lui, l'expression de tremblement physiologique aurait été employée pour la première fois par Valenzuela (1879), mais dans un sens un peu différent. Il désigne en effet, sous ce nom « celui qui n'accompagne, ni ne précède aucune maladie et ne produit aucun trouble dans la santé ; le tremblement est des plus vulgaires, et ses causes sont l'action du froid ou une influence morale ». *Pitres* le croit rare. *Achard* signale qu' « un certain nombre de sujets indemnes d'affections susceptibles de s'accompagner du symptôme tremblement, tremblent cependant en leur état parfaitement normal ». Le tremblement physiologique serait considéré, dit Busquet, comme un « tremblement normal existant indépendamment de tout état morbide ». L'auteur remarque que cette définition est incomplète, puisqu'elle peut s'appliquer au tremblement essentiel et héréditaire. « Le tremblement physiologique, écrit-il, est défini par ces deux particularités, de ne pas être un symptôme morbide et de ne pas constituer un état pathologique essentiel. » *Déjerine* le qualifie « une modification brusque et passagère de la tonicité de l'appareil neuromusculaire ». Ce serait un trouble occasionnel, accidentel, aigu, dont font partie les tremblements de la fatigue, des émotions, du froid brusque, du frisson fébrile. Il y place aussi les trémulations observées chez les individus conduisant une machine produisant des vibrations continues (mécaniciens de chemin de fer, automobilistes, aviateurs). En résumé, le tremblement physiologique ainsi compris est un tremblement grossièrement visible, et qu'on peut provoquer presque à volonté. *Boudet* (1880) le fait apparaître sous forme d'oscillations très marquées lorsqu'il exerce des tractions d'extension à l'aide d'un lien élastique fixé au poignet.

Cette première conception du tremblement physiologique évolue radicalement avec Busquet.

En prenant des graphiques, ce dernier a constaté l'existence d'un tremblement chez tous les individus. Il observe que le phénomène, de vitesse uniforme, mais d'amplitude irrégulière, n'existe pas au repos. Il note « l'apparition du tremblement dans la contraction musculaire faible ou violente, son exagération passagère par le froid, la fatigue et les émotions, sa vitesse de 7 oscillations par seconde ».

Binet considère le tremblement physiologique comme un fait constant. « L'exploration graphique, faite à l'aide d'un dispositif suffisamment sensible, montre nettement l'existence d'un tremblement menu chez tous les sujets examinés ; c'est-à-dire que le tremblement est un phénomène normal, physiologique, constant ». Comme Busquet, cet auteur remarque qu'il ne disparaît que si le segment du membre étudié est « au repos complet, en résolution totale ».

On a vu qu'avec Gomez, par la méthode piézographique, nous avons mis en évidence ce tremblement physiologique, qu'on trouve chez tous les individus normaux, uniquement lorsqu'ils sont en contraction musculaire active (cinétique) ou fixée (statique). Il s'intègre dans la contraction sans s'identifier ou se confondre avec elle. Il s'extériorise par les émotions : peur, colère, joie ; par le refroidissement général, par la douleur, qui l'amplifient. La respiration le modifie (Binet). La volonté de l'individu est sans action sur sa genèse, en dehors de la contraction musculaire, mais agit quelquefois au début sur l'intensité des oscillations. Réalité physiologique, le tremblement graphique s'identifie au tonus. Lorsqu'il devient pathologique et cliniquement visible, il constitue une anomalie, une déformation, un trouble du tonus.

Il n'y a en tout cas qu'un seul *tremblement physiologique* : c'est celui que met en évidence, sur tous les sujets normaux, le tracé graphique. Dès qu'il tom-

be sous l'appréciation grossière des sens, il s'agit d'un *tremblement clinique*. Ce tremblement visible comprend d'une part ce qu'on appelait avant Busquet tremblement physiologique, et d'autre part, toute la gamme des tremblements pathologiques.

Aperçu clinique des tremblements. — Une classification logique des tremblements est malaisée. Il s'agit, en effet, d'un symptôme d'aspect variable, suivant les syndromes morbides dans lesquels il s'intègre. On pourrait se borner à les étiqueter, d'après les modalités de leurs caractères physiques (siège, intensité, rythme, vitesse, etc.) et énumérer les affections où ils se rencontrent, avec les particularités qu'ils peuvent présenter. La division en tremblement de repos et tremblement intentionnel n'a plus de raison d'être, puisqu'il n'y a pas de tremblement uniquement statique, ni de tremblement uniquement cinétique.

Le tremblement étant une manifestation d'hypertonie neuromusculaire, il s'associe ou non à des modifications de l'état physique du muscle. Suivant les cas, on peut distinguer trois variétés :

1° *Tremblements avec hypertonie musculaire évidente ;*

2° *Tremblements avec état musculaire apparemment normal ;*

3° *Tremblements avec musculature variable*, qui coïncident, tantôt avec des manifestations hypertoniques, tantôt avec une tonicité d'aspect normal.

Sans les énumérer ici tous, on se limitera à quelques exemples.

1. Tremblements a état musculaire hypertonique. — Parmi les états hypertoniques avec tremblement, il faut signaler les syndromes striés, les syndromes pyramidaux et les syndromes pédonculoprotubérantiels.

a) Tremblement des striés. — Chez les striés, le tremblement paraît le symptôme principal étroitement lié à la contracture. Permanent et surtout statique, il a été appelé à tort tremblement de repos. Ses oscillations sont peu élevées, arrondies, régulières, au nombre de 6 à 7 par seconde, plus nombreuses dans les formes postencéphalitiques. Elles sont coordonnées, reproduisant un semblant de mouvement volontaire : action de rouler une cigarette aux extrémités supérieures, mouvement de pédale aux pieds. On a fait remarquer que le tremblement parkinsonien s'atténue considérablement à l'occasion des mouvements actifs et passifs. Si le fait paraît exact cliniquement, il ne l'est pas graphiquement : on voit, en effet, lors des mouvements, les oscillations persister très fortes et s'intégrer dans la courbe de la contraction musculaire (fig. 5).

D'abord très limité, le tremblement visible progresse et envahit tout le membre ; au bout d'un certain temps, il se généralise ou se confine à une moitié verticale du corps (hémitremblement). On a signalé aussi du tremblement intentionnel à l'occasion de certains actes : écrire, coudre, ficeler un paquet (Claude).

Ce tremblement intentionnel est prépondérant dans la *maladie de Wilson* (dégénération lenticulaire). R. Hunt a décrit une forme tremblante de la dégénération hépatolenticulaire. Le sujet de son observation « associait les éléments du tremblement strié et du tremblement d'origine cérébelleuse ». Il y avait donc, dans ce cas, les caractères complets, typiques, également accusés, du tremblement intégral stato-cinétique.

b) Tremblement des pyramidaux. — On a vu le tremblement pyramidal précéder l'ictus de l'hémorragie et du ramollissement cérébral. Il fait, en tout cas, défaut dans l'hémiplégie flasque. Dès que surviennent les premiers signes avant-coureurs de la contracture : exagération des réflexes, signe de Babinski, clonus, il devient apparent. « Ce tremblement ne se montre pas chez tous les hémiplégiques ; il ne s'observe que chez ceux qui ont éprouvé, quelque temps après avoir été frappés d'hémiplégie, des douleurs névralgiques dans les membres paralysés, bientôt suivies d'un léger degré de contracture avec un commencement d'atrophie des muscles ; à l'hémiplégie flasque, succède chez le malade la possibilité d'exécuter quelques mouvements, c'est alors qu'on

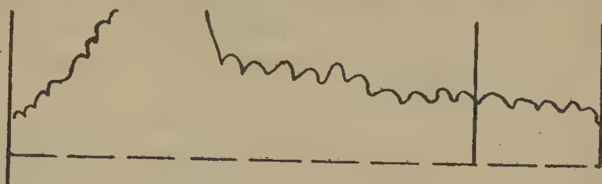


Fig. 5. — Piézogramme du tremblement cinétique et statique du parkinsonien.

voit se manifester dans les jambes, puis surtout dans les mains, des phénomènes de tremblement. Le tremblement ne se produit pas pendant le repos, mais on peut le faire apparaître en faisant élever le bras et en le plaçant dans la flexion ou dans l'extension forcée ; on voit alors une trémulation très marquée s'emparer de la main et du bras tout entier ; ce tremblement est à oscillations brèves, rapides, d'une étendue variable, et persiste quelquefois après que le bras a repris sa position habituelle... Il doit être distingué des phénomènes d'hémichorée observés également chez les hémiplégiques. »

On observe chez les pyramidaux à la période de contracture, ou un peu avant, l'épilepsie spinale de Brown-Séquard, ou *clonus*, appelé encore trépidation épileptoïde. Elle s'obtient en portant fortement le pied dans la flexion, la jambe étant fléchie sur la cuisse pour éviter le faux clonus. Cette variété de tremblement se compose d'oscillations rapides plus ou moins égales. Il s'associe fréquemment au signe de Babinski.

c) Tremblement mésocéphalique. — Les syndromes pédonculoprotubérantiels sont dus en général à des lésions de la calotte pédonculaire, où noyau rouge et voies cérébelleuses sont toujours atteints. Le prototype en est le *syndrome de Benédickt*, paralysie de la 3e paire d'un côté, hémitremblement avec ébauche d'hémiplégie du côté opposé. Il s'agit en somme d'un

syndrome de Weber, où l'hémiplégie se trouve remplacée par un tremblement. Souques, Crouzon et Bertrand nient que le syndrome de Bénédickt s'accompagne jamais d'hémiplégie, ou même de signes pyramidaux. Pour eux, il caractérise exclusivement une lésion destructive du noyau rouge. Il est accompagné de mouvements choréo-athétosiques. Le tremblement se retrouve aussi à titre de symptôme des tumeurs du mésencéphale.

II. TREMBLEMENTS AVEC ÉTAT MUSCULAIRE NORMAL. — Le tremblement qu'on observe avec des muscles en apparence normaux, se rencontre dans des affections aiguës, comme dans des maladies chroniques.

a) *Tremblements aigus.* — L'exemple le plus connu est le frisson des manifestations fébriles toxi-infectieuses. Il peut être unique, bruyant, intense, prolongé (paludisme, pneumonie, septicémies surtout streptococciques). Il débute par une forte sensation de froid avec claquement de dents dû aux secousses dont sont animés les masséters. De là, il s'étend aux muscles du cou, et se généralise bientôt à toute la musculature du corps. Il peut durer de quelques minutes à une demi-heure et une heure. Pendant ce temps, le sujet est pâle avec horripilation. Le frisson est suivi d'un stade de chaleur et de sueurs.

Au cours d'états infectieux moins violents, on observe de multiples frissonnements, par poussées, parfois si petits qu'ils passent totalement inaperçus. Fernet a bien décrit le tremblement des infections adynamiques : trémulations des lèvres et des membres supérieurs, associées à des secousses fibrillaires ; il est généralement indépendant d'une encéphalite.

Est aigu aussi, le tremblement émotionnel consécutif à la peur, à la colère, plus rarement, aux grandes joies.

b) *Tremblements subaigus.* Ils constituent la forme de transition entre les variétés aiguës et chroniques. Ils sont en général consécutifs à une infection, surtout pneumonique, quelquefois digestive. *Wieland* les a décrits particulièrement chez les enfants, et a réuni les observations antérieurement publiées avec les siennes (30 cas au total). Manifestation d'une encéphalite post-infectieuse, ils sont spontanément curables. « Il s'agit, écrit Wieland, de tremblement généralisé, au début brusque, qui frappe presque exclusivement des enfants de 1 à 4 ans et qui se termine par une guérison sans séquelles, en quelques semaines, au maximum en quelques mois. » On a noté à la suite, mais rarement, du nystagmus et de la dégénérescence mentale. Des faits analogues se voient chez l'adulte, au cours d'états encéphalitiques.

c) *Tremblements chroniques.* — Nombre de maladies chroniques s'accompagnent de tremblement statocinétique. Il faut signaler en premier lieu certaines infections : paralysie générale, paludisme (Jeanselme, de Brun) ; des intoxications, soit alimentaires (alcool, café), soit professionnelles (plomb, mercure), soit médicamenteuses, pures (aconitine, colchicine, extrait surrénal) (Boinet), (quinine) (Binet et Andrade) ou avec toxicomanie (cocaïne et ses dérivés, morphine). Il est à peu près constant dans plusieurs états endocrinosympathiques, tel le goitre exophtalmique. On peut en rapprocher le tremblement des épileptiques et celui des vésanies et psychoses : mélancolie, démence précoce (Guiraud), etc. On doit aussi ranger dans ce groupe le tremblement dit essentiel.

Il paraît utile d'insister sur 4 variétés intéressantes de cette catégorie : tremblement thyroïdien, tremblement des épileptiques, tremblement des P.G., tremblement essentiel.

1) *Tremblement thyroïdien.* — Le tremblement thyroïdien, statocinétique, est d'intensité variable, mais plutôt de type vibratoire ; tantôt limité, tantôt généralisé. Son rythme est régulier, sa vitesse rapide. Son piézogramme montre des oscillations plus nombreuses (22 à 24 à la seconde), plus amples, irrégulières. Il se présente sous forme de petits clochers inégaux, groupés par 3 ou 4, intercalés entre deux grands ; rarement 2 hauts clochers se succèdent (fig. 6).

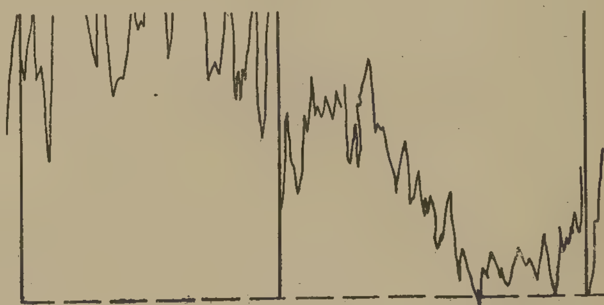


FIG. 6. — Piézogramme du tremblement d'un goître basedowifié.

Dans quelle mesure le tremblement du goitre exophtalmique est-il thyroïdien ou sympathique ? Ou serait-il secondairement thyroïdien, en suite de l'excitation primitive du Sympathique ? Cléret a fait une critique remarquable des pathogénies thyroïdienne et sympathique, et montré qu'elles expliquent inégalement les symptômes capitaux, qui paraissent plutôt ressortir à l'excitation du Sympathique. Il est avéré que les symptômes oculopupillaires, la tachycardie, le tremblement, les sueurs sont des manifestations d'irritation sympathique, auxquels on peut ajouter la congestion thyroïdienne. La sympathycectomie les modifie profondément. Il semble indiqué à ce propos, d'étudier d'une manière détaillée *l'action du Sympathique sur le tremblement en général.*

Si le tremblement, comme Binet l'a vu, est influencé par les mouvements respiratoires, il coïncide souvent avec des modifications de rapidité des battements cardiaques. C'est ainsi que le même auteur, pendant la guerre, a noté au cours de violents bombardements la survenance d'un tremblement cliniquement appréciable, associé à de la tachycardie, et ce en dehors de l'état de peur.

En provoquant un tremblement physiologique visible, par injection d'adrénaline, nous-même avons constaté en même temps l'augmentation des oscillations du tremblement physiologique normal, associé à une tachycardie sinusale (accroissement de 30 pulsations) et à de la pâleur du visage (fig. 7).

Agissant d'autre part, par une médication sympathique (hexaméthylènetétramine en injections), sur un tremblement, nous avons observé une diminution

simultanée des oscillations et de la rapidité des battements cardiaques (de 10 à 15 pulsations).

Comme on le voit, les deux phénomènes, tremblement et tachycardie, sont souvent associés et on peut dire qu'ils varient ensemble dans le même sens. N'a-t-on pas observé le fait dans des cardiopathies à pouls rapide et bondissant (signe de Musset dans les insuffisances aortiques type Corrigan) ?

Le rôle du Sympathique dans le tremblement ne se limite pas aux seules formes thyroïdiennes, et l'on a signalé des modifications du rythme cardiaque, des troubles vasomoteurs dans le tremblement dit essentiel. P. Bailliart a aussi montré l'action sympathique dans les tremblements oculaires.

Ces faits incitent à conclure à l'intervention de cette partie du système végétatif dans le tremblement.

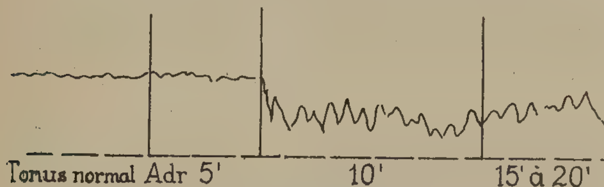


Fig. 7. — Piézogramme d'un tremblement artificiel adrénalinique. 1re phase, avant injection (tremblement physiologique). 2e phase, après injection au bout de 5', 10', 15'.

2) *Tremblement des épileptiques.* — Si on le recherche systématiquement, il se rencontre beaucoup plus fréquent de suite après les accès, ou à distance, que le fait n'a été mentionné. Si, à la fin de la crise, il peut être mis sur le compte de la fatigue, l'explication ne joue plus quand il persiste dans l'intervalle des paroxysmes. Il peut être aussi un équivalent comitial. « Chez quelques malades, écrit Dutil, les grandes attaques convulsives sont momentanément remplacées par des crises de tremblement, suivies de dépression cérébrale. » Ces attaques de longue durée peuvent se prolonger des heures et des jours entiers. Féré rapporte qu'il peut être la seule manifestation motrice d'une crise avec perte de connaissance, ou s'observer dans le cours d'un accès typique.

3) *Tremblement des P.G.* — Il est surtout statique aux membres supérieurs, mais se retrouve lors des mouvements délicats dont il gêne l'exécution. Il existe aussi à la face, où apparaissent des trémulations fréquentes des muscles : élévateur de la lèvre supérieure, orbiculaire des lèvres, zygomatiques, muscles du menton. A la langue, après l'exécution du mouvement de traction au dehors qui est hypermétrique et répété (mouvements de trombone de Magnan), on note sur l'organe des soulèvements vermiculaires fréquents, associés à du vrai tremblement. Ces phénomènes faciolinguaux sont suffisants pour expliquer en partie les troubles de la parole.

4) *Tremblement dit essentiel.* — Il constitue jusqu'à présent un symptôme sans rapport avec une maladie. On l'a appelé aussi *tremblement héréditaire :* il se retrouve, en effet, dans l'hérédité directe ou collatérale. « Il y a des familles, dit Fernet, dont tous les membres sont affectés de tremblement à partir d'un certain âge, sans qu'on puisse invoquer ni sénilité, ni excès, ni autre cause. » Minor, après Pelnar, insiste sur la fécondité et la longévité des sujets atteints de tremblement héréditaire. Il débute quelquefois au même âge, dans d'autres cas, il y a polymorphisme de début, de siège, de caractères. Il a été dénommé aussi, mais à tort *tremblement sénile*, appellation que rejette avec raison Trousseau. « D'une part, en effet, ce tremblement ne s'observe pas nécessairement chez tous les vieillards même très avancés en âge, d'autre part il se rencontre assez fréquemment chez des sujets dans l'âge mûr, et même chez des adolescents. A ce titre, l'épithète de sénile appliquée à cette espèce de tremblement est aussi vicieuse que lorsqu'on l'applique à la gangrène, qui reconnaît pour cause une oblitération artérielle, cette gangrène dite sénile pouvant se montrer à toutes les époques de la vie et n'épargnant pas même les enfants. »

Charcot (1887) est du même avis.

Il peut être congénital sans être héréditaire (Raymond et Cestan).

On l'a noté chez des jeunes gens, et associé dans ce cas à la dégénérescence mentale (Raymond et Hamaide), à la démence précoce (Tatarenko).

Il occupe surtout la tête et les membres supérieurs. On l'a cru surtout statique, mais il est facile de constater qu'il a une composante terminocinétique. « Il « s'arrête quelquefois sous l'influence de la volonté ; « mais il n'est pas rare que les efforts faits pour le « maîtriser tendent au contraire à l'exagérer. »

Il paraît cliniquement être un tremblement lent et assez régulier. Le tracé graphique ne confirme pas toujours cette apparence. Le nombre des oscillations est de 7 à 10 et 12 par seconde ; leur rythme est irrégulier ; leur forme affecte celle d'une série de pointes de clocher, tantôt très grandes et uniformes, ne dépassant 6 à 7 par seconde, tantôt inégales, les unes petites, les autres plus étendues, au total 10 à 12 à la seconde. Dans certains cas, on voit la partie ascendante de l'oscillation dentelée se terminant par un plateau un peu encoché, tandis que la partie descendante forme une ligne régulière presque verticale. Comme allure générale, ce tracé se rapproche beaucoup du tremblement dit sympathicotonique.

III. Tremblement avec état musculaire variable, soit hypertonie, soit tonicité normale.

Il se rencontre dans des affections nerveuses. On peut en signaler 3 types :

1) Le tremblement de la sclérose en plaques ;
2) Le tremblement des cérébelleux ;
3) Le tremblement des hystériques.

a) *Tremblement de la sclérose en plaques.*

Les auteurs insistent après Charcot sur ce fait que le tremblement de la sclérose en plaques est uniquement et exclusivement un tremblement intentionnel, se produisant à l'occasion des mouvements, mais n'existant pas au repos. Charcot dit qu'il cesse d'exister si les muscles sont abandonnés à un repos complet. C'est là le propre de tous les tremblements, puisque leur production exige une contraction musculaire statique ou cinétique. Si la majorité des cliniciens ne parlent que de son caractère cinétique,

Pierre Marie rappelle que « c'est... un tremblement intimement lié à l'activité musculaire, quel que soit le but de celle-ci : mouvement ou maintien d'attitude ». Peut-être est-il particulièrement intense dans la sclérose disséminée, parce que la fixation statique de l'articulation scapulohumérale, préalable à l'exécution cinétique d'un mouvement, ne peut se faire rapidement. Le tremblement est en tout cas progressif, et augmente d'intensité du début à la fin du mouvement.

Les graphiques des oscillations cinétiques sont impossibles à prendre. Les oscillations du tremblement statique sont assez brusques, d'amplitude inégale, irrégulières, au nombre de 7 à 8 par seconde, moins fréquentes par conséquent, que celles du tremblement physiologique.

Il faut mentionner ici *le nystagmus*, tremblement des muscles moteurs du globe oculaire. C'est en effet un symptôme important de la sclérose en plaques et de la maladie de Friedreich. Ordinairement horizontal, il peut se montrer vertical ou rotatoire. Ce phénomène local est toujours lié aux mouvements volontaires ou commandés. Chez le sujet normal, il se manifeste lors des épreuves d'exploration du labyrinthe, ou quand le regard suit sans cesse un paysage qui défile rapidement devant les yeux (nystagmus du voyage en chemin de fer). Fréquent dans les affections du globe oculaire qui entraînent une forte diminution de l'acuité visuelle, présent dans les lésions de l'oreille, surtout labyrinthiques, il se montre parfois congénital, chez des dégénérés. D'une manière générale, on le retrouve dans les affections des centres nerveux qui intéressent surtout le mésencéphale (tubercules quadrijumeaux, corps restiformes, cervelet, couches optiques).

b) *Tremblement des cérébelleux.*

Le cérébelleux fournit la preuve indéniable de la réalité du tremblement statocinétique : on l'observe en effet dans le maintien d'une attitude et lors de l'exécution d'un mouvement. Peu accusé en position statique, il prend toute son ampleur dans la contraction en évolution. Il est lent et à grandes oscillations, d'autant plus accusées que le mouvement se rapproche de sa terminaison. L'ampleur des oscillations se trouve en rapport avec l'hypermétrie, la dysmétrie et l'asynergie. Le tremblement est inexistant quand les muscles sont dans le relâchement.

c) *Tremblement des hystériques.*

Ce tremblement se retrouve et en dehors de toute hypertonie évidente, dans les manifestations de contracture hystérique. Leur polymorphisme est tel qu'il semble inutile de les décrire en détail.

Diagnostic. — Le tremblement, en général segmentaire dans les régions ostéomusculaires, devient musculaire dans les régions uniquement constituées de muscles peauciers, ou qui ne sont pas branchées sur un axe squelettique (face, lèvres, langue). Sa durée quasi continue à l'état de veille, son allure rythmique, le différencient grossièrement des réactions musculaires explosives cloniques de la chorée ou toniques des spasmes et tics. Il se distingue des contractions fibrillaires, car comme l'écrit Fernet, il « intéresse dans leur totalité les muscles qu'il atteint ». Il s'apparente à l'athétose. Le tremblement cinétique dans sa forme exagérée, dite intentionnelle, n'est pas un tremblement pur, puisque l'hypermétrie avec dysmétrie et l'asynergie lui donnent ses caractères particuliers.

Toutes ces différences ne sont que des différences de degré, non de nature. Tremblement, clonies, tonies, choréoathétose, sont des modalités apparentées exprimant l'inhibition ou la suppression des centres et des voies de conduction du tonus. On constate souvent l'association de ces divers symptômes.

Le tremblement posthémiplégique, nous l'avons vu, n'est pas aussi rare que le dit Déjerine. Si on étudie *l'hémichorée* des hémiplégiques, on note qu'elle n'apparaît qu'avec la contracture. Au lieu de mouvements oscillatoires, il s'agit de mouvements de groupes musculaires habituellement synergiques, qui occupent généralement les mains ou tout un membre. Leur intensité progresse du commencement à la fin. A l'instar du tremblement, ils disparaissent pendant le sommeil. *Les mouvements athétosiques* (Hammond) sont des contractions involontaires, lentes, excessives, de groupes musculaires des extrémités agissant d'ordinaire en synergie : ils peuvent être de flexion, d'extension, d'abduction, d'adduction. L'émotion les accroît, comme elle accroît le tremblement. Ils s'arrêtent aussi pendant le sommeil, et sont en général associés aux mouvement choréiques (mouvements choréoathétosiques). Les mouvements choréiques siègent alors à la racine des membres, les mouvements athétosiques prédominent aux extrémités. Ils sont plus fréquents dans l'hémiplégie cérébrale infantile.

Il y a longtemps que Charcot, puis Bernhardt, Gowers ont prétendu que l'hémiathétose n'est qu'une variété de l'hémichorée. En tout cas, les mouvements choréoathétosiques sont souvent, sinon toujours, associés au tremblement.

On peut essayer de fixer *quelques points de physiologie normale et pathologique du tremblement.*

Le tremblement est un phénomène physiologique, qui existe chez tous les individus ; et il ne devient nettement appréciable que dans les cas d'hypertonie du système neuromusculaire. On a vu qu'il importe de distinguer :

1° Un tremblement physiologique, normal, tremblement graphique ;

2° Un tremblement clinique, qui est l'exagération du premier, et qui existe en puissance chez tous les sujets.

Leur production est étroitement liée à la contraction musculaire, en dehors de laquelle ils n'ont pas de réalité. Conditionnés par le système nerveux de la vie de relation, ils se trouvent régis et réglés par le système autonome. Tout tremblement exige pour se produire la mise en jeu des activités nerveuses et musculaires. Physiologique, il répond à une tonicité normale ; pathologique, à une hypertonie. Cette tonicité exagérée résulte de l'inhibition ou de la destruction soit de centres, soit de conducteurs de la

vie de relation, de l'inhibition ou de la destruction du système Sympathique. Faut-il parler comme on l'a fait, de centres du tremblement ? Pour le tremblement physiologique, ce sont les centres régulateurs du tonus, centres de tonicité neuromusculaire ; et ce sont forcément les mêmes pour le tremblement clinique appréciable, l'athétose, les mouvements choréiques, les spasmes. Les régions ou les systèmes anatomiques, générateurs de ces diverses dystonies sont-ils encéphaliques ou mésocéphaliques ?

Pour les mouvements choréoathétosiques on a tour à tour incriminé la capsule interne, en avant et en dehors des faisceaux sensitifs (Charcot) ; la couche optique, dans sa partie postérieure (Hammond, Gowers, Nothnagel) ; les noyaux lenticulaire et caudé (Mme Vogt et Oppenheim) ; les lésions du locus niger ; les lésions des pédoncules cérébelleux.

Pour le tremblement clinique, l'expérimentation animale, entre les mains de Vulpian (1859), chez la grenouille, a permis de le provoquer par instillation sous-cutanée de quelques gouttes de nicotine. Les oscillations ne sont pas arrêtées par la suppression de l'encéphale, et ne disparaissent que si l'on enlève le bulbe. « Il semble donc que l'intégrité du bulbe est nécessaire à la pleine manifestation des mouvements rythmiques du tremblement. » (Cité par Fernet.) Cette conclusion ne vaut que pour la grenouille et, d'autre part, peut-on comparer ces secousses convulsives au tremblement des animaux plus évolués ? Chez les vertébrés supérieurs, les centres régulateurs du tonus semblent être mésencéphaliques.

Gordon Holmes, Klust confèrent à un organe en rapport étroit avec les pédoncules cérébelleux supérieurs, *le noyau rouge*, un rôle capital dans la genèse du tremblement. Si l'on trouve des lésions des noyaux rouges dans des états pathologiques avec trémulation (Syndrome de Bénédickt), il s'en faut que ces modifications anatomiques se rencontrent toujours dans les affections où existe le tremblement. *Ingram* et *Ranson* pensent que le noyau rouge n'est pas le seul en cause, car il n'est qu'une part d'un système diffus et complexe.

Rademaker, chez des chiens normaux atteints d'un tremblement des pattes postérieures, a vu le phénomène persister après ablation des hémisphères cérébraux, après décérébration, à condition de ne pas opérer vers la partie caudale du noyau rouge. Le même auteur, chez des chiens décérébellés, a toujours noté l'absence de tremblement dans les premiers jours ; bientôt, ce symptôme apparaît aux pattes d'abord, puis il se généralise, mais il n'existe que chez les animaux qui sont en contracture, non chez les hypotoniques.

Fulton, Liddell et Rioch ont constaté chez le chat, animal peu sujet au tremblement, que le tremblement cérébelleux expérimental, qui n'apparaît que le 3e ou 4e jour lorsque l'animal essaie de se mouvoir, disparaissait en suite de l'ablation des hémisphères cérébraux. Ils concluent que l'hémisphère cérébral est « une partie intégrante du mécanisme nerveux qui commande le tremblement cérébelleux ».

Nous-même avons enfin observé que l'excitation du Sympathique, par injection d'adrénaline, provoque immanquablement le tremblement et que l'inhibition médicamenteuse modère le symptôme.

Il ne faut pas oublier qu'il s'agit en premier lieu d'un phénomène physiologique se produisant pendant la contraction musculaire, et que révèlent cliniquement ou les excitations sensitivo-psychomotrices des voies pyramidale, sensitive, des régions hypothalamiques, des voies sympathiques, ou des lésions tantôt cérébrales, tantôt mésencéphaliques. Par exemple, la douleur est génératrice de tremblement, et le syndrome thalamique est toujours accompagné de mouvements choréoathétosiques.

On ne peut à l'heure actuelle scientifiquement affirmer qu'il y a un organe ou des centres spécialisés pour le tremblement.

On a signalé le tremblement dans les paralysies motrices. Comme le fait remarquer C. Negro, on ne le trouve que dans les parésies périphériques, c'est-à-dire seulement dans les cas où la lésion est légère ou incomplète. Il ne saurait y avoir de tremblement au cas de paralysie totale, lorsque la contraction musculaire est devenue absolument impossible.

Traitement. — Le tremblement en tant que symptôme peut être traité directement. L'idéal serait d'agir sur la cause génératrice du syndrome morbide dont il fait partie. Ou on la supprimera du dehors, en soustrayant le malade à son influence toxique : alcool, mercure, plomb, sulfure de carbone, cocaïne, etc., mais alors, on est sans pouvoir sur le poison déjà emmagasiné par l'organisme. Ou on agira directement intus. Certaines médications antifébriles, dites spécifiques, seront susceptibles d'annihiler à la fois fièvre et tremblement : telle la quinine dans le paludisme. Les médications chimiothérapiques efficaces influenceront les infections neurotropes accompagnées de tremblement : encéphalites, neuromyélites. La psychothérapie interviendra chez les hystériques et les motifs. Si cette thérapeutique causale est logique, elle n'est pas toujours efficace. On en est alors réduit à traiter le symptôme tremblement lui-même.

Les méthodes chirurgicales : opérations sur les racines postérieures et sur le sympathique n'ont guère donné de résultats. Les traitements physiques et psychothérapiques ont un effet dans des cas très limités.

Les médicaments chimiques sont d'autant plus efficients que le produit employé influe davantage sur l'élément physiologique qui extériorise le tremblement. La *belladone* et l'*atropine* sont sans action bien nette. D'autres solanées, telles la jusquiame, ont paru agir sinon par elles-mêmes, du moins par les alcaloïdes qu'on en a extraits. De ce nombre sont l'*hyoscine* et l'*hyosciamine*, toutes deux principes actifs de l'hyosciamus niger, qui se retrouvent également dans d'autres solanées, telles la belladone. L'hyosciamine est du reste l'isomère lévogyre de l'atropine. L'hyosciamine (duboisine) et l'hyoscine (scopolamine) sont, comme leurs parentes belladonées, des mydriatiques puissants. On les emploie par voie buccale ou en injections. Médication de longue haleine, ce traitement qui ne réussit pas dans tous les cas devra être surveillé de près.

On a aussi recommandé la *bulbocapnine*, alcaloïde

extrait du corydalis cava, déjà employé au moyen âge contre le tremblement. Ce produit a été préconisé par de Jong, Schaltenbrand, Herrmann. Il faut être prudent dans son emploi comme dans celui de la *cicutine*, de la *banistérine*, de l'*harmine*.

Le *chlorure de calcium*, en injections intraveineuses de 10 cent. cubes d'une solution à 10 %, a donné à Affolter un succès dans un cas de tremblement essentiel des mains.

Ayant reconnu l'influence excitatrice du Sympathique sur le tremblement, nous avons été amené logiquement à essayer l'action des *médicaments dits antisympathiques*. Nous avons donné la préférence à *l'hexaméthylènetétramine* à cause de son innocuité absolue, même à fortes doses. Une série de 8 à 10 injections intraveineuses de 2 gr., à raison d'une par jour, donne d'excellents résultats, en particulier dans les tremblements dits essentiels qui s'atténuent considérablement (fig. 8, fig. 9). Le tremblement des parkinsoniens se trouve heureusement influencé, car l'action d'inhibition sympathique se double d'un effet anti-infectieux.

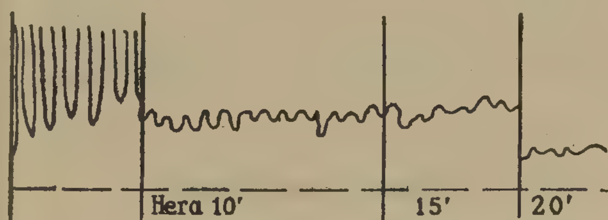


FIG. 8. — Piézogramme d'un tremblement essentiel.
1re phase, avant injection d'hexaméthylènetétramine.
2e phase, après injection, on voit la forte diminution des oscillations.

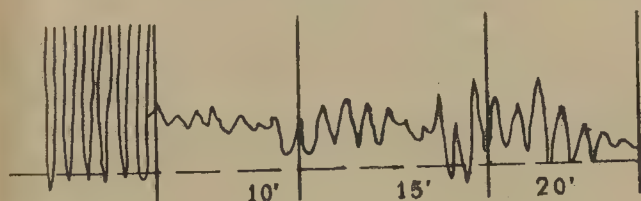


FIG. 9. — Même légende que la précédente.

N.-B. — Pour les tremblements intenses, le décalque n'a pas rendu très bien la rectitude des grandes oscillations, telle qu'elle s'observe sur les tracés originaux.

Nous nous sommes également servi des principaux *sels de magnésie :* sulfates, chlorures, bromures, citrates. On sait, d'après les expériences de Meltzer et Auer, que les sels magnésiens possèdent un remarquable pouvoir d'inhibition sur le système nerveux. Ils agissent par action générale sur les centres si on les injecte par voie circulatoire, par action locale s'ils sont portés au voisinage ou à l'intérieur des centres et des nerfs. Nous avons pu nous assurer qu'également par ingestion (il est mieux alors d'éviter ceux de ces sels qui sont purgatifs), à la dose de 3 à 5 gr. par jour, on améliore des contractures et on diminue des tremblements. C'est une médication qui joue sur les deux éléments, et il y a longtemps qu'en particulier dans la maladie de Parkinson, Hughlings Jackson a soutenu que les deux phénomènes sont étroitement réunis. D'après notre expérience, l'hexaméthylènetétramine dans le traitement des tremblements donne des résultats nettement supérieurs à ceux des sels de magnésie. A défaut d'un recul de temps suffisant (1) pour apprécier la durée de son efficacité, il est possible d'affirmer qu'elle atténue ou fait disparaître les trémulations pendant des mois.

BIBLIOGRAPHIE

1. BINET. — *Recherches sur le tremblement*. Thèse de Paris, 1918.
2. BUSQUET (H.). — *Le tremblement physiologique*. Thèse de Paris, 1904.
3. CHARCOT. — *Leçons du mardi* et thèse de DUTIL, Paris, 1891.
4. CLÉRET (M.). — *Etude sur la pathogénie du goitre exopthtalmique*. Thèse de Paris, 1911.
5. DÉJERINE. — *Séméiologie des affections du système nerveux*. Paris, 1914, p. 464-479.
6. JACCOUD. — Dictionnaire, art. « Tremblement ».
7. FERNET. — *Des tremblements*. Thèse d'agrégation, Paris, 1872.
8. FULTON, LIDDELL et RIOCH. — *Relation of cerebrum to cerebellum ; cerebellar tremor in cat and its absence after removal of cerebral hemispheres*. Arch. of Neurology and Psychiatry, 28 sept. 1932, p. 542-570.
9. INGRAM et RANSON. — *Lesions on red nuclei in cats*, Arch. of Neurol. and Psych., p. 482-512.
10. LÉVY (Fernand) et GOMEZ (D. M.). — *Etude sur les tremblements*, Congrès internat. de Neurologie, Londres, 1935.
11. LÉVY (Fernand) et GOMEZ. — *Essai sur le tonus du muscle squelettique*, Gaz. des Hôp., 23 mai 1936.
12. LÉVY (Fernand). — *Etude piézographique du tonus musculaire*, Soc. de Biologie, 13 juin 1936.
13. MARIE (P.). — *Traité de médecine Charcot-Bouchard*. Art. Sclérose en plaques, t. 10.
14 MINOR. — Le tremblement héréditaire ; fécondité et longévité, *Revue Neurologique* 1925, p. 1097-1100.
15. RADEMAKER. — *Die Bedeutung der roten Kerne und des übrigen Mittelhirns für Muskeltonus, Körperstellung und Labyrinthreflexe*, Berlin, 1926.
16. RADEMAKER. — *Das Stehen*, Berlin, 1932.
17. ROGER (H.) et CRÉMIEUX. — Diagnostic des tremblements, *Pratique méd. franç.*, août 1930.
18. SOUQUES, CROUZON et BERTRAND. — Revision du syndrome de Bénédickt, *Rev. Neur.*, 1930, p. 376-417.
19. TROUSSEAU. — *Cliniques médicales de Paris*, 1865, t. 2, p. 301.
20. WIELAND. — Tremblement aigu cérébral des jeunes enfants, *Revue méd. de la Suisse romande*, 1926, p. 162-181.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Transactions of the American Otological Society. Comptes rendus de la soixante-huitième assemblée annuelle, tenue du 27 au 29 mai 1935, à Toronto (Canada). Grand in-8° de 445 pages avec figures. Imprimé par la Société d'Impression Reynolds, à New-Bedford, Mass. (U.S.A.).

Vita più sana et più lunga. Livre d'hygiène par Emilio J. PAMPANA. In-8° de 114 pages avec figures. Aux éditions « Annali d'Igiene, à Rome, 1934.

Voyage à la capitale des microbes, par le docteur Henri BUSSILLET. Petit in-8° de 229 pages avec 21 dessins de Joseph Hémard. De l'imprimerie Nicolas, à Niort, 1936.

(1) Il n'y a pas deux ans que nous employons l'hexaméthylènetétramine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1936)

Compression du bulbe par malformation de l'atlas. — M. APERT. Un cas de malformation de l'atlas avec soudure de cet os à l'occipital et pénétration de l'apophyse odontoïde dans le trou occipital. Les accidents se sont produits avec la période d'ossification ; la compression du bulbe a entraîné la mort. Il s'est agi d'une affection congénitale.

Erythrémie essentielle (maladie de Vaquez). Amélioration par le chlorhydrate de phénylhydrazine. — MM. BETHOUX et MASSOULIDÈS. Malade de 51 ans atteint d'érythrémie avec 8.000.000 de globules rouges traitée par la téléroentgenthérapie totale. Au bout de 12 séances, le chiffre était tombé à 7.000.000. Grâce au traitement par le chlorhydrate de phénylhydrazine, 0,05 à 0,15 par jour, les hématies tombèrent à 5.300.000.

Jaune d'acridine dans le traitement de la méningite cérébro-spinale à méningocoques. — M. ESBACH (Bourges). Bons résultats du jaune d'acridine dans 3 cas. L'auteur emploie une solution à 1/20.000 à la dose de 5 à 10 mmc.

Septicémie à diplococcus crassus avec endocardite. — MM. MOREAU, LANGLE, FORT et MOREL. Ce cas est survenu chez un homme de 58 ans présentant de la pharyngite compliquée de poussées infectieuses du côté des oreilles. En 1934, apparition de crises de sciatique avec fièvre du type pseudo-palustre. A l'hémoculture, on trouva le diplococcus crassus. Un souffle mitral démontra qu'il s'agissait d'une septicémie avec endocardite.

Hypofonctionnement préhypophysaire dans les cas de maigreur. — MM. MERKLEN, ARON, ISRAEL et JACOB. D'après les auteurs, la préhypophyse est un hyperfonctionnement chez divers obèses. Cet hypofonctionnement se rencontre dans plusieurs sujets maigres, surtout chez les femmes. On s'est servi du test de l'un d'eux, qui décèle les effets de la gonado et de la thyréostimuline contenues dans l'urine sur l'ovaire et la thyroïde du cobaye. La diminution ou l'absence de stimulation thyroïdienne a été notée chez 12 malades sur 13.

Un cas d'échinococcose alvéolaire du foie. — MM. N. FIESSINGER, BERGERET et DUPUY. Un cas chez un sujet habitant Paris. Début par un ictère de deux mois avec comme seul symptôme une hépatomégalie volumineuse sans ascite et sans circulation collatérale. Une ponction du foie fit découvrir une cavité centrale de 3 litres. L'examen histologique d'un fragment de la paroi décela l'existence d'une échinococcose alvéolaire typique.

Pronostic lointain des cirrhoses du foie. — MM. CHABROL et SALLET. (*Conclusions.*) 1° Le pronostic lointain d'une cirrhose est dans la grande majorité des cas favorable lorsque le taux du cholestérol sanguin s'élève à 2 gr. p. 1.000, que le chiffre des sels biliaires est appréciable, que celui de la thyrosine est bas.

2° Pronostic fâcheux lorsque le taux du cholestérol tombe au-dessous de 1 gr. 20 et que les sels biliaires font défaut. La faible valeur de la thyrosine n'apporte aucun correctif à cet arrêt.

3° Pronostic toujours sévère lorsque l'abaissement du cholestérol et la disparition des sels biliaires du sang coïncident avec une brusque ascension des polypeptides.

Syndrome cérébello-spasmodique durable après un coma toxique cyanhydrique. — MM. FIESSINGER, DUVOIR et BOUDIN. Homme de 18 ans, après avoir manipulé du cyanure de potassium et avoir respiré les vapeurs d'acide cyanhydrique, tombe dans un coma profond. Au bout de 3 jours, apparaît un syndrome cérébello-spasmodique. Les auteurs attribuent ce syndrome à une transsudation cérébrale séreuse ou hémorrhagique ayant laissé comme séquelle une cicatrice pyramido-cérébelleuse. Ils rapprochent les accidents des syndromes oxycarbonés où l'on peut, de même, invoquer des troubles vaso-moteurs sous l'effet des phénomènes réactionnels visant à compenser l'« asphyxie cellulaire ».

MM. FLANDIN, COURBIN, MILIAN, PARAF rapportent des observations intéressantes sur le même sujet.

Le déterminisme de l'opsiurie chez les cirrhotiques. — MM. FIESSINGER, GAYDOS et PAPANYOPOULOS. Chez les opsiuriques, cirrhotiques ou ictériques, la dilution du plasma modifie peu la conductivité électrique, la réfractométrie et la sédimentation, mais se manifeste par une baisse de la bilirubinémie et de la chlorémie plasmatique. On peut conclure que tandis qu'un sujet normal régularise son équilibre humoral avec ses reins, les opsiuriques obtiennent moins rapidement le même effet avec leurs tissus. Ils sont opsiuriques par intervention d'une fixation cellulaire.

Cette communication appelle des conclusions intéressantes de MM. BRULÉ, VILLARET, DECOURT, DREYFUS.

Henri DAUSSET

Venu à Paris après un bref séjour à la Faculté de Toulouse, Henri Dausset, ses études terminées, professa la médecine générale, d'abord à la campagne, ensuite à Paris, pendant d'assez nombreuses années.

Ce n'est que plus tard qu'il se spécialisa en physiothérapie. Il fut un physiothérapeute complet ; pour lui, les diverses branches de cette science si étendue : électrothérapie, roentgenthérapie, hydro et crénothérapie, massage, mécanothérapie, etc., n'avaient aucun secret. Il en posait les indications réciproques avec un jugement inégalable ; il en dirigeait les techniques avec une prudence éprouvée.

Les beaux succès qu'il obtenait, il les devait à ce qu'avant d'être un savant spécialiste, il avait été un excellent médecin de médecine générale, rompu à la connaissance de l'infinité des formes morbides qui se présentaient en clinique.

Distingué par le professeur Gilbert, il fut nommé chef du Laboratoire central de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu, où s'écoula désormais toute sa carrière hospitalière.

Spécialiste des plus réputés, il a beaucoup écrit, en particulier sur les ultra-violets, sur les infra-rouges ; il fut chargé, au Congrès international de radiologie de Zurich, d'un rapport sur les ondes courtes, où il défendit l'unité de la d'Arsonvalisation, combattue par certains auteurs étrangers.

Dans ces dernières années, il s'était surtout consacré à la physiothérapie gynécologique, aux traitements des affections des glandes endocrines, enfin et surtout du rhumatisme, dont il dirigeait la Revue spéciale.

Animé d'une haute conscience professionnelle, ferme et loyal dans ses amitiés, bienveillant à tous, toujours désireux d'apprendre et d'enseigner, se dépensant sans compter, tel fut le docteur Dausset, que, suprême hommage, ses pairs avaient élevé à la présidence de la Société française d'électrothérapie et de radiologie médicales.

A ses enfants, à son frère, la *Gazette des Hôpitaux* adresse l'expression de sa vive sympathie.

L. D.

Les Acides Aminés contre les accidents auriques

Dans la réunion du 26 mars 1936 de la Société des Médecins d'Hauteville, les Drs Delong et Max Thompson ont fait une intéressante communication sur les résultats obtenus par les injections intraveineuses d'un Acide Aminé, le Glycocolle, en solution à 5 0/0 contre les accidents cutanés et muqueux dus à la Chrysothérapie.

Chez leurs cinq malades, ils ont, disent-ils, obtenu un plein succès, la fréquence et l'intensité du traitement étant proportionnées à la gravité des accidents.

Rappelons que l'Okamine, solution n° 2, du Dr Hervouët est à base de Glycocolle et de Méthylglycocolle, ce dernier ayant une activité de beaucoup supérieure au premier.

C'est une raison de plus pour justifier la faveur dont l'Okamine jouit de plus en plus dans le corps médical, nulle autre médication antituberculeuse et revivifiante n'étant à la fois aussi active et aussi inoffensive,

◆

CALENDRIER DES CONGRES
ET DES MANIFESTATIONS MÉDICALES

(Cette liste provisoire sera revisée quand tous les renseignements nous seront parvenus.)

1937

Janvier. — Paris. Académie de Chirurgie. Séance annuelle : 12, rue de Seine, Paris.

Janvier. — Cortina d'Ampezzo. C. italien de Médecine Sportive hivernale. Sec. : Docteur R. Sassi, à Brescia (Italie).

10 janvier. — Paris. Assemblée générale de la médecine française (primo-infection tuberculeuse). — Prés. : Prof. Bezançon. Sec. gén. : H. Godlewski, 14, rue Théodule-Ribot, Paris.

(Dans les assises suivantes, on étudiera : la natalité, la fièvre typhoïde, l'éducation physique.

Les « Assises du Souvenir » se tiendront au château de Montaigne, en Périgord. Enfin, en septembre, un pèlerinage aura lieu à Saint-Servan, pour l'anniversaire de la mort de Jean Charcot et de ses compagnons du « Pourquoi Pas ? »)

14-21 mars. — Paris. XVIIe Salon des Médecins. Sec. gén. : Docteur P.-B. Malet, 46, rue Lecourbe, Paris (15e).

22-24 mars. — Alger. VIIe Congrès annuel de la Fédération des Sociétés médicales de l'Afrique du Nord, consacré au typhus et pseudo-typhus. Sec. gén. : Prof. Sénevet, Alger.

Mars. — Alger. Ligue française contre le rhumatisme. (La réunion aura lieu en même temps que le Congrès de l'Afrique du Nord.) Secr. gén. : M. Mathieu Pierre-Weill.

22-27 mars. — Nice. Congrès de l'Enfant à la mer et à la montagne. — Prés : Prof. Nobécourt. Sec. gén. : Société médicale du Littoral Méditerranéen, 24, rue Verdi, Nice.

Mars. — Montpellier. Réunion hydrologique. Sec. gén. : Prof. Puech, 1, rue du Canneau, Montpellier.

2 avril. — Colombia-University. — New-York. — Conférence internationale sur la thérapeutique par la fièvre. Secr. gén. : Docteur W. Bierman, 471, Park Avenue New-York City (U.S.A.).

10-27 avril. — Milan. Exposition internationale des Hôpitaux. — Prés. : prof. Piccinini, à Milan.

Avril. — Rome. Congrès international de Pédiâtrie. — Prés. : Prof. Spolverini.

18-21 mai. — Paris. LXXe Congrès des Sociétés Savantes. Participation. S'adresser au ministère de l'Education nationale. 2e bureau de la Direction de l'Enseignement supérieur.

15-18 mai. — Toulouse. VIe Congrès français de gynécologie. — Prés. : Prof. Daniel (de Bucarest) et Prof. Mériel (de Toulouse). Sec. gén. : Docteur Maurice Fabre, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (9e).

19-21 mai. — Berne. Congrès international de Thérapeutique. — Prés. : Prof. Burgi. Sec. gén. : Docteur Gordonof, Humblodstrasse 53, Berne (Suisse).

11-13 juin. — Alfort. Journées vétérinaires.

19-23 juin. — Bruxelles. XVIe session des Journées médicales de Bruxelles. — Prés. : Prof. Dustin. Conférencier : Docteur Georges Duhamel.

Juin. — Bruxelles. Séances extraordinaires de la Société belge de chirurgie. Sec. : docteurs G. Spehl et Cahen.

26-30 juin. — Paris. Journées médicales de Paris. — Prés. : Prof. Carnot. Secrétariat : Revue méd. française, 18 rue de Verneuil, Paris (7e).

Juin. — Bucarest. IXe Congrès International de Médecine et de Pharmacie militaires. — Secrét. général : M. Popescu Buzeo, Institut Sanitas Militar, Bucarest.

Juin. — Bucarest. 7e Session de l'Office Int. de documentation de Médecine militaire.

1er-10 juillet. — Paris. Journées Internationales de la Santé Publique. — Sec. gén. : Docteur Georges Boyé, 2, rue Chauchat, Paris (8e).

6-11 juillet. — Paris. Ve Congrès international des Hôpitaux. — Sec. gén. : Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, Paris.

13 juillet. — Paris. Journée médicale internationale du chant. — Renseignements : M. Labarraque, 78, rue de Miromesnil, Paris (8e).

12-17 juillet. — Paris. IIe Congrès international des Sanatoria et Maisons de Santé privées. — Sec. gén. : Docteur Bussard, 8, avenue du 11-Novembre, Bellevue (S.-et-O.).

13-15 septembre. — Paris. IIe Congrès de la Société Intern. de gastro-entérologie. — Prés. : Prof. Pierre Duval. Sec. gén. : Docteur Georges Brohée, 64, rue de la Concorde, Bruxelles.

16-18 septembre. — Vichy. Congrès international de l'insuffisance hépatique. Prés. : prof. Loeper ; Secr. gén. : docteur Aimard, à Vichy.

Septembre. — Néris. Congrès du Sympathique. — Secrét. : Société médicale de Néris.

Octobre. — Paris. C. de l'Association pour la documentation photographique et cinématographique dans les sciences. Secr. gén. : docteur Claoué, 39, rue Scheffer, Paris.

4 octobre. — Paris. Congrès français de chirurgie. Prés. : Prof. Grégoire. Vice-prés. : Prof. Léon Imbert. — Secrétariat : 12, rue de Seine, Paris.

4 octobre. — Paris. Congrès français d'urologie. — Président : Docteur Lepoutre (Lille) ; vice-prés. : Docteur Lavenant (Paris). — Secr. gén. : M. Louis Michon, 34, boul. des Invalides, Paris.

5 octobre. — Paris. XIXe Congrès français d'orthopédie. — Secr. gén. : MM. Tavernier (Lyon) et Richard (Berck).

5 octobre. — Paris. Journées orthopédiques.

Octobre. — Paris. XXIIIe Congrès d'Hygiène. — Secr. gén. : M. Dujarric de la Rivière. Institut Pasteur, 25, rue du Docteur-Roux, Paris.

Octobre. — Paris. IVe Congrès des médecins électro-radiologistes de langue française. — Secr. gén. : M. Dariaux, 9 bis, boulevard Rochechouart, Paris.

Octobre. — Paris. Congrès français d'oto-rhino-laryng. — Sec. gén. : M. Flurin, 19, av. Mac-Mahon, Paris.

Octobre. — Paris. Congrès français de Stomatologie. — Secr. gén. : Docteur Dechaume, 182, rue de Rivoli, Paris.

Octobre. — Paris. Xe Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française.

Doivent en principe avoir lieu en 1937 un certain nombre de Congrès sur lesquels nous manquons encore de précisions :

Association française pour l'Avancement des Sciences. — Secrét. : 28, rue Serpente, Paris.

Association internationale de pédiâtrie préventive. Lausanne. — Prés. : prof. Taillens.

Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Xe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose. — Secr. gén. : Prof. F. Bezançon, 76, rue de Monceau, à Paris.

(Devait avoir lieu à Lisbonne en 1936 et remis en raison des événements.)

VIe Congrès de dermatologie et de syphiligraphie de langue française. Barcelone ? — Prés. : M. Milian.

IVe Congrès Int. d'Eugénie. Berlin. — Prés. : prof. Svöjgreen.

XXIe Congrès de médecine légale et de médecine sociale de langue française. — Prés. : M. Crouzon.

Paris. — Congrès de médecine sportive. — Prés. : prof. Carnot et prof. Latarjet.

IIIe Congrès international du Paludisme. (Ce Congrès devait avoir lieu à Madrid en 1936.)

Congrès de la Société française d'ophtalmologie. — Secrét. gén. : M. Onfray, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris.

IIe C. int. des brucelloses. Pérouse (Italie). — Secr. gén.: docteur Jullien, à Joyeuse (Ardèche).

Congrès des Pédiâtres de langue française.

IVe Congrès national des médecins amis des vins de France.

IXe Cours international de haute culture médicale. L. W. Tomarkin, Faculté de médecine, 115, boulevard de Waterloo, Bruxelles.

XVIe réunion neurologique internationale annuelle.

1938

Fin mars. — Oxford-Bath-Londres. — 6e Congrès international pour les recherches et la lutte contre le rhumatisme de la Ligue internat. contre le Rhumatisme. — Renseignements : Docteur J. Van Breemen, Keisersgracht 489-491, Amsterdam.

Pâques. — Lisbonne. 5e Congrès de la Fédération de la presse médicale latine. — Prés. : prof. Reynaldo dos Santos. — Secr. gén. : Docteur Pierra, 52, avenue de Breteuil, Paris.

Lisbonne. — IIe Congrès international des médecins amis du vin.

Vienne. — Congrès de la Société internationale de Chirurgie. — Prés. : M. Matas (New-Orléans) ; Secrét. gén. : M. L. Mayer, 72, rue de la Loi, Bruxelles.

Septembre. — Ottawa. Hull. XVe Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. — Prés. : M. J.-H. Lapointe.

1939

New-York. — IIIe Congrès international de lutte scientifique et sociale contre le cancer.

Strasbourg. — XVIe Congrès international d'hydrologie. — Prés. : prof. Fontès.

Berlin. — IVe Congrès Société Int. d'orthopédie. — Prés. : prof. Goelst (Berlin) ; vice-prés. : M. Haglund (Suède).

Amérique. — XIe Congrès International de dermatologie et de syphiligraphie.

Lausanne. — XIe Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française.

Lille. — IXe Congrès national de la tuberculose.

PROCHAINS ANNIVERSAIRES

1937. — Centenaire de la naissance de Bouchard, de Cornil, de Duguet, de Terrier.

Centenaire de la mort d'Alibert.

1938. — Centenaire de la mort de Broussais.

1939. — Centenaire de la naissance de Dieulafoy. — De la naissance de Cohnheim (de Leipzig).

1940. — Centenaire de la naissance de Kernig (de Saint-Pétersbourg), d'Erb (d'Heidelberg.)

1941. — Centenaire de la naissance de Farabeuf, de Hayem, de Le Dentu, de Kocher (de Bâle), d'Astley-Cooper (Angleterre), de Hansen (Norvège) (qui découvrit le bacille de la lèpre).

1942. — Centenaire de la mort de Dominique Larrey, chirurgien en chef de la grande armée.

CROISIÈRES ET VOYAGES MÉDICAUX

Croisière médicale franco-belge. — Départ Marseille 18 mars. (Egypte, Palestine, Syrie), par le S. S. « Mariette-Pacha ». M. M. retour 6 avril. Voyages de *Bruxelles médical*, 29, boul. Adolphe Max, Bruxelles.

Croisières et Voyages. — 11e croisière médicale française. Dép. Marseille 21 mars (Algérie, Sicile, Italie, Venise, Cattaro, Dubrovnik, Malte, Marseille). Retour 4 avril par le S.S. *Champlain*, C.G.T.

Croisières médicales françaises, 9, rue Soufflot, Paris.

Croisière helléno-latine. — Eté 1937. — Renseignements : M. Dartigues, bureaux de l'U.M.F.I.A., 81, rue de la Pompe, Paris (16e).

Voyages de la Société médicale du Littoral méditerranéen. — Pâques. Noël. — Renseignements : 24, rue Verdi, Nice.

Voyage en Europe centrale (Congrès de méd. militaire de Bucarest). — 23 mai. — 10 juin 1937. — Paris, Venise, Trieste, Serajevo, Belgrade, Bucarest.

Inscriptions aux Voyages de *Bruxelles médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles.

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR

Journées médicales de Paris. — 26 juin 1937. Hormones et thérapeutique endocrinienne.

IIe Congrès de gastroentérologie, Paris 1937. — 1° Diagnostic précoce du cancer gastrique ; 2° Occlusion aiguë et chronique du grêle.

Congrès International de l'Insuffisance hépatique, à Vichy, 1937. — Œdèmes des hépatiques.

Foie des paludéens.

Gros foie des enfants. La fonction soufrée.

Le foie au point de vue intervention chirurgicale.

Les médications cellulaires et circulatoires.

Congrès français de Chirurgie. — Paris, 1937. — Physiologie pathologique des brûlures.

Traitement chirurgical des embolies artérielles des membres.

Traitement des fractures de jambe.

VIe Congrès français de gynécologie. — Toulouse, 1937. — Cancer du col utérin.

Congrès international de médecine et pharmacie militaires (Bucarest, mai 1937). — Organisation et fonctionnement du service de santé dans les opérations combinées des armées de terre et de mer.

Transport, hospitalisation et traitement des blessés gazés.

Organisation et fonctionnement du service chirurgical dans les troupes motorisées.

Utilisation des méthodes colorimétriques en analyse dans les laboratoires médico-militaires.

Les édentés aux armées. Définition. Traitement. Appareillages. Utilisation militaire en temps de paix et en temps de guerre.

Etude comparative du ravitaillement en vivres et de l'alimentation des malades et des blessés en temps de paix et en temps de guerre.

Congès français d'orthopédie 1937. — Les transplantations tendineuses dans le traitement des pieds bots paralytiques (poliomyélite).

La coxalgie double.

Congrès français d'urologie 1937. — Traitement chirurgical des néphropathies médicales.

1938. — Le cyphoses douloureuses par dystrophie rachidienne.

Congrès international de clinique orthopédique et de traumatologie. — Berlin.

Résultats du traitement sanglant et non sanglant des luxations congénitales.

Traitement des fractures du col du fémur.

1938. — Indications et résultats de la résection endoscopique de la prostate.

Société belge de Chirurgie. — Réunion extraordinaire 1937. — 1° Chirurgie de la douleur ; 2° Complications respiratoires et circulatoires des interventions chirurgicales.

Congrès de la Fédération des Sociétés des Sciences méd. de l'Afrique du Nord, 1937. — Typhus et pseudo-typhus.

Réunion hydrologique de Montpellier 1937. — La Coxarthrie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 2. — MERCREDI 6 JANVIER 1937. 110e ANNÉE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de médecine de Paris. (Aides d'anatomie.) — Le ministre de l'Education nationale vient de prendre l'arrêté suivant :

Art. 1er. — L'article 2 de l'arrêté du 30 avril 1935, modifié par l'arrêté du 12 novembre 1935, est modifié ainsi qu'il suit :

« Le nombre des aides d'anatomie est fixé à quinze. Aucun candidat ne pourra s'inscrire s'il n'est interne des hôpitaux de l'Assistance publique de Paris de 1re, de 2e ou de 3e année et s'il n'a déposé un certain nombre de pièces dont le nombre et la nature seront fixés chaque année par la Faculté trois mois avant l'ouverture du concours.

« Les aides d'anatomie sont nommés pour un an, après un concours qui a lieu chaque annnée à une date fixée au début de l'année scolaire par le Conseil de la Faculté.

« Ils peuvent être maintenus dans leurs fonctions pendant deux autres années consécutives, par voie de renouvellement annuel, sur la proposition du doyen, après avis du chef des travaux anatomiques. »

Art. 2. — Le premier paragraphe de l'article 14 dudit arrêté est modifié ainsi qu'il suit :

Les prosecteurs sont nommés pour un an, à la suite d'un concours qui a lieu chaque année à une date fixée au début de l'année scolaire par le Conseil de la Faculté. »

Légion d'honneur. — TRAVAIL. — *Officier :* M. Chouquet (Paris).

GUERRE (active). — *Commandeur :* Médecin général Stitelet, directeur S. S. 16e région ; médecin général Lafforgue, directeur S. S. 17e rég.; médecin général inspecteur Beyne ; médecin général inspecteur des troupes coloniales Couvy, directeur S. S. de l'A.O.F.

(Réserve). — *Commandeur :* MM. Stodel et Lardennois.

Officier : MM. Roucayrol, Le Hur, Lévy- Valensi, Bailly-Salin, Gauthier (L.-B.), Arsimoles, Lemeland, Mouriquand, Mesnager, Audy, Bezos, Dumas, Duffau, Lancelot, Costantini, Le Chaux, Broscq, Maleplate, Weill (René), Temporal, Denœux.

Chevalier : MM. Courcieras, Cousin, Bouchut, Belle, Jalibert, Chabardas, Briens, Dionnet, Vernet, Fourtier, Cœurdacier, Ladroite, Rocher, Fremont, Dizeur, Cumenge, Poirot, Girard, Dujardin, Trarieux, Daude, Perruchot, Landau, Sans, Casabianca, Jean, Verit, Lavaud, Forthomme, Louvot, Vallery-Radot (Pierre), Rousseaux, Didry, Gaborit, Baylac, Battestelli, Chamfeuil, Delattre, Chevallier, Anis, Vacher, Lombard, Barbier, Pauty, Macquet, Daveau, Boccard, Fernier, Gabart-Danneville, Wickham, Liacre, Jourdan, Bosche, Minvielle, Plait, Renauld, Adelmann, Fouché, Mariot, Andrieu, Vuillermoz, Séguin, Thomas, Noyer, Delarue, Lotte, Tarte, Galle, Saint-Yves, Bagot, Champeil, Chanes, Pigot, Delalande, Dardel, Szknolnik, Petit (R.-M.-J.-E.), Flammarion, Rouvière, Marsset, de la Gernière-de laRamée-de Serres, Gleyvold, Robin, Oury, Jalenques Courtin, de Sallier-Dupin, Pargoire, Weiss, Lucy, Galy-Gasparrou, Cordier, Darène, Vaillée, Morin, Prelat, Oberthur, Ginsburg, Bernard, Gestat, Dumail, Landrieu, Villez-Desmeserets, Benmussa, Girault, Leniel, Daure, Lagarde, Bonnin, Dauvert, Cleu, Jacob, Montant.

Cluset, Quénardel, Méline, Debray, Ménuan, Billot, Lazard, Duhamel, Lamy, Haye, Ravina, Héraux, Lejard, Guillon, Laurain, Tandonnet, Bariéty, Porcher, Lebout, Deguibal, Peindaries, Schangel, de Laroque, Cherfils.

MARINE. — *Grand officier :* Médecin général de 1re classe Autric.

Commandeur : Médecin général Cazamian.

SANTÉ PUBLIQUE. — *Officier* : MM. Cavaillon, Diénert, Netter (à Paris).

Chevalier : MM. Aubertot (à Pau), Joseph Chalier (de Lyon), président de la Confédération des Syndicats médicaux français ; Combéleran (de Carcassonne), Demantke (Dreux), Fontaine (St-Paul-Trois-Châteaux), Gros (Vienne), Guri (Urmatt), Janvier (Epernay), Lemaire (Paris), de Léobardy (Limoges), Pélissier (La Rochelle), Pruvost (Cannes), Robert (Gers), Valmyre (Hyères), Séron (Verberie).

Marine. — *Liste des élèves du Service de santé de la Marine reçus docteurs en médecine ou pharmaciens affectés au corps de santé de la Marine et désignés pour suivre les cours de l'Ecole d'application de Toulon.*

PROMOTION 1932. — *Médecins* : MM. Marc, Benelli, Martin, Lacaze, Marty, Costaz, Bazil, Franceschi, Denis, Gourves, Collet, Billiottet, Copin, Mestres, Bathias, Riez, Cluzel, Montauffier, de Dieuleveult, Guilmoto, Mouly, Cariou, Cariou, Legrosdidier.

Pharmacien : M. Maignan.

Liste des élèves du Service de santé de la Marine reçus docteurs en médecine ou pharmaciens, versés au corps de santé des troupes coloniales, pour compter du 31 décembre 1936, et désignés pour suivre les cours de l'Ecole d'application de Marseille.

PROMOTION 1932. — *Médecins* : MM. Ouary, Pruvost, de Lostalot de Bachoue, Richard, Planques, Rolland, Finance, Richard-Nicolas, Guillon, Linhard, Crozafon, Grimaud, Chauvin, Blin, Lasvaladas, Dilasser, Laurent, Ollivier, Breteau, Charrancon, Pellegrino, Marinkovitch, Vincent, Chauderon, Ljunggren, Le Guillou, Poyet, Ros, Kerignard, Carsus, Audhuy, Gentile, Peyron, Bellon, Chavenon, Gras, Arvor, Marjou, de Berail, Depoutre, Moevus, Faure, Fesquet, Kerneis, Beon, Chauliac, Bordenave, Capponi, Roger, Bonniol, Jaubertie, Bouche, Duchesnes, Miniconi, Aggery, Bareille, Bretillot, Capdeville, Bonifacino.

Pharmaciens : MM. Servant, Queran.

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. Professeur : M. Paul CARNOT. — *Réunions du Dimanche* pour les médecins praticiens. Tous les dimanches, du Jour de l'An à la Pentecôte 1937, à l'amphithéâtre Trousseau.

Programme : dimanche 10 janvier, à 9 heures, Assemblée française de médecine générale, sous la présidence du professeur Fernand Bezançon. — La primo-infection tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte..

17 janvier, à 10 h. 30 : professeur Paul Carnot, professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu. — Sur les néoplasmes recto-sigmoïdiens.

24 janvier, à 10 h. 30 : docteur Bariéty, agrégé, médecin des hôpitaux. — L'érythème noueux.

31 janvier, à 10 h. 30 : Docteur Halbron, médecin de l'Hôtel-Dieu. — Les intoxications digitaliques.

7 février, à 10 h. 30 : docteur Sainton, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu. — Les formations glandulaires aberrantes en endocrinologie.

14 février, à 10 h. 30 : docteur Rachet, médecin des hôpitaux. — Les colites ulcéro-hémorragiques.

21 février, à 10 h. 30 : docteur Cachera, médecin des hôpitaux. — Les embolies gazeuses.

28 février, à 10 h. 30 : docteur Caroli, médecin des hôpitaux. — Le diagnostic et le traitement des angiocholites ictérigènes.

7 mars, à 9 heures : Assemblée française de médecine générale, sous la présidence du docteur Siredey, membre de l'Académie de médecine. — La natalité (étude régionale).

14 mars, à 10 h. 30 : professeur Baudouin, médecin de l'Hôtel-Dieu. — Physio-pathologie de la douleur.

11 avril, à 10 h. 30 : docteur H. Bénard, agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu. — L'intoxication cyanhydrique. — Physiopathologie et Thérapeutique.

18 avril, à 10 h. 30 : docteur Gutmann, médecin des hôpitaux. — Le cancer ulcériforme de l'estomac. — Diagnostic clinique et radiologique.

25 avril, à 10 h. 30 : docteur Justin-Besançon, agrégé, médecin des hôpitaux. — Le traitement des embolies pulmonaires.

2 mai, à 10 h. 30 : docteur Lévy-Valensi, agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu. — Guy-Patin.

9 mai, à 9 heures : Assemblée française de médecine générale, sous la présidence du professeur H. Vincent, membre de l'Institut. — La fièvre typhoïde. — Répartition. — Prophylaxie. — Traitement actuel.

Nécrologie. — Le docteur Amédée Maurat (de Chantilly), doyen d'âge du Conseil de direction du *Concours médical*.

Nous prions nos excellents confères de la rédaction du *Concours médical* de trouver ici l'expression de notre sincère sympathie.

— Le docteur Henri Martin et le docteur Louis Montané, anciens présidents de la Société d'Anthropologie.

— Le docteur Reinburg (de Paris), qui exerça longtemps en Colombie et à l'Equateur. Notre regretté confrère fut l'un des meilleurs missionnaires de la France dans l'Amérique du Sud. Pendant la guerre, il fit partie de la mission médicale française en Roumanie.

— Le docteur Le Meignen, médecin des hôpitaux de Nantes.

— Le docteur Ducher (de Thoissey, Ain).

— Le docteur Louis de Ribier (à La Barthe, Cantal.)

— Le Dr Louis Bureau, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Nantes, décédé à l'âge de 90 ans.

— Le docteur Gommès (de Paris).

— Le docteur Kettle, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Londres.

— Le docteur Georges Regard (à Genève).

— Le docteur Joannès Chaumier (de Lyon).

— Le docteur Adrien du Souich (à Paris).

— Le docteur Joseph Haas (à Paris).

— Le docteur Sraer (de Paris).

— Le prof. Gaetano Lodato, de la Clinique ophtalmologique de Palerme.

— Le prof. Aurelio Bianchi, à Buenos-Aires.

LA PREMIÈRE INFECTION TUBERCULEUSE ET SON ÉTAPE INITIALE DANS LA MOYENNE ET LA GRANDE ENFANCES

Par le Professeur P. NOBÉCOURT

Dernièrement (1), j'ai étudié *la première infection tuberculeuse et son étape initiale dans la petite enfance.* Aujourd'hui je vais m'occuper de *la première infection tuberculeuse et de son étape initiale dans la moyenne et la grande enfances.*

La première infection tuberculeuse est fréquemment réalisée pendant cette période de l'existence. La preuve en est donnée par l'augmentation avec l'âge des pourcentages des réactions cutanées positives à la tuberculine. Toutes les statistiques concordent.

Je me borne à citer celles que j'ai données, avec M. Briskas, dans *La Presse médicale* des 15 avril, 6 juin, 22 juillet et 19 septembre, pour les enfants entrés à la *Clinique médicale des enfants*, du 1er janvier au 31 décembre 1935.

Je rappelle qu'on trouve :

Sur 100 enfants de la naissance à 1 an, 4,6 cutiréactions positives ;

Sur 100 enfants de 1 à 2 ans, 12,7 cutiréactions positives.

A partir de 2 ans, nous avons constaté :

Sur 100 enfants de 2 à 6 ans, 29,7 cutiréactions positives ;

Sur 100 enfants de 6 à 10 ans, 45,5 cutiréactions positives ;

Sur 100 enfants de 10 à 15 ans, 65,5 cutiréactions positives.

En ne tenant pas compte des décès qui ont pu survenir et diminuer le nombre des enfants antérieurement tuberculisés, il est donc permis d'admettre que sont l'objet d'une première infection tuberculeuse approximativement :

17 enfants, sur 100 enfants de 2 à 6 ans ;
15 enfants, sur 100 enfants de 6 à 10 ans ;
20 enfants, sur 100 enfants de 10 à 15 ans.

Je ne m'arrête ni sur les détails ni sur les différences entre les sexes. Je les ai étudiés longuement avec M. Briskas.

Les nombres que je viens de rappeler établissent nettement que la première infection tuberculeuse se réalise au moins aussi souvent après 2 ans et jusqu'à 15 ans, que pendant les deux premières années de la vie ; elle subit une recrudescence de 10 à 15 ans.

Après comme avant 2 ans, les voies de pénétration des bacilles de Koch et les lésions primaires sont les mêmes. Dans la majorité des cas, les bacilles pénètrent par la voie aérienne et déterminent la formation d'un nodule primaire dans le poumon et d'un nodule similaire dans un ganglion péribronchique correspondant.

La pénétration des bacilles de Koch dans l'organisme, la formation des lésions primaires constituent la PREMIÈRE ÉTAPE, l'ÉTAPE INITIALE DE LA TUBERCULOSE.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, n° 94, du 25 novembre 1936.

Cette étape comprend, nous le savons, une *période d'incubation* et une *période d'invasion* ou *période primaire* ; à celle-ci succède la *période secondaire*, qui peut s'intriquer à la précédente pour réaliser une *période primo-secondaire.*

En clinique, il est bien difficile de faire le départ entre ces périodes ; il est préférable, en tenant compte de réactions cutanées à la tuberculine, d'envisager la *période antéallergique* et la *période allergique*, dont le début est marqué par l'apparition d'une première réaction cutanée positive à la tuberculine.

J'ai assez, antérieurement, exposé ces notions pour ne pas y revenir aujourd'hui.

***

Etudions les MANIFESTATIONS CLINIQUES DE LA PREMIÈRE ÉTAPE DE LA TUBERCULOSE pendant la deuxième et la troisième enfances.

Pour apprécier ces manifestations à leur juste valeur, il importe de s'assurer que le tuberculeux observé est bien l'objet d'une première infection.

Beaucoup d'enfants peuvent avoir été infectés par le bacille de Koch, sans que rien n'ait attiré l'attention ; le nombre de ces enfants augmente avec l'âge.

Il est donc très difficile de dire, quand un enfant présente, pour la première fois, des manifestations cliniques de la tuberculose, que celles-ci relèvent d'une première infection. Souvent il s'agit non pas d'une infection récente, mais d'une réinfection soit exogène, soit endogène.

La réinfection endogène paraît la modalité la plus fréquente.

Dans les *Annales de Médecine* de novembre 1923, M. Jean Paraf, alors mon chef de clinique, a étudié par une enquête étiologique serrée les conditions de la *première poussée évolutive de tuberculose pulmonaire* chez des enfants de la *Clinique* âgés de 8 à 13 ans. Il ressort de son étude « que la première poussée de tuberculose pulmonaire résulte, dans l'immense majorité des cas, d'une réinfection endogène ou, plus exactement, d'un réveil anergique d'une lésion occulte et jusque-là silencieuse ». Ces enfants avaient été, pour la plupart, infectés d'une façon occulte, plusieurs années auparavant, par des parents tuberculeux ; mais ils avaient été placés presque aussitôt à la campagne et n'avaient cohabité avec eux que peu de temps.

Il ne faut donc pas admettre trop facilement qu'on est en présence d'une première infection. Si on n'a pas constaté antérieurement des cutiréactions négatives à la tuberculine, il convient d'être très réservé dans l'interprétation des faits.

Je pourrais vous citer nombre de malades pour lesquels la discussion s'impose. En voici un à titre d'exemple.

Rolland naît le 9 juin 1927.

En 1931, à 4 ans, il a la varicelle, il subit l'ablation des végétations adénoïdes et des amygdales.

En 1934, à 7 ans, on lui enlève l'appendice.

Il est habituellement bien portant.

Vers le 25 août 1936, débute une petite fièvre, 37°5-38°, le matin, 38°5, le soir, avec du mal de gorge, de

l'enrouement, une toux légère, pendant quelques jours. L'état fébrile persiste.

Le 3 septembre, à la consultation, on constate une cutiréaction positive à la tuberculine.

Le 11 septembre, Rolland entre à la salle Molland. Il est âgé de 9 ans 3 mois, Sa taille de 129 cm. et son poids de 25 kg. 800 sont un peu supérieurs aux moyennes de son âge.

Son état général est satisfaisant.

Sa température est de 37°4, le matin, 37°8-38°, le soir ; au bout de quelques jours elle s'abaisse lentement et, à partir du 21 septembre, elle se stabilise autour de 37°.

La cutiréaction à la tuberculine est positive ; les réactions de Bordet-Wassermann (H^8) et de Kahn sont négatives.

La seule constatation précise est donnée par une radiographie du thorax, faite le 9 septembre. L'ombre médiastinale est élargie des deux côtés, à la hauteur du pédicule vasculaire. Le long du bord droit de l'ombre cardiaque, dont elle est séparée par une bronche, existe une ombre allongée, oblique de haut en bas et de dedans au dehors, longue de 4 ou 5 cm., large de 3 ou 4 cm. ; elle se prolonge jusqu'au diaphragme sous forme de tractus flous ; son bord externe est irrégulier, flou et, en dehors de lui, sont quelques taches isolées ; son opacité est inégale avec quelques taches plus foncées mal limitées. A gauche, dans l'angle cardio-vasculaire, il y a quelques petites taches floues et quelques tractus rayonnants mal caractérisés.

On ne trouve pas de bacilles de Koch dans le liquide du lavage de l'estomac et dans les selles.

J'examine l'enfant le 18 octobre, huit semaines environ après le début de l'affection. Il a 9 ans 4 mois. Sa taille de 130 cm., son poids de 27 kg. 400 ont augmenté de 1 cm. et de 1 kg. 600. Son état général est bon. Il est apyrétique. Il ne tousse pas.

On constate, à droite, des signes discrets de condensation le long du bord du cœur, en avant, et dans l'espace interscapulo-vertébral.

Sur une deuxième radiographie, faite le 30 septembre, les ombres constatées précédemment sont moins opaques, plus floues ; vers le hile droit, quelques taches opaques tranchent mieux sur le fond plus grisâtre.

Rolland a donc présenté des signes, surtout radiologiques, d'une poussée évolutive au niveau des ganglions hilaires et du parenchyme pulmonaire voisin. Cette poussée explique l'état fébrile léger, qui a duré vingt-cinq jours environ.

Il s'agit manifestement de tuberculose.

Mais il est impossible de dire s'il s'agit d'une première infection. Une huitaine de jours après le début de l'affection, la cutiréaction à la tuberculine, recherchée pour la première fois, est positive.

L'enfant a pu être infecté par le bacille de Koch depuis longtemps. Si son père, âgé de 29 ans, et son frère, plus jeune de sept ans, sont bien portants, sa mère est tuberculeuse ; quand la tuberculose a été découverte, en 1929, elle a été placée dans un sanatorium, où elle a été traitée par le pneumothorax ; elle en est sortie en 1933 ; elle n'a pas alors d'expectoration bacillifère.

A l'époque du placement de sa mère, Rolland avait 2 ans ; il vivait avec elle et a très bien pu être contaminé. Actuellement il peut être l'objet d'une réinfection endogène et non pas d'une première infection.

Son cas rentre dans le groupe de faits étudiés par M. Paraf.

Il y a cependant des cas où les circonstances étiologiques permettent de considérer comme très vraisemblable une première infection.

Roger naît le 11 juillet 1925.

Ses parents et trois autres enfants, ses aînés d'un an, de cinq ans et de six ans et demi, sont bien portants.

Il a toujours joui d'une bonne santé.

En mai et juin 1930, vers la fin de sa cinquième année, la domestique, qui le soigne, présente des troubles de la santé ; on découvre qu'elle est atteinte d'une tuberculose pulmonaire contagieuse.

Vers cette époque, Roger commence à tousser. Au bout d'un mois, la toux cesse, mais il conserve mauvaise mine ; il a un appétit irrégulier, sans présenter de troubles digestifs. Sa température reste toujours normale.

On me présente Roger le 18 décembre, six ou sept mois après la découverte de la tuberculose chez la domestique. Il a 5 ans 5 mois.

Sa taille de 105 cm. 5 est moyenne, son poids de 17 kg. 800 supérieur de 1 kg. 600 au poids moyen pour sa taille.

Je constate dans l'espace interscapulo-vertébral une légère submatité et une respiration à peine soufflante. Sur une radiographie du thorax, on voit, à gauche, de l'obscurité de la région hilaire et une diminution de la transparence du sommet du poumon.

L'enfant se remet très bien. Cependant, en septembre 1933, à 8 ans, on voit encore sur la radiographie des hiles obscurs, surtout à gauche.

Le 17 juillet 1934, à 9 ans, le 4 juin 1936, à 10 ans 9 mois, je ne trouve aucun signe de tuberculose. A 10 ans 9 mois, Roger mesure 135 cm. 5, pèse 28 kg. 400 et a un périmètre thoracique de 61—66 =63 cm. 5 ; son accroissement s'est donc poursuivi régulièrement.

Pendant la deuxième et la troisième enfances, la *première étape de l'infection tuberculeuse est souvent silencieuse.*

L'observation suivante en est un exemple.

Marguerite est née le 9 mai 1919.

Elle a ses premières règles en mai 1932, à 13 ans. Après une interruption de quatre mois, elles reviennent et sont généralement trop rapprochées ; elles sont très abondantes et durent dix jours.

Marguerite entre à la salle Parrot le 2 février 1933, pour ces ménorragies. Elle a 13 ans 9 mois.

Sa taille de 145 cm. 5, son poids de 35 kg. 400 sont inférieurs aux moyennes de l'âge. Elle présente un certain degré d'arriération mentale. Le Bordet-Wassermann (H^8) est négatif, le Hecht légèrement positif.

Du 2 février au 6 mars, six cutiréactions à la tuberculine sont négatives.

Le 27 mars, la réaction est positive pour la première fois.

A l'hôpital, Marguerite a deux fois ses règles.

Pendant tout le séjour, elle ne présente aucun symptôme pouvant faire penser à la tuberculose. Elle n'a pas de fièvre. Son poids augmente et atteint 39 kilos, le 28 mars, au moment où la cutiréaction devient positive.

Il est difficile de préciser par des nombres la proportion des cas où la première étape de l'infection tuberculeuse est silencieuse. Le hasard seul permet d'observer des malades qui sont, avec certitude, à la fin de la période antéallergique et au début de la période allergique.

On peut toutefois avoir une approximation indirecte en établissant, pour les enfants porteurs de cutiréactions positives à la tuberculine, les pourcentages de ceux qui ont des tuberculoses inactives et de ceux qui ont des tuberculoses actives. Les premiers n'ont pas présenté et ne présentent pas de manifestations cliniques attribuables à la tuberculose.

Voici les constatations que j'ai faites avec M. Briskas.

Avant 6 mois, il n'y a pas de cutiréactions positives liées à des tuberculoses inactives.

A partir de 6 mois, sur 100 enfants de chaque âge ayant des cutiréactions positives, le nombre des tuberculoses inactives est en chiffres ronds :

1	de 6 à 12 mois ;
20	de 12 à 18 mois ;
45	de 18 à 24 mois ;
65	de 2 à 6 ans ;
78	de 6 à 10 ans ;
75	de 10 à 15 ans.

Le rapport du pourcentage des cutiréactions liées à des tuberculoses inactives au pourcentage des cutiréactions liées à des tuberculoses actives est :

De 6 à 12 mois	0,01
De 12 à 18 mois	0,2
De 18 à 24 mois	0,8
De 2 à 6 ans	1,8
De 6 à 10 ans	3,5
De 10 à 15 ans	3,0

Parmi les enfants infectés par le bacille de Koch, la proportion de ceux qui sont atteints de tuberculoses silencieuses s'accroit avec l'âge. Très faible avant 2 ans, elle augmente ensuite rapidement jusqu'à 10 ans, puis reste à peu près fixe de 10 à 15 ans.

Beaucoup d'enfants peuvent donc être infectés par le bacille de Koch sans que rien n'attire l'attention. Cependant il n'est pas permis d'affirmer que la première étape a été, chez eux, absolument silencieuse. Ils ont pu présenter des manifestations discrètes qui ont passé inaperçues.

Assez souvent, la première étape de l'infection tuberculeuse se traduit par des *manifestations discrètes*. Elles apparaissent vers la fin de la période antéallergique et au début de la période allergique, pendant que s'installe la lésion primaire.

L'enfant pâlit, se fatigue facilement, perd l'appétit, maigrit.. Tantôt il reste apyrétique ; tantôt il présente un état fébrile ; sa température s'élève le soir à 38°-38°2, en même temps qu'il éprouve une sensation de lassitude. Souvent l'élévation thermique est conditionnée ou augmentée par le mouvement : on peut la déceler en étudiant la réaction de promenade.

La toux manque souvent ; ou bien apparaît une petite toux sèche.

Les signes physiques se manifestent en général plus tardivement que les symptômes généraux. Comme chez les petits enfants, on les dépiste par un examen minutieux ; ils siègent dans une région interscapulo-vertébrale et la débordent plus ou moins ; ce sont de la submatité, de la résistance, une bronchophonie exagérée, une respiration soufflante avec expiration prolongée. On peut découvrir, en outre, dans une région quelconque, souvent dans la région moyenne, en avant, en arrière ou dans l'aisselle, une zone de submatité légère, de respiration faible ou soufflante, avec parfois quelques râles sous-crépitants fins et secs.

A l'âge de la puberté, chez des filles déjà réglées, peut apparaître une aménorrhée secondaire. La tuberculose est un des facteurs étiologiques de ce phénomène ; il faut y penser et en rechercher toujours les symptômes. Toutefois, comme je l'ai indiqué avec MM. Briskas et Abaza dans un mémoire de *La Presse Médicale* du 7 octobre, sur les *Troubles de la menstruation chez les tuberculeuses à la période de puberté*, l'aménorrhée s'installe rarement avant le début clinique de la tuberculose ; le plus souvent, elle coïncide avec ce début clinique ou survient pendant l'évolution.

Chez certains enfants, la fin de la période antéallergique et le début de la période allergique sont marqués par des épisodes plus bruyants que ceux que je viens de décrire. J'insisterai sur la *fièvre* et l'*érythème noueux*.

La fièvre rentre dans le cadre des *fièvres tuberculeuses aiguës*. Je les ai décrites dans ma leçon du 18 février 1922, sur les *Fièvres tuberculeuses aiguës* et la *typho-bacillose chez les enfants*, qui est dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré à *La tuberculose*.

En pareille circonstance, comme l'a écrit Landouzy, en 1885, la tuberculose « se dénonce exclusivement par un état typhoïde, avec fièvre continue et splénomégalie, sans signes de localisations viscérales », par une *fièvre bacillaire à forme typhoïde* ou *typho-bacillose*.

La fièvre peut présenter d'ailleurs diverses modalités et réaliser soit une *forme commune* ou *moyenne*, soit une *forme légère*, soit une *forme sévère*.

Pendant longtemps, on a généralement admis que la typho-bacillose appartenait à la période secondaire de l'infection tuberculeuse ; Victor Hutinel, M. Comby et bien d'autres pensaient qu'elle est l'expression d'une poussée évolutive de la tuberculose ganglio-pulmonaire, en quoi consiste, nous l'avons vu, la lésion primaire.

MM. Maurice Péhu et André Dufourt, en 1927, dans *La tuberculose médicale de l'enfance*, écrivent : « Il

paraît évident que la typho-bacillose est une manifestation non pas de première invasion, mais qui demande pour se déclancher l'existence d'une infection tuberculeuse relativement récente et l'absence de lésions nodulaires étendues ».

Toutefois, je faisais remarquer, dans ma leçon de 1922, qu'à côté des cas où la typho-bacillose peut être considérée comme l'expression d'une poussée évolutive de la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques, « il y a des cas, difficiles à démontrer, où la typho-bacillose paraît être sous la dépendance d'une infection récente de l'organisme ».

Il est donc intéressant de préciser si elle peut se manifester pendant l'étape initiale d'une première infection, à la fin de la période antéallergique et au début de la période allergique.

Pour faire la démonstration il faut avoir l'occasion de constater d'abord des cutiréactions négatives, puis, au moment de l'épisode fébrile, l'apparition d'une cutiréaction positive.

Voici les observations de deux malades que j'ai relatées dans ma leçon de 1922 ; elles sont démonstratives.

Albert naît le 14 novembre 1918.

Il entre à la salle Bouchut, le 3 novembre 1921. Il a 3 ans.

Il est petit et maigre, mais non cachectique. Il n'a pas de fièvre.

Nous constatons des troubles moteurs et intellectuels symptomatiques d'une encéphalopathie chronique, de l'hypertrophie des amygdales palatines et pharyngée, des signes d'adénopathie trachéo-bronchique.

La réaction de Bordet-Wassermann (H°) est fortement positive.

La cutiréaction à la tuberculine est négative. La famille est d'ailleurs indemne de tuberculose.

Du 5 novembre au 26 décembre, cinq cutiréactions à la tuberculine sont négatives.

Vers le 20 janvier 1922, débute une coqueluche ; pendant les premiers jours il y a un peu de fièvre.

Le 2 février, un état subfébrile reparaît. Puis, à partir du 7, la température s'élève graduellement, atteint 39°5 et 40° du 9 au 14, enfin redescend graduellement et revient au voisinage de 37°, le 22. La courbe de température rappelle dans l'ensemble celle d'une fièvre typhoïde.

Vers la fin de la période fébrile, les signes de l'adénopathie trachéo-bronchique s'accusent ; à la radioscopie, ils deviennent plus appréciables.

Le 13 et le 20 février, les cutiréactions sont positives pour la première fois.

L'enfant quitte l'hôpital le 22 février.

Raymond est né le 21 décembre 1907.

Sa mère a eu plusieurs attaques de maladie de Bouillaud et est atteinte d'une cardiopathie.

Il a la rougeole à 6 mois, la scarlatine à 3 ans, le croup à 12 ans.

Au début d'octobre 1921, il a une première attaque articulaire de maladie de Bouillaud, caractérisée par des douleurs fugaces dans les genoux et de la fièvre pendant quelques jours. Un médecin constate une cardiopathie.

Il continue de fréquenter l'école.

Le 1er décembre, il est pris brusquement d'une vive douleur précordiale et d'un état syncopal.

Le 4 décembre, il entre à la salle Bouchut. Il est âgé de 13 ans 11 mois.

Il est apyrétique et présente les signes d'une endocardite mitrale et aortique avec un gros cœur.

Il reste apyrétique jusqu'au 30 décembre. Du 30 décembre au 2 janvier 1922, il a une poussée fébrile à 38°5, quelques douleurs dans les coudes, un léger frottement péricardique.

Puis l'apyrexie reprend jusqu'au 12 janvier.

Pendant ce temps, l'examen des poumons ne révèle rien de particulier.

Quatre cutiréactions à la tuberculine, les 5, 14 et 26 décembre, le 12 janvier, sont négatives.

Le 13 janvier, la fièvre apparaît de nouveau. La température s'élève graduellement et atteint 39°5, le soir du 16 ; elle reste entre 39° et 40° jusqu'au 27 ; puis elle s'abaisse graduellement et retombe, le 30, dix-huitième jour, aux environs de 37°5. Dès lors, l'apyrexie persiste.

Pendant ce temps le poids diminue, la rate ne grossit pas.

Le 26 janvier, au douzième jour, on perçoit, dans la région sus-épineuse gauche, de la submatité, une légère résistance, une expiration prolongée, quelques fines crépitations.

L'hémoculture et les sérodiagnostics faits avec les bacilles typhiques et paratyphiques A et B sont négatifs.

Par contre, le 26 janvier, quatorze jours après que l'épreuve a été négative, une cutiréaction et une intradermoréaction à la tuberculine sont positives

Raymond quitte l'hôpital le 29 avril, à 14 ans 4 mois avec une maladie mitrale et une insuffisance aortique ; il présente encore une légère submatité dans la région sus-épineuse gauche ; la radiographie ne révèle rien de précis.

L'enfant revient à l'hôpital, à plusieurs reprises, pour son affection cardiaque. La dernière fois, le 16 mai 1923, il a 15 ans 3 mois ; à cette date, la cutiréaction à la tuberculine, qui jusque-là était restée positive, est devenue négative. Jamais nous n'avons constaté de symptômes de tuberculose.

Somme toute, Albert et Raymond ont été atteints de typho-bacillose. Pendant la période fébrile, la cutiréaction à la tuberculine qui, jusque-là, était négative, est devenue positive. Chez eux, donc, la typho-bacillose est survenue à la fin de la période antéallergique et au début de la période allergique, pendant l'étape initiale d'une première infection tuberculeuse.

De l'observation de Raymond je puis rapprocher celle d'une fille que j'ai présentée dans ma leçon du 5 mai 1934, publiée par *Le Concours médical* du 14 octobre 1934, sur *Les premières phases de l'endocardite aortique dans la maladie de Bouillaud chez l'enfant* et que j'ai complétée dans un mémoire paru dans *La Presse Médicale* du 21 octobre 1934, intitulé *La ma-*

ladie de Bouillaud n'est pas un rhumatisme tuberculeux aigu.

Andrée naît le 8 juin 1920.

Elle entre à la salle Parrot le 2 juin 1932, à 12 ans, pour une chorée. Elle en sort le 10 juillet. En août elle a une première attaque articulaire de maladie de Bouillaud. Dans la suite, elle en a plusieurs autres. Elle rentre à l'hôpital, pour une attaque, le 12 avril 1934, à 13 ans 10 mois. Elle est apyrétique et présente les signes d'une cardiopathie complexe en évolution.

Le 16 mai, la température s'élève graduellement, puis atteint 38°5-39°9 et s'y maintient pendant quelques jours, enfin s'abaisse et revient à 37°3-37°5, le 26. Après quelques jours d'un état subfébrile, la température s'élève de nouveau et se comporte comme précédemment.

Une fièvre à 38° persiste jusqu'à la sortie de l'hôpital, le 21 juin.

Parallèlement le poids diminue, de 49 k. 250, le 5 mai, à 44 k. 400, le 21 juin.

Pendant le premier séjour à l'hôpital, du 5 juin au 9 juillet 1932, six cutiréactions à la tuberculine sont négatives.

Pendant le deuxième séjour, en 1934, neuf cutiréactions, du 14 avril au 12 juin, sont négatives ; puis, le 19 juin, une cuti et une intradermoréactions sont positives. Ces réactions positives sont constatées trente-trois jours après le début de la fièvre, sept jours après la dernière cutiréaction négative.

Andrée a donc présenté une typho-bacillose, liée à une première invasion tuberculeuse ; la fièvre aiguë a évolué en deux poussées pendant le dernier mois de la période antéallergique ; au début de la période allergique il n'existait plus qu'un état fébrile.

A côté des formes communes de la typho-bacillose on peut rencontrer des *formes légères, dégradées*, caractérisées par une petite fièvre de courte durée, qui passe facilement inaperçue.

Témoin une observation relatée dans ma leçon du 18 juin 1927 sur *Asthme, adénopathie trachéo-bronchique et tuberculose chez les enfants*, qui est dans mon livre de *Clinique* sur *la Tuberculose*.

Georges naît le 7 septembre 1918.

A partir de 3 ans, il a de fréquents accès d'asthme.

Il entre à la salle Bouchut, le 24 janvier 1927, à l'âge de 8 ans 2 mois, pour une fièvre légère, de la rhino-pharyngite et de la bronchite. Il guérit rapidement.

Dans la région hilaire gauche, nous constatons une légère submatité et, sur la radiographie, quelques petits nodules ganglionnaires. La cutiréaction à la tuberculine est négative.

L'enfant quitte l'hôpital le 4 février.

Il y revient le 3 mars, pour un accès d'asthme. Il n'a pas de fièvre. Les signes constatés dans la région hilaire gauche ne sont pas modifiés.

Du 8 au 13 mars, la courbe de température présente une légère onde fébrile, à peine appréciable, avec un maximum de 38°2, le soir du 11.

Or, le 4 mars, quatre jours avant le début de l'état fébrile, la cutiréaction est positive pour la première fois.

Georges quitte l'hôpital, le 23 mars.

La fièvre a évolué au début de la période allergique d'une première infection tuberculeuse.

Il existe donc, incontestablement, des fièvres tuberculeuses aiguës, des typho-bacilloses, à l'étape initiale d'une première infection ; elles peuvent apparaître à la fin de la période antéallergique et au début de la période allergique ; elles sont liées à l'installation de la lésion primaire.

Mais il ne faut pas penser que toutes les typho-bacilloses surviennent dans cette circonstance. Elles peuvent apparaître plus tardivement, une fois l'allergie installée, et relever de la période primo-secondaire de l'infection. Elles peuvent apparaître plus tardivement encore, alors que l'étape initiale de la première infection est terminée depuis longtemps, que celle-ci se soit révélée par des manifestations cliniques ou soit demeurée occulte, du fait d'une poussée évolutive secondaire.

Il ne faut pas oublier enfin que, chez des enfants tuberculeux d'ancienne date, présentant des évolutions tuberculeuses, la fièvre revêt souvent les modalités de la courbe d'une fièvre typhoïde. Mais ici il existe des lésions tuberculeuses appréciables et celles-ci différencient ces typho-bacilloses secondaires de la typho-bacillose primitive de Landouzy.

Il ne faut donc pas admettre sans réserve l'opinion de MM. Maurice Péhu et André Dufourt, que je citais tout à l'heure : « la typho-bacillose... demande, pour se déclancher, l'existence d'une infection tuberculeuse relativement récente et l'absence de lésions nodulaires étendues ».

L'*érythème noueux*, dans ses rapports avec l'étape initiale de la première infection tuberculeuse, prête aux mêmes considérations que les fièvres tuberculeuses aiguës et la typho-bacillose. Il survient d'ailleurs souvent au cours d'une fièvre semblable à celles que je viens de décrire.

Les observations doivent remplir les mêmes conditions pour que l'érythème noueux puisse être attribué à l'étape initiale d'une première infection.

Voici quelques observations qui remplissent ces conditions.

Dans une leçon sur *L'érythème noueux chez l'enfant, ses rapports avec la tuberculose*, publiée par le *Journal des Praticiens* du 4 octobre 1919, j'ai présenté le malade suivant :

Georges est atteint d'hémophilie congénitale.

A 6 ans, le 30 juin 1919, nous le recevons à la salle Bouchut. Il est apyrétique.

A partir du 15 août, la température s'élève graduellement, atteint 39° le septième jour, reste élevée pendant quelques jours, puis diminue graduellement et redevient normale le 1er septembre.

Le 26 août, onzième jour de la fièvre, apparaît un érythème noueux.

A la fin de la période fébrile, on constate quelques

signes d'adénopathie trachéo-bronchique ; sur la radiographie celle-ci paraît assez volumineuse.

La convalescence se poursuit régulièrement. Les signes d'adénopathie tendent à régresser.

La cutiréaction à la tuberculine est négative au moment de l'entrée à l'hôpital, six semaines avant le début de la fièvre. Une deuxième réaction, au moment où apparaît l'érythème noueux, est fortement positive, vésiculeuse, en cocarde. Une troisième, pendant la convalescence, est encore très forte et s'accompagne d'un érythème morbilliforme généralisé.

Le 4 décembre 1934, à la *Société de pédiâtrie de Paris*, j'ai présenté avec M. Paul Ducas l'observation d'une fille atteinte d'un *Erythème noueux au décours d'un abcès du poumon.*

Marguerite naît le 25 janvier 1927.

Elle a la rougeole à la fin d'avril 1934 et quitte l'hôpital guérie en apparence. Rentrée chez sa mère, elle se plaint de céphalée et d'un point de côté, tousse un peu, a quelques vomissements, prend mauvaise mine.

Elle entre à la salle Parrot le 14 mai. Elle a 7 ans 3 mois.

Sa taille est de 120 cm. 5, son poids de 20 kgs.

Elle n'a plus de point de côté, tousse encore un peu, ne crache pas. Elle est apyrétique.

L'examen du thorax révèle, à droite, une légère submatité, en particulier dans l'aisselle, et, dans la région sous-claviculaire, un murmure vésiculaire un peu rude et quelques râles sous-crépitants.

Sur une radiographie on découvre, à droite, à hauteur des 5e, 6e et 7e espaces intercostaux, au milieu d'un parenchyme sain, une image hydro-aérique caractéristique d'un abcès du poumon, resté complètement occulte.

Deux ponctions restent blanches. L'enfant ne crache pas, n'a pas de vomique.

Cependant, le 23 mai, sur une radiographie, l'abcès paraît vidé.

Pendant ce temps l'apyrexie persiste, le poids augmente et atteint 22 kgs le 25 mai.

A partir du 30 mai, apparaît une petite fièvre : la température se maintient autour de 38°, s'élevant parfois à 38°4-38°5 le soir.

Le 4 juin on constate sur la région tibiale un *érythème noueux* bien caractérisé ; les éléments suivent leur évolution habituelle et ont disparu le 17 juin.

Sur les radiographies du 10 et du 20 juin, on voit l'image de l'abcès vide et, en outre, le hile droit plus chargé qu'avant.

Marguerite quitte l'hôpital le 16 juin, ayant toujours une température au voisinage de 38° ; son poids est de 22 kgs 500.

Elle passe deux mois à la campagne.

Le 22 octobre, elle mesure 122 cm. et pèse 24 kg. 200. Son état général est bon. L'examen clinique des poumons n'apprend rien. Sur une radiographie du thorax, le contour de l'abcès est à peine visible, l'opacité du hile est très nette.

Les réactions cutanées à la tuberculine ont été les suivantes :

3 cutiréactions, les 17 et 25 mai, le 4 juin, celle-ci cinq ou six jours après le début de la fièvre, sont négatives.

Le 9 juin, dixième jour de la fièvre, une intradermoréaction est fortement positive, comparable à un élément d'érythème noueux.

Le 17 juin, une cutiréaction est positive.

La fièvre et l'érythème noueux sont donc apparus à la fin de la période antéallergique et au début de la période allergique d'une première infection.

Remarquons qu'il n'y a pas de tuberculose dans la famille.

Dans ma leçon de 1919 et dans ma leçon du 21 janvier 1922 sur le même sujet, qui est dans mon livre de *Clinique* sur la *Tuberculose*, j'ai rappelé les observations publiées par le professeur Sergent et par M. Ernberg : il s'agit de filles de 12 ans et de 11 ans, qui ont des cutiréactions négatives à la tuberculine ; un érythème noueux apparaît et, en même temps, les réactions deviennent positives.

Voici deux observations intéressantes publiées ces temps derniers.

Dans un mémoire intitulé *Primo-infection tuberculeuse ; coïncidence de l'érythème noueux et du début de l'allergie interne*, paru dans *Pédiatrie* de mars 1934, MM. *Bertoye*, *Roget* et *Riou* relatent l'observation suivante.

Jeanne a toujours été bien portante. Au début de mars 1934, alors qu'elle a une cutiréaction négative à la tuberculine, elle passe quelques heures pendant quatre jours auprès d'une tante atteinte de tuberculose pulmonaire considérée comme guérie.

Six semaines après ce contact, au milieu d'avril, elle a une pleuro-pneumonie de la base gauche, qui guérit. Le 23 et le 25 avril, deux cutiréactions sont négatives.

En juin, débute une forte fièvre et, quelques jours après, apparaît un érythème noueux.

Le 25 juin, la cutiréaction est devenue positive. La radiographie révèle, à droite, une réaction hilaire assez marquée et une ombre de scissurite.

Jeanne entre à l'hôpital de 3 juillet. Elle a 9 ans. L'érythème noueux est presque complètement disparu ; on entend quelques frottements à la base gauche du thorax ; les signes radiologiques n'ont pas changé. La cutiréaction est très forte, phlycténulaire.

La malade quitte l'hôpital au bout de quinze jours.

Somme toute, l'érythème noueux est apparu quatre mois après la contamination, en même temps que l'allergie cutanée à la tuberculine.

MM. L. Béthoux et E. Berthet, le 22 mars 1935, à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, ont présenté *Un cas de primo-infection tuberculeuse avec érythème noueux chez une fillette de onze ans.*

Yvette a vécu, pendant plusieurs mois, depuis 1933, auprès du second mari de sa mère, qui est tuberculeux.

Le 17 mai 1934, à 11 ans, elle vient consulter les auteurs pour de la pâleur, de l'amaigrissement, un état subfébrile. La respiration est faible au sommet

droit. Le 23 mai, la cutiréaction et l'intradermoréaction à la tuberculine sont négatives.

Le 11 juin, la température s'élève à 38° et y reste pendant deux semaines ; puis elle redevient normale aux environs du 10 juillet.

Pendant la période fébrile, le 29 juin, la température s'élève le soir à 39°6 et un érythème noueux apparaît.

Le 6 juillet, la cutiréaction devient positive.

La radiographie décèle un hile droit plus chargé que normalement.

A propos de l'érythème noueux, il convient de citer la *conjonctivite* ou *kérato-conjonctivite phlycténulaire*. Elle peut, en effet, lui être associée.

On peut, dans certains cas, la rattacher à l'étape initiale de la première infection tuberculeuse. Mais la preuve n'est pas toujours facile à administrer.

Témoin l'histoire d'une fille atteinte d'*Erythème noueux et conjonctivite phlycténulaire* que j'ai relatée avec M. P. Ducas dans la *Presse médicale* du 4 août 1934.

Germaine est née le 6 décembre 1922.

Vers le 20 janvier 1934, en pleine santé, elle est prise de fièvre. Quatre jours après, elle présente un érythème noueux.

Elle entre à la salle Parrot le 5 février. Elle est âgée de 11 ans 2 mois. Elle a un état subfébrile persistant, la température atteignant 37°8-38° le soir.

Sur la radiographie, on constate, à droite, une ombre hilaire accentuée.

La cutiréaction à la tuberculine est forte, maculo-papuleuse, phlycténulaire.

L'érythème noueux disparaît, quelques jours après l'entrée, mais l'état fébrile ne se modifie pas.

Le 15 février, nous constatons une conjonctivite phlycténulaire, qui ne tarde pas à régresser.

Germaine quitte l'hôpital le 18 mars, apyrétique depuis quelques jours, ayant augmenté de poids.

Il est difficile de préciser s'il s'agit d'une première infection. On ne découvre aucune contamination tuberculeuse récente. Mais la mère est morte de tuberculose il y a plusieurs années, et Germaine a vécu avec elle. Il est possible qu'elle ait été contaminée à cette époque et que nous soyons en présence d'une poussée évolutive liée à une réinfection endogène.

Les faits que je viens de citer établissent que, dans certains cas, l'érythème noueux est une manifestation de la première infection tuberculeuse et apparaît pendant la première étape de cette infection, à la fin de la période antéallergique et au début de la période allergique.

Mais, de même que pour la typho-bacillose, il ne faut pas déduire de cette constatation que tous les érythèmes noueux surviennent à l'étape initiale d'une première infection tuberculeuse ; la tuberculose peut aussi bien être déjà ancienne et être restée occulte.

Il convient toutefois de remarquer que l'érythème noueux survient chez des enfants atteints de tuberculoses occultes ou discrètes et ne se rencontre pas chez des tuberculeux avérés.

Mais il convient aussi de remarquer, d'autre part, qu'il n'apparaît qu'exceptionnellement avant trois ans, pendant une période où la première infection tuberculeuse est fréquente.

La fièvre, l'érythème noueux, la conjonctivite phlycténulaire n'épuisent pas la liste des manifestations cliniques qui peuvent apparaître à l'étape primaire de la première infection tuberculeuse.

Les mêmes problèmes se posent pour les *syndromes de spleno-pneumonie* et de *congestion pleuro-pulmonaire*, les *pleurésies séro-fibreuses*, les *péritonites*, les *méningites*, les *pneumonies caséeuses*, etc.

Il est possible que, dans certains cas, un syndrome spléno-pneumonique, une pneumonie caséeuse réalisent la lésion primaire de la première infection; ces faits, s'ils existent, sont exceptionnels.

Dans la règle, quand ces affections se rattachent à la première infection, elles appartiennent à la période secondaire précoce, laquelle est intriquée à la période primaire.

Mais elles peuvent aussi bien relever d'une infection tuberculeuse déjà ancienne, restée occulte, et appartenir à la période secondaire tardive.

Je n'aborde pas l'exposé de ces faits, qui sont en dehors du sujet que je traite.

*
**

Avant de terminer, je désire attirer votre attention sur le PRONOSTIC DE LA PREMIÈRE INFECTION TUBERCULEUSE.

Antérieurement, je vous ai signalé sa *gravité immédiate* dans la *petite enfance*, surtout avant 18 mois.

Dans la *moyenne enfance*, sa gravité *diminue* rapidement.

Voici les *statistiques de mortalité* des enfants soignés à la *Clinique* depuis 1921, que j'ai dressées avec M. Briskas. Je précise qu'il s'agit de la mortalité générale et non pas de la mortalité par tuberculose.

Sur 100 enfants de chaque âge, ayant des cutiréactions positives à la tuberculine, quelle que soit la date de la première infection, il en meurt, quand la réaction est constatée :

Dans la première année......	62,3	
Dans la deuxième année......	43,5	
Dans la troisième année......	26,8	
Dans la quatrième année......	20,3	} 20,4
Dans la cinquième année......	21,0	
Dans la sixième année......	20,0	

En outre, parmi les sortants, atteints ou non de tuberculoses cliniques, ayant des cutiréactions positives, il en est qui sont dans un état grave et sont très probablement morts. Sur 100 enfants de chaque âge, ayant des cutiréactions positives, le nombre des états graves à la sortie est :

Dans la première année......	22,0	
Dans la deuxième année......	6,4	
Dans la troisième année......	2,6	
Dans la quatrième année......	1,3	} 1,3
Dans la cinquième année......	1,8	
Dans la sixième année......	1,0	

Au total, la mortalité probable, sur 100 enfants de chaque âge, ayant des cutiréactions positives, est :

Dans la première année	84,3
Dans la deuxième année	49,9
Dans la troisième année	29,4
Dans les quatrième, cinquième et sixième années	21,7

Ces nombres établissent, indirectement, la diminution de la gravité de la première infection tuberculeuse de la naissance à 6 ans.

***

Les faits que je viens d'étudier établissent quelques NOTIONS importantes relativement à la première infection tuberculeuse chez les enfants de 2 à 15 ans.

1° Pour affirmer, en présence d'un enfant atteint d'une tuberculose occulte ou avérée, qu'il s'agit d'une première infection, il faut s'entourer des garanties indispensables, car, chez beaucoup d'enfants, on découvre par hasard des réactions cutanées positives à la tuberculine, témoignant d'une infection dont on ne peut préciser la date.

2° La première infection tuberculeuse peut s'effectuer pendant toute l'enfance. Autant qu'on peut en juger par le nombre des enfants qui, à chaque âge, ont des réactions cutanées positives à la tuberculine, elle est au moins aussi fréquente, sinon plus fréquente après 2 ans qu'avant 2 ans, elle présente à peu près la même fréquence de 2 à 10 ans (environ 16 % des cutiréactions positives) et augmente de 10 à 15 ans (environ 20 % des cutiréactions positives).

3° La première infection tuberculeuse a des conséquences différentes suivant les âges. Dans la première année, elle réalise toujours ou presque toujours un processus actif ; à partir d'un an, les processus inactifs deviennent de plus en plus nombreux avec l'âge.

4° L'étape initiale de la première infection tuberculeuse reste souvent occulte. Dans d'autres cas, à la fin de la période antéallergique et au début de la période allergique, apparaissent tantôt des manifestations discrètes, tantôt des manifestations plus importantes, telles qu'une fièvre tuberculeuse aiguë à type de typhobacillose, un érythème noueux.

5° Une modalité importante différencie la première infection dans la petite enfance de la première infection dans la moyenne et la grande enfances.

Pendant la première année, la première infection ne s'arrête guère au stade primaire. Tandis que la lésion primaire s'installe et continue d'évoluer, les bacilles se répandent dans les poumons et dans l'organisme, les lésions et les manifestations de la période secondaire sont précoces et s'intriquent avec celles de la période primaire ; il existe une période primo-secondaire. La tuberculose brûle les étapes et, de ce fait, l'étape primaire acquiert une gravité particulière.

A partir d'un an et surtout de 2 ans, à mesure que les enfants avancent en âge, l'intrication devient de moins en moins fréquente, la période primo-secondaire de plus en plus rare ; la période secondaire, quand elle survient, est tardive. Quand des manifestations primo-secondaires s'installent, elles consistent généralement en processus relativement peu sévères. De ce fait, l'étape primaire de l'infection tuberculeuse n'a pas la même gravité que dans la petite enfance.

Je conclurai donc, comme je le faisais, le 8 novembre, à la réunion de la *Société de pédiatrie de l'Est*, tenue à Strasbourg, que l'âge a une grande influence sur l'évolution et le pronostic de la première étape de l'infection tuberculeuse.

(Leçon faite le 21 novembre à la clinique médicale des Enfants. — Hôpital des Enfants Malades).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1936)

Double contraction et double chronaxie du muscle strié normal de l'homme et des mammifères. Analyse par les courants progressifs. — MM. G. BOURGUIGNON et René HUMBERT.

Sur les effets d'un traitement permanent de folliculine sur l'organisme mâle. — Mme Vera DANTCHAKOFF.

La sécrétion gastrique du brome au cours de la thérapeutique bromée. — Mlle Camille CHATAGNON.

(SÉANCE ANNUELLE DU 21 DÉCEMBRE 1936)

Allocution de M. Jean Perrin, président.

Prix et subventions attribués en 1936 (voir *Gaz. hôp.*, Informations, nos 89, 90, 93 et 102).

M. Alfred Lacroix, secrétaire perpétuel, lit une notice historique sur les cinq de Jussieu, membres de l'Académie des Sciences (1712-1853).

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1936)

Anémie gravissime aiguë fébrile par paludisme primaire. Difficulté du diagnostic hématologique. — MM. RAMOND, CHEVALLIER, HAHN. Un cas d'anémie aiguë fébrile typique avec rechute. Dans le sang, on constata de nombreux *Plasmodium materiae* : guérison rapide par traitement quinique. La présence transitoire du plasmodium rendait le diagnostic hésitant.

Inoculation tuberculeuse cutanée suivie d'actinopathie suppurée non chronique, puis de pleurésie séro-fibrineuse chez un jeune homme atteint de hypohémophilie. — MM. CHEVALLIER et COLIN. Deux cas d'inoculation cutanée tuberculeuse. 1er cas : inoculation brachiale avec adénopathie riche en bacilles de Koch. 2e cas : jeune femme présentant une inoculation génitale avec adénopathie simulant la maladie de Nicolas Favre. Le conjoint présentait une vésiculite tuberculeuse riche en bacilles.

Pouls lent permanent. Guérison. — M. DOUMER (Lille). Homme de 60 ans chez qui s'installa une bradycardie par dissociation auriculo-ventriculaire typique après une crise angineuse. La bradycardie persista pendant plus de deux mois, puis disparut ; la restauration des liaisons auriculaires normales persiste depuis quinze mois.

De l'action des diurétiques mercuriels. — MM. DECOURT et FISCHER. Il y a des facteurs extra-rénaux dans le mécanisme d'action des diurétiques mercuriels. Une preuve indirecte est fournie par la grande variabilité de l'effet diurétique selon les sujets auxquels on s'adresse, alors que les reins sont sains et de valeur fonctionnelle égale.

Œdème généralisé chez un brûlé. Pathogénie des œdèmes. — MM. Clavelin et Hugonot. Malade à la suite de brûlures étendues avec un suintement purulent abondant, fit une infiltration œdémateuse généralisée. Le blessé présentait des troubles profonds de l'équilibre protéidique du sérum. Hypoprotéidémie et inversion du quotient $\frac{S}{G}$. Ce trouble humoral paraît avoir été la conséquence du suintement purulent.

Lymphogranulomatose maligne à début aigu et à forme anémique avec syndrome de Mikulicz. — MM. Marchal, Soulié, Roy et Forge. Cas de maladie de Hodgkin ayant simulé une leucémie lymphoïde aiguë. Effets intéressants de la téléroentgenthérapie totale. Aux doses minimes de 6 R, le syndrome de Mickulicz a disparu (irradiations généralisées), l'anémie s'est réparée : l'évolution aiguë s'est arrêtée. Les auteurs étudient l'anémie hodgkinienne, qui s'intrique avec l'anémie post-radiothérapique dans les cas longuement traités. Dans le cas actuel, les examens histologiques ont montré des aspects d'hématophagie dans la rate et les ganglions.

Hémoptysies foudroyantes et forme pleurale de la granulie. — M. Even.

Ostéopathie de carence au cours d'un scorbut fruste. — MM. Cain, Cattan et Hertz. Chez un malade cachectique, atteint d'hydarthrose très douloureuse, la survenue d'un purpura péripilaire avec gingivite discrète permit de poser le diagnostic de scorbut fruste. A la ponction des épanchement articulaires, on retire un liquide sanglant avec grande quantité de polynucléaires intacts. A la radiologie : plages de décalcification localisées ; ultérieurement, épiphysite du tibia gauche. Disparition de tous les signes sous l'influence d'injections intra-veineuses d'acide ascorbique.

(Séance du 13 novembre 1936)

Hypertension artérielle paroxystique dans un cas de pouls lent permanent. — M. Costedoat. Malade atteint d'une dissociation auriculo-ventriculaire ancienne tolérée. Survenue d'une crise d'hypertension artérielle paroxystique, puis de douleurs angineuses avec tachycardie. Celle-ci semble devoir être due à une augmentation de pression sanguine dans les ventricules.

Acido-cétose salicylée. — MM. Bénard, Merklen et Fasquelle. Cas d'acidose apparue au cours du traitement par le salicylate de soude. Cette acidose s'accompagnait d'altérations du fonctionnement hépatique et rénal, décelées par l'étude de la galactosurie provoquée, les rapports azoturique et azotémique, l'augmentation du temps de saignement. L'acido-cétose et ses perturbations fonctionnelles disparurent avec la suppression de la médication salicylée et l'administration du bicarbonate de soude. Le salicylate de soude à doses thérapeutiques peut donc déterminer des accidents d'acido-cétose.

Cytostéatonécrose prémammaire et épiploïque. — M. Nicaud. Le processus de cytostéatonécrose se voit dans le tissu graisseux sous-cutané, la région mammaire et dans les replis épiploïques, et succède à un traumatisme qui provoque la rupture des cellules graisseuses et une effraction vasculaire. Les graisses issues des cellules rompues sont transformées par la lipase du sang en savon et en acides gras. A noter que la cytostéatonécrose sous-cutanée traumatique des nouveau-nés paraît plus fréquente que celle de l'adulte.

Maladie éruptive à forme d'érythème papuleux. — MM. Milian, Garnier et Guipper. Jeune fille atteinte, après une angine, d'un exanthème caractérisé par des papules roses, œdémateuses, généralisées, rappelant le pityriasis rosé, s'en différenciant par une leucocytose avec monocytose (40 p. 100). Cette affection, difficile à classer, guérit spontanément.

Manifestations nerveuses au cours de la fièvre boutonneuse méditerranéenne. — MM. Augier et Duranty (Nice). Les auteurs signalent, au cours de cette infection, la rigidité musculaire, l'exagération des réflexes de posture, qui indiquent une participation des noyaux gris centraux. Les phénomènes douloureux relèvent sans doute d'une atteinte thalamique.

Un cas de fièvre boutonneuse méditerranéenne à Paris. — MM. Boudin et Rambert. Cas typique de fièvre boutonneuse observé à Paris, chez un malade arrivé d'Avignon. Chez ce malade jeune (16 ans), grosse réaction méningée et hyperazotémie passagère.

Diagnostic du kala-azar par ponction ganglionnaire. — MM. Giraud, Mouties, Sardou et Gaubert (Marseille). Dans 2 cas de kala-azar infantile, la ponction ganglionnaire est un moyen simple, non douloureux et fidèle pour la mise en évidence des parasites, permettant de suivre leur disparition.

Un cas de sprue. — MM. Babonneix, Duvoir et Pollet. Cas de sprue ayant guéri rapidement sous l'influence des légumes et des fruits frais. Dans un autre cas, le succès de la même technique peut expliquer soit une avitaminose indéterminée, soit la notion d'acidose. Dans la maladie cœliaque des nourrissons, voisine de la sprue de l'adulte, il existe une acidose nette, que combattent les fruits frais.

Cachexie hypophysaire. — M. de Gennes. L'auteur, à propos de cette observation, insiste sur le début post-choréique, jamais signalé dans la cachexie hypophysaire, sur l'importance des œdèmes qui disparurent avec la médication hypophysaire, sur l'anorexie du type mental, les troubles psychiques n'étant apparus que secondairement. Dans ce cas, malgré l'apparence normale de la radiographie du crâne, l'hypophyse peut être incriminée, encore qu'il soit possible qu'il s'agisse d'un syndrome endocrinien non hypophysaire, mais commandé par l'hypophyse sous l'influence d'altération d'autres glandes endocrines.

Dysostose cleido-cranienne avec malformations multiples et troubles nerveux. — MM. Léchelle, Thévenard, Mignot. Aux symptômes classiques de la maladie P. Marie-Sainton, sont, en l'espèce, associées, des malformations dentaires, la petitesse de la taille, la diminution des sinus de la face, la décalcification des os longs. Dans le cas actuel, les dystrophies étaient étagées tout le long du rachis.

(Séance du 20 novembre 1936)

Expectoration bacillifère dans les abcès du poumon. — M. Ameuille, Mme Dubois-Verlière et M. Hercelles. Parmi les formes d'association tuberculose et abcès du poumon, il faut signaler le passage de bacilles tuberculeux dans les crachats de suppuration non tuberculeux. On peut déceler ce passage dans 40 p. 100 de cas, au moins.

M. Sergent insiste sur la possibilité d'abcès du poumon où l'on découvre inopinément des bacilles tuberculeux.

Atélectasie pulmonaire, apnée du nouveau-né et hémorragie méningée. — MM. Debré, Marie, Lamy et de Font-Réaulx. Cas d'un nouveau-né prématuré présentant un syndrome respiratoire ayant débuté le septième jour par de la toux ; le 25e jour apparut une crise d'apnée, puis des troubles du rythme respiratoire réalisant bientôt une dyspnée remarquable, caractérisée par des périodes de dyspnée (150 mouvements à la minute) séparées par des pauses.

Cette observation prouve :

1° Qu'une atélectasie pulmonaire pure primitive, d'un petit enfant, peut être provoquée par une hémorragie méningée ;

2° Que l'atélectasie peut s'accompagner de troubles graves du rythme respiratoire ;

3° Que l'hémorragie méningée peut être tout à fait latente, le liquide rachidien étant normal.

Phlegmon gazeux cervicale à bacillus funduliformis. — MM. LEMIERRE, LAPORTE et BLOCH-MICHEL. Malade, après le début d'un abcès péri-amygdalien, présenta un adéno-phlegmon cervical, qui en 48 heures perça dans le tissu cellulaire de la région présternale. Il s'agissait d'une suppuration gangréneuse. Le pus, fétide, contenait un streptocoque hémolytique aérobie et du funduliformis. Le malade guérit sans septicémie. Cela confirme le rôle du « funduliformis » dans les suppurations amygdaliennes.

Angine de poitrine. Opération de Danielopolu. Guérison. — MM. THEODORESCO et AESLAN. Un cas d'angine de poitrine améliorée par l'opération de Danielopolu, et guérie. Après l'opération, apparition d'une onde Q négative en D III, dont l'interprétation est discutable.

Intoxication cyanhydrique. — MM. BÉNARD et MERKLEN. L'action toxique de fortes doses d'acide cyanhydrique ou de cyanure est due à la suppression des phénomènes d'oxydation, au blocage des oxydations cellulaires et tissulaires. Les auteurs discutent l'action curative, dans l'intoxication cyanhydrique, de l'hyposulfite de soude, que leurs recherches mettent en doute, même par injection intra-veineuse.

Forme anurique de la lymphogranulomatose maligne. — MM. DUVOIR, POLLET, BASSET et Mme LOGEAIS. Malade atteinte de maladie de Hodgkin depuis 3 ans, ayant présenté à deux reprises une anurie complète avec œdèmes, azotémie, diminution des lipides et inversion du rapport sérine-globuline. Les auteurs ont pensé à la maladie de Hodgkin sans pouvoir préciser son mécanisme d'action vraie : compression urétérale ou infiltration rénale.

Maladie de Hodgkin à forme de fièvre ondulante. — MM. GRENET, ISAAC-GEORGES et BRAULT. Enfant de 14 ans atteint de fièvre ondulante, avec comme seul signe physique une splénomégalie modérée. Toutes les épreuves de laboratoire demeurèrent négatives. On soupçonna une lymphogranulomatose d'après les indications de Lemierre et Reilly et l'on pratiqua la biopsie d'un ganglion sus-claviculaire peu volumineux. L'examen histologique montra des lésions caractéristiques avec cellules de Sternberg. L'enfant succomba au bout de 8 mois.

Expérience sur l'atélectasie pulmonaire — MM. BINET et JAULMES. Les auteurs démontrent que, du seul fait d'une hypoventilation, des lésions d'atélectasie peuvent apparaître, et que ces lésions sont guéries de façon durable par l'hyperventilation.

(SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1936)

Evolution d'une néphrose lipoïdique postérieure à une néphrite aiguë. Influence d'une rougeole intercurrente. — M. WEIL-HALLÉ, Mlle PAPAIOANNOU et M. S. LÉVI. L'observation dont s'agit est remarquable :

1° Par la succession de deux poussées néphropathiques ayant évolué sous l'aspect d'une néphrite banale pure, puis sous forme de néphrose lipoïdique isolée ;

2° Par l'amélioration très rapide, presque immédiate, de la néphrose lipoïdique coïncidant avec l'éruption d'une rougeole peu fébrile.

Aspects cliniques et modes évolutifs des tuberculoses mixtes (pulmonaires et ostéo-articulaires associées). — MM. P. BOURGEOIS et M. LEBEL. Conclusions de ce travail :

1° La mortalité est plus élevée dans les tuberculoses mixtes.

2° Dans les cas où la tuberculose pulmonaire a précédé la localisation osseuse : évolution grave et souvent rapide.

3° Au cas d'apparition simultanée des lésions pulmonaires et osseuses, évolution beaucoup plus grave que dans la forme précédente.

4° Si la tuberculose pulmonaire survient quand la localisation osseuse est guérie, la tuberculose pulmonaire reste souvent discrète et évolue vers la fibrose.

5° Grande gravité des formes à gros foyers osseux ; pronostic plus favorable au cas de petites localisations osseuses *uniques*, et pronostic plus sérieux si les petits foyers osseux sont multiples.

Cette communication appelle une discussion à laquelle prennent part MM. PARAF, JACOB, COMBY, E. BERNARD, RIST et FLANDIN.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

Diagnostic des angines pseudo-membraneuses et des angines à fausses membranes

Le diagnostic des angines à fausse membrane est d'une importance considérable. C'est un problème d'urgence, puisque la reconnaissance de la nature diphtérique d'une telle angine impose une sérothérapie immédiate.

DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic d'une angine pseudo membraneuse repose essentiellement sur l'examen clinique de la gorge.

En effet, *les signes généraux* sont variables, il peut exister une fièvre plus ou moins élevée, des frissons, un malaise général, mais l'intensité de ces signes dépend de la nature de l'affection.

Les *signes fonctionnels* consistent en douleur à la déglutition ou en douleurs spontanées irradiant vers l'oreille.

Mais ces signes sont inconstants, en particulier chez l'enfant, et l'examen de la gorge doit être pratiqué systématiquement en présence de tout état infectieux.

L'examen de la gorge devra être minutieux et fait dans de bonnes conditions d'éclairage.

On constatera alors l'existence sur l'amygdale d'îlots arrondis, blancs, gris ou verdâtres, adhérents à la muqueuse sous-jacente, se détachant tout d'une pièce et ne se dissociant pas dans l'eau.

Il faudra d'ailleurs distinguer :

Des angines pseudo-membraneuses proprement dites ;

Des angines ulcéro-membraneuses, où les fausses membranes recouvrent une ulcération.

En présence d'une telle angine, il faut :

1° *Apprécier l'état des adénopathies :* ganglions durs, limités, sans périadénite, ou au contraire ganglions volumineux avec périadénite et œdème marqué.

2° *Toujours examiner les urines* pour y rechercher l'albumine, les néphrites constituant une complication fréquente des angines.

3° Faire un frottis sur lame et surtout un *ensemencement sur sérum de bœuf coagulé* pour rechercher le bacille de Klebs-Loeffler, bacille long, Gram positif disposé en palissade ou enchevêtré en paquets d'aiguilles.

4° Pratiquer sans tarder une *sérothérapie antidiphtérique* à dose massive toutes les fois que la nature diphtérique de l'angine est vraisemblable.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le gros diagnostic est l'angine pultacée, mais l'enduit est dans ce cas crémeux, puriforme, ni adhérent, ni cohé-

rent, souvent disposé en points séparés et il se désagrège dans l'eau.

Il faudra reconnaître aussi l'angine à fausse membrane d'une cicatrice d'amygdalectomie.

Exceptionnellement, un zona du maxillaire supérieur pourrait simuler une angine à fausse membrane.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

1° ANGINES PSEUDO-MEMBRANEUSES SECONDAIRES. — Une angine pseudo-membraneuse peut apparaître au cours d'une affection antérieurement reconnue.

Nous ne parlerons ici que des angines de la scarlatine, qui peuvent être précoces, dans les premiers jours de l'éruption, ou tardives, venant compliquer la convalescence vers la troisième semaine. Elles simulent les deux variétés d'angine diphtérique : bénigne et maligne.

Les classiques opposaient les angines précoces, qui ne seraient jamais diphtériques, aux angines tardives, qui le seraient toujours.

En pratique, il faut toujours pratiquer un ensemencement. On constate ainsi que le plus souvent l'angine est purement streptococcique, que parfois elle peut être diphtérique et due à une surinfection.

Au cours de la scarlatine on peut d'ailleurs voir comme complications deux autres variétés d'angine qui sortent de cette question :

Des angines ulcéro-nécrotiques précoces et très graves ;

Des angines gangréneuses, exceptionnelles.

2° ANGINES PSEUDO-MEMBRANEUSES PRIMITIVES. — Nous discuterons successivement :

A. Les angines pseudo-membraneuses proprement dites ;

B. Les angines ulcéro-membraneuses.

A. ANGINES PSEUDO-MEMBRANEUSES PROPREMENT DITES. — Ce peuvent être :

a) *Une angine diphtérique commune* :

On trouve à l'examen de la gorge une fausse membrane d'abord blanche, puis jaunâtre, ayant parfois au début l'aspect de bandes verticales déchiquetées.

La muqueuse voisine est un peu rouge, mais non tuméfiée ;

La fausse membrane est peu adhérente, mais elle adhère plus au centre qu'à la périphérie ;

Au-dessous, la muqueuse est enflammée, mais non ulcérée.

Le diagnostic clinique est confirmé par :

Le début insidieux ;

La modicité des signes fonctionnels ;

La pâleur, l'asthénie ;

L'existence d'un coryza unilatéral ;

L'existence d'une adénopathie formée de ganglions durs, sensibles, mais mobiles sans périadénite ;

La température modérée à 38°5.

En présence d'un tel tableau, il faut faire un prélèvement, mais, sans attendre le résultat, il faut pratiquer la sérothérapie.

b) *Une angine pseudo-membraneuse non diphtérique.*

Le laboratoire ne confirme pas le diagnostic de diphtérie qui cliniquement semblait très probable : il s'agit là d'angines diphtéroïdes dues à des germes variés : streptocoque, pneumocoque, pneumobacille, etc.

c) Une forme diphtéroïde d'*angine lymphomonocytaire.*

— La fièvre est variable à 38 ou 40.

— Il existe de petits ganglions fermes, sensibles, roulant sous le doigt, siégeant à la nuque et dans les régions sous-angulo-maxillaires rétrocarotidiennes et sous-claviculaires, mais souvent aussi dans l'aisselle, l'aine.

— La rate est augmentée de volume.

— L'examen de sang donne la clef du diagnostic en montrant une leucocytose avec lymphomonocytose, granulopénie et présence de formes jeunes des séries lymphocytaire et monocytaire.

d) *Une angine herpétique,* dont le diagnostic reposera sur :

— Le début brusque avec frisson et fièvre élevée ;

— La dysphagie marquée ;

— L'aspect polycyclique de la fausse membrane qui est peu extensive ;

— La constatation de vésicules aberrantes non rompues ;

— La coexistence d'herpès labial ou nasal.

e) *Une angine aphteuse,* qui coexiste avec une stomatite et dont le stade pseudo-membraneux est précédé d'un stade vésiculeux très net avec vésicules blanc-jaunâtres entourées d'une auréole rouge.

B. — ANGINES ULCÉRO-MEMBRANEUSES.

1° *L'état général est peu touché.*

Deux diagnostics sont à discuter :

L'angine de Vincent ;

Le chancre de l'amygdale.

Le diagnostic d'*angine de Vincent* reposera sur :

Le début insidieux ;

L'unilatéralité ;

L'absence d'induration ;

La discrétion des signes fonctionnels et signes généraux.

L'examen microscopique peut montrer l'association fuso-spirillaire.

Le diagnostic de *chancre de l'amygdale* reposera sur :

L'induration de l'ulcération ;

L'existence d'une adénopathie à type syphilitique ;

L'examen ultra-microscopique.

2° *L'état général est très atteint.*

On pensera d'abord à *l'angine diphtérique maligne,* dont le début est souvent brutal, qui s'accompagne de signes d'intoxication diphtérique très marqués, de rhinite bilatérale avec écoulement sérosanglant, érodant la lèvre supérieure.

Les fausses membranes sont grisâtres sphacéliques très adhérentes, enchatonnées dans la muqueuse qui les entoure et qui est très œdématiée. Au-dessous, la muqueuse est profondément ulcérée et saignante, l'haleine est très fétide. Les ganglions du cou sont volumineux, douloureux, entourés de périadénite et réalisent l'aspect du cou proconsulaire. Il faut pratiquer d'urgence une sérothérapie massive, mais le pronostic est extrêmement réservé, la mort pouvant survenir rapidement par intoxication, plus tardivement au cours du syndrome secondaire du fait de phénomènes de défaillance cardiaque, d'insuffisance surrénale, d'azotémie croissante et jusqu'au 50e jour, la mort subite est à redouter.

Si le malade survit, des paralysies sont fréquentes.

S'il ne s'agit pas de diphtérie, il peut s'agir :

Des *angines de la leucémie aiguë* ;

La coexistence de fièvre, d'adénopathies, d'hémorragies, la constatation d'une prédominance dans le sang de cellules souches indifférenciées feront le diagnostic.

D'*angine agranulocytaire* :

La température élevée, l'absence d'adénopathie, l'existence fréquente d'autres ulcérations sur la langue, le voile, le palais, les gencives, la luette fera penser à ce diagnostic que confirmera l'examen de sang qui montrera une leucopénie avec disparition des leucocytes granuleux.

CONCLUSION

En présence d'une angine à fausses membranes, le problème essentiel est de reconnaître la diphtérie pour pratiquer d'urgence une sérothérapie massive que l'existence d'une vaccination antidiphtérique antérieure ne devra jamais faire écarter.

JEAN FERROIR.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 3. — SAMEDI 9 JANVIER 1937. 110e ANNÉE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Un concours pour la nomination à quatre places de chirurgien des hôpitaux s'ouvrira le lundi 8 février 1937, à 9 heures du matin. dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Inscriptions à l'administration centrale, bureau du service de santé, 3, avenue Victoria, du lundi 11 janvier 1937 au mercredi 20 janvier 1937 inclusivement (de 14 à 17 heures).

Concours de médecin des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à quatre places de médecin des hôpitaux s'ouvrira le lundi 22 février 1937, à 8 h. 30. (Les candidats seront avisés ultérieurement du lieu de l'épreuve écrite anonyme.)

Inscriptions à l'administration centrale, bureau du Service de santé, du lundi 18 janvier au lundi 1er février 1937, inclusivement. (De 14 à 17 h.).

Faculté de Médecine de Paris. — Examens du Nouveau Régime. — Session de février 1937. — L'affichage pour la session de réparation aura lieu le mercredi 27 janvier 1937. Ouverture de la session le lundi 1er février 1937.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Le médecin capitaine Gerbinis, des troupes coloniales, est désigné pour occuper les fonctions d'attaché de clinique au Laboratoire de médecine coloniale et de clinique des maladies exotiques de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux (année scolaire 1936-1937).

— *Prix de médecine coloniale et d'études exotiques.* — Les travaux présentés avant le 15 *juillet* 1937 seront seuls examinés pour les prix de cette année. Ceux qui seront déposés après cette date ne pourront être présentés que pour les prix de 1938.

— *Prix Le Dantec de médecine tropicale.* — Ce prix de 1.500 francs sera décerné tous les ans à l'étudiant en médecine, pourvu du certificat d'aptitude ou au docteur en médecine pourvu du diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux qui aura écrit le meilleur travail sur un sujet de *médecine tropicale*. Les travaux présentés avant le 31 *décembre* de l'année du concours seront seuls examinés.

— *Diplômes de médecin colonial et de médecin sanitaire maritime.* — La XXXe série d'études pour la préparation au diplôme de médecin colonial et à l'examen de médecin sanitaire maritime (novembre-décembre 1936) a été suivie par 38 auditeurs, dont 7 avaient bénéficié de bourses offertes par la Société parisienne d'expansion chimique Specia (marques Poulenc et Usines du Rhône).

Après examen, ont reçu le diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux :

MM. Bosredon, Bourcart, Cazaugade, Cormier, Eugène, docteur Gette, Geyer, Claunes (chef de laboratoire), Goullenègre, Mlle Guy, MM. Heckenroth (préparateur), Hypousteguy, Lacan, Lafon (interne des hôpitaux), Lanusse, Léger (interne des hôpitaux), Liard, Loustau, Le Roux, Marc (interne des hôpitaux), docteur Marcade, Matus, Mebarek, Menu, Nino, Papegay, Peyrusse, Porte, Pouchard, Salama, Sallet, Shaaravi, Souneil (chef de clinique), Tixier.

Sont proposés pour l'inscription au tableau des médecins sanitaires maritimes :

MM. Billiottet, Capponi, Chevrier, Collet, Dezest, Linhard, Marc, docteur Marcade, Pruvost, Terraube.

La XXXIIe série d'études aura lieu du 3 novembre au 21 décembre 1937.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Citation à l'ordre de la Nation. — Le Gouvernement cite à l'ordre de la nation : M. Georges-Jules-Elisée Roville, docteur en médecine, médecin du bureau de bienfaisance de la ville d'Amiens, décédé des suites d'une fièvre typhoïde contractée au cours de l'exercice de ses fonctions.

Praticien de haute tenue morale, de grande valeur professionnelle, qui a toujours fait preuve au cours de sa carrière des plus grandes qualités de dévouement et de désintéressement. A toujours donné l'exemple du devoir accompli au prix des plus grands sacrifices.

Légion d'Honneur. — *Santé publique.* — Chevalier : M. Georges-Jules-Elisée Roville, docteur en médecine, médecin du bureau de bienfaisance de la ville d'Amiens ; 32 ans de services militaires et de pratique professionnelle. A contracté la fièvre typhoïde au chevet de ses malades et a succombé à cette affection après vingt jours de souffrances. A été cité à l'ordre de la nation le 6 janvier 1937.

Médaille d'honneur des épidémies. — La médaille d'or est décernée à titre posthume à M. le médecin capitaine Spetebroot, du 46e rég. d'artillerie.

Maroc. — *Médaille d'honneur des épidémies.* — La médaille d'argent est décernée à MM. les docteurs L. Brimont (camp Marchand) ; J. Mathieu (Casablanca) ; P. Mornas (Ben-Ahmed) ; P. Vincent (Meknès).

Distinctions honorifiques. — Ordre de Saint-Sava de Serbie :

Grand officier : M. Dartigues.

Commandeur : M. A. Becart.

Ministère de la Santé publique. — Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés d'Evreux (Eure), par suite du départ du docteur Bessière, appelé à un autre poste.

— Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile public autonome d'aliénés d'Aix-en-Provence, par suite du départ de M. le docteur Fouque, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— Le *J. off.* du 3 janvier 1937 publie un décret relatif à la composition de la *Commission permanente des stations hydrominérales, climatiques et uvales de France*, instituée près le ministère de la Santé publique. Cette commission comprendra 63 membres à désigner, soit par le ministre, soit par l'Académie des sciences, l'Académie de médecine, la Faculté, le Conseil supérieur d'hygiène publique, l'Institut d'hydrologie, la Société d'hydrologie médicale de Paris, le Syndicat général des médecins des stations balnéaires, etc.

— *Liste d'aptitude aux fonctions de médecin directeur et de médecin adjoint des sanatoriums publics.*

Médecin directeur : Mlle le docteur Boudon, MM. les docteurs Calvet, Chatonnier, Choffé (pour les sanatoriums traitant les tuberculoses osseuses et ganglionnaires seulement), Dépoire, Faget, Mlle le docteur Jamin, MM. les docteurs Lorion, Nauwelaerts, Peyret, Thorain, Thomson, Virmont, Warnery.

Médecin adjoint : Mme le docteur Bentz-Clermont, Mme le docteur Bouchard, MM. les docteurs Chadourne, Clermont, Corre, Couve, Delannoy, Gau, Mlle le docteur Laffoux, MM. les docteurs Lansac-Fatte, Lefèvre, Marmet, Michel, Mlle le docteur Péraud, MM. les docteurs Pérol, Pressat, Rigot, Saïe, Temple, Vannereau, Weigert.

Ces inscriptions sont valables pour le premier trimestre 1937.

Ministère de la Justice — Le *J. off.* du 1er janvier 1937 publie un arrêté portant nomination de médecins membres titulaires et suppléants des tribunaux départementaux des pensions pour l'année 1937.

Ministère des Colonies. — Le *J. off.* du 1er janvier 1937 publie un décret relatif à l'assistance psychiatrique en Nouvelle-Calédonie.

Fédération Nationale des Médecins du front. — Le bureau de la Fédération nationale des médecins du front, pour l'année 1937, est ainsi composé :

Président : M. Jean Schneider.
Secrétaire général : M. Jules Vaillant.
Secrétaire général adjoint : M. Raymond Tournay.
Trésorier : M. L. O'Followell.

Les vice-présidents n'étaient pas soumis à l'élection puisqu'ils sont tous vice-présidents de droit comme présidents d'une association fédérée ; M. Fernand Landolt, pour l'association amicale des anciens corps combattants ; M. Fabre de Parrel, pour l'Union des médecins mutilés de guerre ; le docteur Paul Jouve, pour l'Association nationale des médecins mutilés et pensionnés de guerre ; le professeur Balthazard, pour la Société mutuelle de retraite des médecins du front ; M. Bidon, pour l'Association des médecins mutilés et anciens combattants de Lyon et du Sud-Est ; M. Soule, pour la section médicale du groupement des officiers mutilés et anciens combattants de la 18e région ; M. Lavaud, pour l'Association des médecins anciens combattants de l'Indre ; le professeur Et. Sorrel, pour l'Association amicale des médecins médaillés militaires.

COURS ET CONFÉRENCES

Hôpital Beaujon-Clichy. — Sous la direction de M. le docteur Stévenin aura lieu au laboratoire central de l'hôpital Nouveau-Beaujon (100, boulevard de Lorraine, à Clichy), une série de conférences d'endocrinologie pratique. Ces conférences seront faites le dimanche matin, à 10 h. 30. La première conférence aura lieu le 10 janvier 1937. M. Stévenin, médecin de l'hôpital Beaujon : « Les petites insuffisances glandulaires en clinique journalière ».

COURS DE PARASITOLOGIE ET HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — Professeur : M. E. BRUMPT. — M. le professeur G LAVIER, de la Faculté de médecine de Lille, chargé d'enseignement, a commencé le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale le mardi 5 janvier 1937, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

CONFÉRENCES DE NEUROLOGIE OCULAIRE. — MM. TOURNAY et VELTER commenceront le mardi 19 janvier 1937, à 18 heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren), une série de conférences de neurologie oculaire.

Ces conférences, publiques et gratuites, se continueront à la même heure, du 19 janvier au 25 février.

Nécrologie. — Le professeur Bindo de Vecchi, le grand anatomo-pathologiste, recteur de l'Université de Florence.

— Le docteur André Delahet, médecin principal de réserve de la Marine, décédé à Toulon.

— Le docteur Paul Le Gendre, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine, décédé à l'âge de 82 ans.



REVUE GENERALE

LES CALCIFICATIONS DU PÉRICARDE

Par André BRETON,
Médecin des hôpitaux de Lille.

Le diagnostic de calcifications du péricarde qui n'était autrefois qu'exceptionnellement posé du vivant du malade est aujourd'hui grandement facilité par les progrès de la technique radiologique. Aussi depuis quelques années et pour cette raison les cas publiés se sont multipliés et donnent actuellement le chiffre global assez coquet de plus de 130 observations. Le dépouillement de ces dernières permet de dégager les caractères cliniques et biologiques de la maladie, de concevoir sa pathogénie dans le cadre général de la pathogénie des calcifications organiques, de découvrir ainsi certaines indications thérapeutiques et même chirurgicales, en un mot de se faire une opinion précise sur cette curieuse affection.

Historique. — C'est une affection rare, mais son histoire montre cependant qu'elle n'est pas nouvelle.

Le premier cas connu date de 1819 ; c'est une découverte d'autopsie.

Laënnec, après Forster et Louis, signale une « ossification accidentelle entre les feuillets du péricarde ». Puis Pavé décrit une « cuirasse calcaire autour du cœur ». Curcheman, Huchard et Deguy, en 1867, Guilbert, quelques années plus tard, étudient la fréquence des calcifications du péricarde dans les polysérites. Cruveilhier et Charcot, en 1872, publient les premières études histocliniques. Variot, en 1883, en fait une étude histologique approfondie.

Enfin, en 1899, la radiologie, alors nouvelle venue, fait penser à Diemer que le dépistage de l'affection pourrait se faire du vivant du sujet.

La première statistique d'ensemble est dressée par Jones en 1901 : 58 cas trouvés au cours de nécropsies chez des sujets âgés de 11 à 95 ans: « Maladie rare », déclare l'année suivante H.-G. Wells, qui sur 1.000 autopsies ne trouve que 128 symphyses péricardo-péricardiques dont 4 seulement calcifiées.

En 1907, Lydtin (de Munich) s'occupe de la radiologie de ces calcifications et Mitchel expose les difficultés du problème étiologique. En 1908, Simmonds à Hambourg publie des radiographies prises sur le cadavre, et Pallasse en signale un cas dans le *Lyon médical*.

A partir de cette date, la littérature médicale s'enrichit petit à petit de diagnostics posés du vivant du sujet grâce aux Rayons X, cas d'abord noyés au millieu de découvertes d'autopsies — puis de plus en plus nombreux, de telle sorte que Case en 1923 peut réunir 13 observations de calcifications dépistées pendant la vie.

La cadence des nouveaux cas croît à partir de ce moment, l'attention des cliniciens et des radiographes étant polarisée sur ce sujet encore assez neuf de recherche.

Observation post mortem de Michaux, Lamanche et Mariset ; travaux de Vollard et Schmieden (Berlin), en 1923 et 1924. Etude clinique et nécropsique de Dufour et Baruk, suite du rapport anatomique de Dufour et Piédelièvre de 1920, cas de Michaux et Lefèvre, découverte radiologique de Scholz et Geipel, publication du même type de la part de Youmans et Merril, statistique de 4 sujets vivants par Cutler et Sosman en 1924.

Diagnostic différentiel des calcifications péricardiques et intracardiaques en 1925 posé par Fleischner à propos de la visibilité d'un « annulus fibrosus » calcifié.

Pour ne citer à partir de 1925 que les malades français, notons Delherm, 1925, deux cas. Le Goff, 1927, un cas. Desplats et D'Hour, 1929, 1 cas. Lian, Marchal et Pautrat, 1933, 2 cas. Duvoir, Pichon et Vulpiau, 1 cas avec Belot 1933. Duvoir, Pollet, Chapireau, 1934, 1 cas, — 1 cas avec Mlle G.-L. de Cursay et Depotoff ; Codvelle, Bergondi, Fournie, Buffe et Meersmann, 3 cas en 1934. Lecaplain, 1935, un cas. Gernez et Breton, 1935, 1 cas. Stabler, Schwartz et Laugier, 1 cas, 1935. Schaeff, 1936, 1 cas. Desbuquois, Codet et Bonte, 2 cas, 1936.

Cette énumération, quelque fastidieuse qu'elle puisse paraître, montre à la fois la fréquence de la maladie et l'intérêt qu'elle suscite.

Etude clinique. — Malgré les précisions apportées par ces dernières années le tableau clinique demeure dans son ensemble peu caractéristique.

Les symptômes du début sont généralement très flous.

Souvent il n'y a rien ; en particulier aucun trouble dans le fonctionnement du cœur.

Dans ces cas, on comprend fort bien que le « péricarde en cuirasse » demeure une trouvaille d'autopsie ou une découverte fortuite de radiologie.

Assez fréquemment, à cette époque, un organe se signale à l'attention du médecin par quelques signes fonctionnels : le *foie*, et très généralement alors son interprétation est et demeure erronée.

Le foie est gros, douloureux, en accordéon — devient cirrhotique.

Pour peu que survienne en même temps un assourdissement des bruits du cœur, une décapitation de la tension artérielle maxima, l'on sera tenté de croire à une asystolie locale, à un foie cardiaque. Si au gros foie douloureux s'associe une ascite c'est au syndrome de Pick que l'on pensera, ou si une asystolie irréductible et progressive s'installe, une cirrhose cardio-tuberculeuse d'Hutinel sera facilement diagnostiquée. L'évolution seule montrera que l'on s'est trompé.

Dans d'autres cas enfin la péricardite calcifiante se manifeste à son commencement par des signes de polysérite qui, sous l'influence du repos et des diurétiques, évolue lentement permettant au malade de traîner longtemps encore avant qu'un syndrome cardiaque ne s'associe à ce tableau.

Dans une deuxième phase de l'affection, des symptômes propres à la défaillance du myocarde font leur apparition. D'abord une légère cyanose, un peu de dyspnée d'effort, quelques douleurs précordiales fugaces, auxquels petit à petit s'ajoutent de l'œdème des membres inférieurs, de l'ascite et une hépato-mégalie.

Les bruits cardiaques paraissent à ce moment assourdis avec parfois une légère arythmie ; mais dans l'ensemble l'état général est bon. La situation peut demeurer stationnaire longtemps ; mais finalement après un temps variable, une cyanose plus marquée s'installe. La dyspnée devient permanente, les œdèmes plus tenaces, l'hyposystolie tourne à l'asystolie.

Du point de vue cardiaque proprement dit, signalons que l'on peut trouver de la fixité de la pointe, du retrait systolique, une respiration avec profil type de Wenkebach — ce sont là, reconnaissons-le — des signes de symphyse toute banale.

L'auscultation précordiale, même minutieuse, est dans la plupart des observations, négative sauf l'arythmie extrasystolique déjà signalée. Toutefois un certain nombre d'auteurs insistent sur un rythme qu'ils signalent comme caractéristique et que nous allons comme tel décrire minutieusement avec critique : le rythme à 3 temps de timbre particulier.

C'est un rythme à 3 temps dû au dédoublement du 1er ou du 2e bruit et trouvé dans une dizaine d'observations ; inconstant, variable, on le prend d'abord pour un bruit de galop ; à la réflexion, on l'apparente plutôt au « bruit de rappel paradoxal » que Gilbert et Garnier ont décrit dans la symphyse simple. Il est composé d'un bruit surajouté présystolique entendu dans toute la région cardiaque, en même temps que le petit silence s'allonge comme si la gêne apportée à la contracture ventriculaire par la symphyse du péricarde et sa calcification amenait une prolongation anormale de la systole. Ce rythme paraît parfois (cas de Codvelle) être à 4 temps lorsqu'il y a association d'un bruit surajouté de frottement mésosystolique localisé et d'un bruit de galop vrai protodiastolique.

Lian et ses élèves ont entendu chez 2 malades ce rythme à 3 temps avec un timbre tout particulier, l'emploi du phono-cardiographe a pu le préciser : « bruit particulièrement éclatant à l'auscultation de la région apexienne immédiatement après le 2e bruit normal « répondant » à la vibration de la carapace calcaire lors de la brusque dilatation ventriculaire protodiastolique, homologue d'un galop protodiastolique rendu anormalement vibrant du fait de la calcification ».

Quoi qu'il en soit, deux rythmes fort voisins ont pu parfois être observés :

Celui dû au bruit de rappel paradoxal actuellement déjà classiquement décrit dans la symphyse simple non calcifiée ;

Celui d'une vibrance protodiastolique beaucoup plus symptomatique.

L'électrocardiogramme, même à ce moment, est bien souvent normal. Les extrasystoles ventriculaires, l'arythmie complète, la trémulation auriculaire lorsqu'elles existent s'inscrivent évidemment — mais c'est exceptionnel.

L'asystolie une fois installée réagira mal aux tonicardiaques. C'est un fait important sur lequel nous insistons. L'action de la digitale sera faible sinon nulle. Aussi l'évolution est-elle rapide, souvent accélérée par une maladie intercurrente, une fatigue.

Dans une troisième et dernière phase rapide de durée les signes précédents s'accusent et font soupçonner seulement chez ces malades l'existence d'une symphyse péricardique.

Ce sont les symptômes d'une asystolie presque irréductible d'emblée, d'une asystolie à rechutes sans lésion valvulaire évidente, avec augmentation considérable de matité précordiale et souvent confusion des matités, relative et absolue, immobilité de la pointe, dédoublement du 2e bruit, pouls paradoxal, dilatation de tout le système veineux comme si les veines caves étaient étranglées, cyanose générale, etc...

Les tonicardiaques restent généralement sans effet, et c'est souvent dans une crise d'asphyxie que le malade va mourir.

Conclusion : la très grande majorité des observations tant françaises qu'étrangères font ressortir la pauvreté des signes cliniques capables de faire faire le diagnostic de calcifications du péricarde.

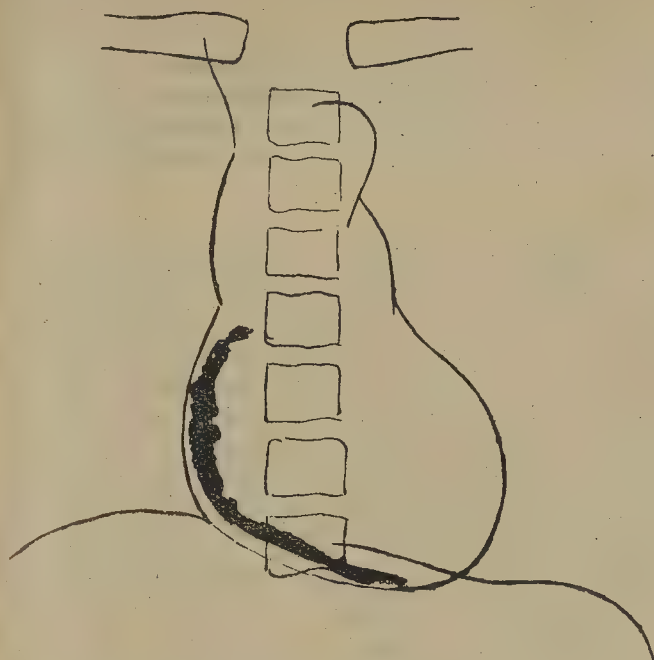
Etude radiologique. — Ne soyons donc pas étonné si le diagnostic est surtout du domaine de la radiologie à la condition que cet examen radiologique soit pratiqué sous certaines conditions de technique indispensables à connaître.

Il nous faut savoir que dans les conditions habituelles où l'on pratique la radioscopie et la radiographie cardio-pulmonaire seules les plaques calcaires épaisses et riches en chaux sont visibles — les processus de début, les fins dépôts de chaux passeront facilement inaperçus, or ce sont les plus intéressants à dépister car les plus influençables par la thérapeutique.

Dans les cas très prononcés, voici ce que l'on peut être amené à constater. En radioscopie, la position frontale décèle sur l'image du cœur et sur ses bords des ombres d'opacité osseuse et de forme variable. Le plus souvent ces opacités sont placées le long du bord droit et à la face inférieure qu'elles entourent à la manière d'une coque. Lorsque le cœur paraît presque complètement cerclé, on le dit « cœur en cuirasse », appellation fort absolue correspondant à un aspect morphologique et non pas à un état physiologique. Seules au cours de cet examen, remarquons-le, les plaques vues sous une incidence tangentielle sont visibles, les autres disparaissent généralement noyées dans l'opacité cardiaque normale : d'où tout l'intérêt de pratiquer les positions O.A.D. et O.A.G. et de faire en présence de tout cas douteux une graphie (1).

Les radiographies seront prises, de face et en oblique, le sujet en inspiration profonde. Les films seront tirés selon une technique tenant compte de l'obligation de créer des contrastes au niveau du muscle cardiaque pour faire ressortir les parties calcaires d'une densité plus grande. Le temps de pose restera en toute circonstance inférieur au 1/10 de seconde de façon à avoir un poumon en instantané surexposé légèrement avec une colonne vertébrale un peu visible.

(1) Nous devons les schémas et les indications de technique au docteur Bonte que nous remercions ici de son extrême obligeance.



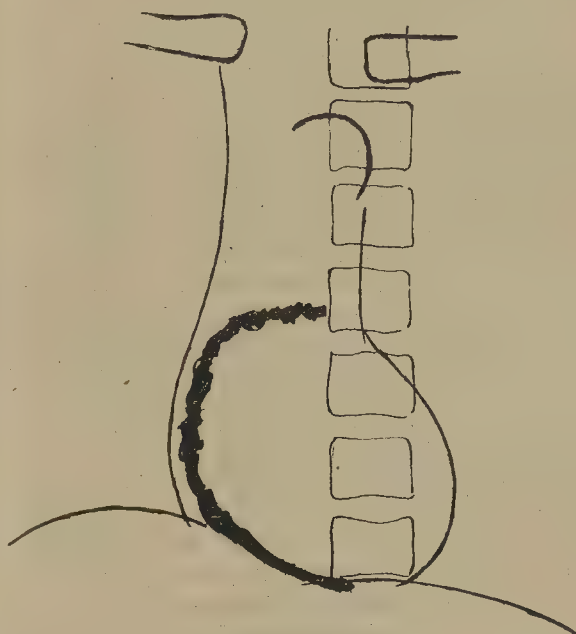
Incidence frontale.

La calcification est en partie cachée par les opacités vertébrales et sternale.

Techniqne. — Employer un rayonnement pénétrant (90 à 100 Kv).

Prendre l'intensité maxima pour pouvoir réaliser un grand instantané. Le dixième de seconde est un maximum.

Par exemple : a 1 m. 50 100 Kv.
250 mA.
6 à 7 centièmes de seconde
qui sont les constantes d'un poumon surexposé.

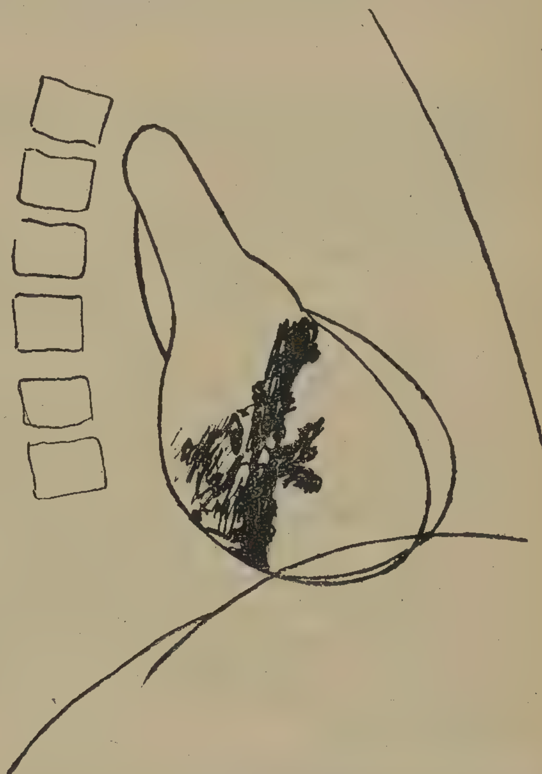


Légèrement en O. A. G.

Le bord droit est dégagé du sternum et du rachis.

Outre ces examens, si on le peut, il est utile de faire pratiquer une radiokymographie, méthode nouvelle qui permet d'étudier la mobilité des plaques, leur déplacement et l'entrave qu'elles peuvent apporter au fonctionnement cardiaque. Les cas de Codet et Bonte nous ont ainsi appris — ce que d'ailleurs l'anatomie pathologique permettait déjà de soupçonner — que les calcifications ne troublaient en rien les battements du cœur. Mais ces cas avaient un électrocardiogramme normal — prouvant l'intégrité de la transmission du stimulus — peut-être en cas d'anomalies du tracé électrique provoquées par la défaillance du myocarde ou son imprégnation en profondeur par des dépôts calciques venant gêner le fonctionnement normal du faisceau de His, la radiokymographie pourra-t-elle aider à poser un pronostic.

Grâce à ces différentes façons d'opérer, le diagnostic de calcifications de péricarde devient relativement aisé, à la condition d'éviter quelques erreurs grossières d'interprétation.



Incidence latérale.

Le dépôt calcaire est vu en quelque sorte de face, alors que les images précédentes n'en sont que la coupe optique.

Technique. — **Pose triple de celle de face.**

Le cœur ne donne pas en effet toujours une ombre absolument homogène : la colonne vertébrale, l'aorte descendante, l'arbre broncho-pulmonaire pouvant être visibles dans et à travers l'ombre cardiaque. De même les plis péricardiques ou pleuraux : ils disparaissent par une légère rotation.

L'examen clinique, l'anamnèse du malade, la connaissance des schémas radiologiques permettent de différencier facilement les exsudats pleuraux, les ganglions calcifiés, les bronchectasies, les traînées péribronchitiques et les dépôts lipiodolés. Seule la bordure noire « limite » des contours cardiaques parfois vue sur les positifs dans la région où le cœur bat peu, peut être confondue avec une véritable calcification péricardique. Il suffit de connaître cet « effet de limite » décrit par Alberti et Demetrowicz pour ne pas se tromper.

Ces causes d'erreur éliminées, reste le diagnostic différentiel entre différentes calcifications du cœur et du péricarde que Saul classe sous 7 chefs :

1° Les calcifications dans les tumeurs du cœur du péricarde. Il peut y exister des dépôts calciques et du cholestérol : le cas de cancer secondaire latent du

cœur publié par Gernez et Breton, en 1936, dans les « Archives du cœur » en est une belle démonstration ;

2° Les calcifications des anévrismes cardiaques ;

3° Les calcifications des thrombus intracardiaques, sortes de corps ovoïdes situés dans la région de l'oreillette gauche le plus souvent ;

4° Les calcifications coronariennes, fines traînées à peine visibles ;

5° Les calcifications de l'endocarde, rarement visibles à la radio, plus souvent trouvailles d'autopsie sur des malades ayant présenté longtemps auparavant une maladie de Bouillaud ou une maladie de Hodgson ;

6° Les calcifications myocardiques exceptionnelles et par conséquent rarement visibles sur les films où elles forment des taches fuselées rappelant la distribution des fibres musculaires ;

7° La calcification de l'anneau fibreux de soutien des orifices auriculo-ventriculaires ou « annulus fibrosus » des auteurs allemands ; le seul diagnostic vraiment à poser avec les calcifications péricardiques.

Pour en faire le diagnostic, il faut se rappeler que l'orifice mitral et le tricuspidien se projettent selon des lignes presque verticales, que le segment fibreux qui soutient l'insertion de la grande valve de la mitrale est plus interne que celui qui soutient la petite valve et que la calcification de l'anneau mitral se voit plus souvent que celle de la tricuspide. A vrai dire il n'est pas besoin de tant de finesse pour reconnaître une calcification du péricarde. Un bon examen sous l'écran suffit généralement pour poser un diagnostic exact, tant les calcifications dans le péricarde sont infiniment plus fréquentes que toutes les autres calcifications du cœur.

Anatomie pathologique. — Voici comment se présente généralement à l'ouverture d'un thorax la péricardite calcifiée. Les plèvres sont libres — sauf à droite où l'on trouve souvent de larges adhérences, sinon une symphyse totale.

La médiastinite y est faible, mais le diaphragme adhère souvent tellement au péricarde et au poumon droit qu'il faut le sectionner pour prélever ces organes. Le poumon droit est très fréquemment le siège d'une fibrose étendue ; et une périviscérite peut s'observer au niveau de la rate et au niveau du foie qui prend alors un aspect glacé — d'où périhépatite et même péritonite chronique. Des plaques calcaires sont parfois rencontrées au niveau de la plèvre droite du poumon, du péritoine, leur nombre et leurs dimensions y sont des plus variables. Au niveau du cœur — au premier chef l'on note de la symphyse des 2 feuillets péricardiques — mais fait important à retenir le feuillet pariétal n'adhère pas ou exceptionnellement à la paroi sterno-costale.

C'est seulement quand on empoigne ce cœur entouré de ses enveloppes qu'on est frappé de sa consistance pierreuse généralisée ou localisée. Prélevé alors, il est rare que l'on trouve au scalpel un plan de clivage correspondant à la cavité péricardique virtuelle de l'anatomie normale.

Mis à nu le cœur n'est d'habitude pas hypertrophié. Contrastant avec les lésions considérables du péricarde sur lesquelles nous allons insister plus loin, les valvules, l'endocarde, l'aorte sont le plus souvent parfaitement normaux. Le cœur droit par contre surtout au niveau de l'oreillette est souvent dilaté.

Du point de vue des calcifications péricardiques 3 types de lésions peuvent être observés macroscopiquement.

A. *Le cœur en cuirasse* — se traduisant par un cœur presque entièrement entouré d'une gangue rigide calcaire qui respecte seulement les oreillettes et une petite zone au voisinage de la pointe du cœur. Dans certains cas la gaine calcaire se décompose en deux valves concaves qui embrassent chacune un ventricule, laissant un petit espace libre entre elles.

B. *Les formes parcellaires*, ici les plaques se continuent insensiblement avec la substance fibrocartilagineuse que forme le péricarde, laissant libre le feuillet viscéral. Si malgré tout la symphyse existe, le feuillet pariétal pourra cependant être détaché plus facilement que le second.

C. *Les formes à minima.* Les lésions sont tout à leur début — au niveau de zones d'élection. C'est surtout au niveau du bord antérieur du ventricule droit et sur le sillon auriculaire ventriculaire gauche que l'on découvre les lésions initiales du tissu conjonctif et le commencement des précipitations de sels calcaires à leur niveau. Les formes à minima peuvent rester stables ou petit à petit s'étendre et se généraliser : l'étendue des lésions cellulaires réglant l'étendue de la calcification.

Quel que soit le type découvert, les travées calcaires, vraies lames stratifiées, sont au niveau même du cœur — situées à leur maximum dans la zone cellulo-graisseuse épicardique, entre le myocarde et le feuillet viscéral du péricarde. Ceci nous explique pourquoi le cœur tolère aussi facilement qu'il le fait les calcifications du péricarde. Il est assez rare — et toujours tardivement — que les travées calcaires pénètrent en profondeur, dissocient le myocarde. Pallasse (de Lyon) a pu en rapporter un cas où la dissociation était telle qu'une épine calcaire faisait saillie sous la petite valve de la mitrale en en rétrécissant l'orifice — mais c'est un fait exceptionnel.

Leur histochimie a été surtout approfondie par Duvoir et ses élèves.

Les calcifications siègent au voisinage du myocarde sous forme de petites masses remplissant des logettes fibreuses. L'infiltration du myocarde peut s'observer, les plis musculaires peuvent présenter alors une dégénérescence fibrineuse.

Les parois des vaisseaux sont fortement hyperplasiées.

Les plaques calcaires ne sont visibles radiologiquement qu'à partir d'une certaine épaisseur et d'une certaine richesse en chaux. Habituellement elles renferment de 71 à 90 % de matières minérales et seulement 10 à 30 % de matières organiques. Ce sont là des chiffres très voisins de ceux trouvés par d'autres auteurs à l'analyse chimique des calcifications pleurales ou sclérodermiques.

Les matières minérales sont composées de traces de magnésium, de phosphates et de carbonate de chaux — ces derniers étant prédominants.

Les matières organiques qui entrent dans la composition chimique pour 13 0/00 environ avec 0,60 % de cholestérol contiennent surtout des protides et des lipides. Le décompte peut ainsi s'écrire :

Matière organique : 13 % environ.

Anhydride carbonique 35 % (carbonate de chaux) : 65 %.

Calcium : 39 %.

Anhydride phosphorique 13 % (phosphate de chaux) : 26 %.

Cholestérol : 0,60 %.

Magnésium : traces.

Urates : néant.

Pathogénie. — C'est un chapitre de pathologie générale qu'il faut envisager ici — car les modalités d'apparition d'une calcification de séreuse sont toujours les mêmes quelle que soit la séreuse touchée. [Leriche et Policard.]

Cette calcification ne se produit jamais dans un tissu normal. Il faut que le tissu conjonctif de la séreuse soit profondément modifié dans sa structure pour que des dépôts calciques puissent s'y former « In situ », les transformations histologiques locales favorables à une calcification s'opèrent dans l'ordre suivant :

A. — D'abord une inflammation chronique d'ordre infectieux, toxique, parasitaire ou mécanique, se produit au niveau de la séreuse : elle aboutit à l'élaboration d'adhérences ou de symphyses. A leur niveau les coupes anatomo-pathologiques montrent l'existence de fibres collagènes serrées entre lesquelles se voient quelques capillaires et quelques veinules.

B. — Ultérieurement ce tissu fibreux subit une dégénérescence hyaline et granulo-graisseuse et les fibres collagènes se fondent en substance anhiste.

C. — Enfin la nutrition devient défectueuse à la suite de l'atrophie progressive des vaisseaux et se déclanche l'infiltration calcaire.

Trois modifications tissulaires semblent donc indispensables pour localiser sur un point de séreuse un dépôt calcaire : la transformation d'un tissu conjonctif en une substance anhiste, une disposition stratifiée, enfin l'absence de vaisseaux.

Or le calcium déposé est d'origine endogène. Ce qui ne veut pas dire que l'état sanguin joue un rôle dans le mécanisme d'une précipitation calcique. Que nous montré en effet l'étude de la calcémie ? Que le calcium sanguin ne représente qu'une part infime du calcium de l'organisme ; — qu'on ne peut pas superposer d'une façon trop absolue les anomalies de composition du plasma et celles dont certains tissus peuvent être le siège ; — qu'il existe un balancement dans les humeurs entre le Ph., le K. et le Ca.; — qu'il n'y a qu'un rapport très relatif entre les variations du calcium sanguin et les appauvrissements ou enrichissements de certains viscères en calcium.

La calcémie n'est qu'un témoin temporaire et infidèle des migrations de calcium s'opérant par voie sanguine ; elle ne peut pas être en effet un reflet de ce qui se passe au niveau des tissus. Cette calcémie d'ailleurs est relativement fixe et oscille entre 0,095 et 0,105 par litre.

Mais qu'il s'agisse de calcium minéral ultra-filtrable, en partie ionisé, ou de calcium organique non ultra-filtrable, l'on sait de plus aujourd'hui que, lorsque variation se produit, cette variation tend à être compensée par un système de régulation du métabolisme calcique intervenant pour normaliser la teneur en calcium des différents tissus de l'organisme.

Deux éléments interviennent surtout dans la mise en jeu de ce mécanisme :

A. La vitamine D, qui est au premier chef un agent fixateur de calcium ;

B. Les glandes endocrines.

Nous ne pouvons insister sur l'action encore controversée et à peine entrevue de l'antehypophyse et de l'ovaire qui abaissent la calcémie, de la posthypophyse et de la surrénale qui l'élèvent légèrement ; nous nous réservons seulement d'indiquer ici en quelques lignes l'action des parathyroïdes sur lesquelles nous possédons actuellement quelques données plus précises.

Expérimentalement l'injection de l'extrait dans un premier temps élève le taux de la calcémie sérique jusqu'à en doubler le chiffre normal, mobilisant le calcium aux dépens des réserves osseuses, abaissant le phosphore sanguin et provoquant un diabète calcique. Dans un deuxième temps elle permet à la calcémie de redevenir normale tandis que le phosphore sanguin remonte à son tour.

Pathologiquement des hypercalcémies avec hypophosphatémie s'observent fréquemment au cours de toute une série d'affections à la base desquelles une suractivité physiologique ou un adénome se découvrent au niveau des glandes parathyroïdes.

Chirurgicalement les succès probants ont été assez nombreux pour démontrer le bien-fondé des hypothèses basées sur l'action des hormones parathyroïdiennes dans le métabolisme du calcium et du phosphore.

Mais plus on avance dans ce domaine de l'endocrinologie, plus on s'aperçoit que les phénomènes humoraux n'interviennent pas ou interviennent peu dans la néoformation des tissus calcaires.

Le problème a été primitivement mal posé. Il ne consistait pas à savoir pourquoi le calcium se mobilise, mais *pourquoi il se précipite en certains lieux.*

Trois théories s'efforcent de nous expliquer pourquoi le calcium peut se déposer et imprégner certains tissus conjonctifs :

1° La précipitation des sels calcaires au niveau d'un tissu se fait à un certain pH tissulaire commandé par la teneur en CO_2 ;

2° La fixation du calcium dépend du point isoélectrique des colloïdes qui absorbent le calcium, l'absorption faisant place à une précipitation lorsque les matières organiques du tissu se dévitalisent ;

3° Les phosphatases ou diastases qui par définition ont pour action de libérer l'acide phosphorique de ses divers esters (alcool + acide) donneraient naissance à des combinaisons insolubles de phosphate de chaux aux dépens des sels solubles en circulation.

Ainsi deux raisons s'associent et concourent à la précipitation du calcium en certains lieux.

A. — Une raison locale : la modification du terrain :

1° Par modification circulatoire locale entraînant tout particulièrement un ralentissement de la nutrition ou une nécrobiose cellulaire qui donne aux tissus, nous venons de le voir, un pouvoir d'absorption particulier pour les sels calciques.

Le calcium qui se fixe dans ces conditions est formé pour une faible proportion par des phosphates de chaux provenant de la nécrobiose des tissus et dans une grande proportion par du calcium prélevé dans le sang ;

2° Par une surcharge locale de cholestérine dont la présence tissulaire donnerait naissance à un phénomène analogue au mordançage ;

3° Par l'action ou plutôt l'inaction de l'acide chondroitine sulfurique dont la disparition expliquerait le dépôt de sels de chaux.

B. — Une raison générale, le déséquilibre du métabolisme du calcium d'origine endocrinienne, surtout, avec rôle prépondérant de la parathyroïde.

Les calcifications au niveau du péricarde n'échappent pas aux lois générales réglant le mécanisme de toute calcification. Elles traduisent l'effort de défense locale d'un tissu touché lentement par une infection subaiguë dont l'évolution s'est éteinte petit à petit sous l'influence d'un processus scléreux de guérison progressive. Elles se distinguent toutefois par quelques particularités.

Leur localisation sur le péricarde suit une symphyse chronique dont les masses fibrineuses ultérieurement génératrices de calcifications se rassemblent (selon Klason) toujours de préférence dans les endroits où les mouvements du cœur sont les moins amples. Ceci explique pourquoi cliniquement les calcifications peuvent pendant si longtemps n'avoir aucune action gênante sur le fonctionnement du cœur ou n'entraîner seulement qu'un très léger degré de myocardite péricardigène.

Par ailleurs les calcifications occupent d'abord des régions riches en graisse parce que le tissu adipeux assez mal nourri naturellement offre peu de résistance aux processus de nécrose et de calcification (Cutler et Sosman).

Aussi comprend-on qu'il existe outre les formes généralisées de cœur en cuirasse où tout le cœur est noyé dans une gangue calcifiée, des formes partielles où la plaque se retrouve surtout sur le ventricule droit, à la jonction de la face sterno-costale et de la face diaphragmatique et au niveau du sillon inter-auriculo-ventriculaire gauche : ce sont des régions d'amplitude faible et moins bien irriguées où les symphyses partielles se rencontrent plus facilement.

Essayant de tirer des conclusions résumant les travaux que nous venons de rappeler, nous nous croyons autorisé à écrire que la théorie locale de la calcification est insuffisante par elle-même à expliquer pourquoi les calcifications ne se produisent que dans certains cas rares.

Cette doctrine de la précipitation locale nous oblige à rechercher l'existence de facteurs généraux, humoraux en particulier, où des constituants chimiques et des facteurs physiques sur la nature desquels nous ne sommes pas encore très fixés jouent en quelque sorte un rôle de catalyse mal élucidé.

Ajoutons même que la calcification d'un péricarde semble parfois n'être que la localisation initiale d'une maladie précipitante calcifiante qui, si la survie était plus longue, grâce à une moindre atteinte des fonctions cardiaques, se généraliserait par la sclérose pulmonaire et par la périviscérite hépatique et splénique.

(A suivre.)

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

LE SEMEN-CONTRA D'ALEP CHEZ L'ENFANT (1)

Synonymes. — *Artemisia pauciflora* L. var. *pauciflora*. Composées.

Partie employée. — Capitules floraux.

Résumé botanique. — Les capitules sont « ovoïdes, allongés, fermés, mesurant environ 3 millimètres de long sur 1 de large ; leur teinte, jaune verdâtre à l'état frais, passe au brun avec le temps... Ils sont accompagnés de débris de feuilles et de pédoncules... Le Semen-contra a une odeur forte et aromatique, une saveur amère et camphrée ». (Codex.) C'est à son apparence de petites semences qu'il doit son nom.

Principe actif. — Ce sont : 1° la *santonine* (2), dont il contient de 1,5 à 2 % ;

2° Une huile essentielle (*Oleum cinae*), constituée par un mélange de terpine liquide, le cinène, et de camphène solide, le cinéol.

« Les deux principes sont également actifs comme anthelmintiques et comme toxiques. L'action anthelmintique de l'huile essentielle est irréfutablement prouvée par l'efficacité de l'emploi d'une variété d'Artemisia d'Algérie qui ne contient pas de santonine et ne renferme que de l'huile essentielle. Mais son rôle me paraît encore plus important, lorsqu'on tient compte de ce fait que, comme toutes les huiles essentielles, elle inhibe momentanément l'absorption, de telle sorte que, non seulement elle vient ajouter son influence anthelmintique propre à celle de la santonine, mais encore elle empêche l'absorption de cette dernière, déjà rendue difficile parce qu'elle se trouve à l'état de tannate dans le semen-contra. Autrement dit, le danger d'une intoxication par la santonine est beaucoup atténué quand cette substance se trouve associée à une huile essentielle, et il est encore moindre quand les deux principes actifs se trouvent associés, sous une forme que nous ne connaissons pas encore, mais que réalise de la façon optima le produit naturel. De plus, l'expérience clinique apprend que les ascarides sont mieux et plus rapidement expulsés par l'administration du semen-contra que par celle de la santonine. Ces considérations me paraissent plus que suffisantes pour justifier l'emploi *exclusif* du semen-contra

(1) L. BABONNEIX. *Précis de thérapeutique infantile*, Paris, 1931, in-16, p. 91. — L. CAUSSADE. *Intoxications médicamenteuses et accidentelles. Traité de Médecine des Enfants*, Paris, 1934, in-8°, t. V, p. 322-323. — *Codex medicamentarius gallicus*, Paris, 1920, in-8°, p. 606. — G. POUCHET, *Précis de pharmacologie et de matière médicale*, Paris, 1907, in-8°, Paris 791. — A. RICHAUD et HAZARD. *Précis de thérapeutique et de pharmacologie*, Paris, 1935, in-16, p. 886-889. — M. TIFFENEAU. *Abrégé de pharmacologie*, Paris, 1931, in-8°, 3e édition, p. 90.

(2) Cf. L. BABONNEIX. La santonine, *Gazette des Hôpitaux*, 20 juin 1936, n° 50, p. 905-906.

nature. L'action toxique de cette huile essentielle se traduit par de la narcose et l'abolition plus ou moins accentuée de l'excitabilité réflexe, précédée, le plus souvent, d'une période d'excitation ». (G. POUCHET).

Action physiologique et thérapeutique. — C'est un *anthelmintique*, particulièrement actif contre l'ascaris lumbricoïde et l'oxyure vermiculaire, grâce à la santonine et à l'huile essentielle (voir plus haut).

Renvoyant à notre article sur la *Santonine*, nous rappellerons seulement que cette action est liée à la réunion, dans la molécule de ce corps, soit des fonctions lactone O-CO, et cétone CO-, soit de la fonction lactone et du noyau cyclique.

Pour l'*huile essentielle*, nous venons de voir comment elle agit seule, et en liaison avec la santonine. Aussi comprend-on qu'à « teneur égale en santonine, le semen-contra se montre beaucoup plus actif que la santonine seule. L'essence, sans doute plus facilement absorbée, est, en effet, particulièrement active, ainsi qu'on peut le constater en déterminant, suivant les décisions de la conférence de Bruxelles (1925), la toxicité et les actions générales du semen-contra et de ses principes sur des vers de terre (Staub) et des poissons rouges (Wasicky). MM. Janet et Mouton ont montré qu'alors que la santonine immobilise lentement les animaux sans les tuer, le semen-contra et son essence amènent une paralysie rapidement définitive. Il en est de même pour l'ascaris. Il faut remarquer enfin qu'à poids égal, le semen-contra est moins toxique pour l'homme que la santonine. » (A. RICHAUD et R. HAZARD.)

Usage interne. — On emploie, chez l'enfant, la poudre, à la dose de 2 à 4 g., dans de la confiture, dans du miel, du sirop, ou bien en biscuits, bols, cachets, en grains enrobés dans du sucre, en dragées sous forme d'anis de Verdun, ou en infusion à 10 p. 1.000 dans 50 à 100 g. d'eau sucrée.

Pour obtenir de bons résultats, il faut, de toute nécessité :

1° *Faire précéder l'emploi du médicament* « *d'une sorte de cure préparatoire de 24 à 72 heures de durée, ayant* pour but de modifier les conditions de l'entozoaire et de le rendre plus facilement vulnérable pour les médicaments employés. On a remarqué qu'une alimentation dans laquelle interviennent les viandes salées, les harengs marinés, l'ail, l'oignon, l'échalote et, en général, tous les condiments fortement sapides, exerçait une très heureuse influence sur l'issue de la cure ». (G. POUCHET) ;

2° *Administrer le médicament à petites doses, plusieurs jours de suite* (ID) : les fortes doses produisant souvent des effets nauséeux et cathartiques, on se servira avec avantage soit de la formule du professeur POUCHET :

Poudre de semen-contra	5 gr.
Sirop ou miel	50 gr.

Une cuillerée à café matin et soir.

Soit du *sirop vermifuge de Boullay* :

Cannelle		àâ 20 grammes	
Ecorce d'orange amère			
Semen-contra		àâ 40	»
Mousse de Corse			
Sucre	Q. S. p.	1.000	»
Eau			

Une à deux cuillerées à soupe.

3° *Prescrire en même temps des boissons acidulées*, pour dissoudre la santonine et favoriser son absorption (ID) ;

4° *Donner ultérieurement un purgatif, tel que le calomel.*

Usage externe. — Le professeur G. POUCHET conseille, chez les jeunes enfants atteints d'oxyurose, l'administration du médicament sous forme de *lavements* tièdes, pris au moment du coucher, plusieurs jours de suite, d'une infusion à 10 p. 120 d'eau bouillante. Ici encore, une fois la cure terminée, on prescrira du calomel.

Intoxication. — Nous avons vu, dans un article précédent, les phénomènes d'intoxication dus à la *santonine*. Quant à ceux dus à l'*huile essentielle*, ce sont une certaine narcose et l'abolition plus ou moins accentuée de l'excitabilité réflexe, précédés, le plus souvent par une période d'excitation.

En cas d'intoxication par le semen-contra ou par la santonine, on commencera par faire un lavage d'estomac ou par administrer un vomitif. Les boissons chaudes, les toniques généraux : acétate d'ammoniaque, café, rhum, sont aussi recommandés contre l'adynamie. Les inhalations de chloroforme et d'éther, les lavements de chloral exercent une heureuse influence sur l'élément convulsif.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 5 JANVIER 1937)

Installation du bureau. — M. HARTMANN, président sortant, prononce l'allocution d'usage, puis cède le fauteuil à M. MARTEL, président pour 1937. M. Fernand Bezançon, vice-président ; M. Achard, secrétaire général ; M. Georges Brouardel, secrétaire annuel, et M. Renault, trésorier, prennent place au bureau.

M. MARTEL, président, remercie ses collègues.

Produits radioactifs. — L'inscription des produits radioactifs au tableau prévu par le décret du 14 septembre 1916, fait l'objet d'un rapport de M. BOUGAULT. En voici les conclusions :

« L'Académie de Médecine, en présence des dangers qui peuvent résulter, dans l'application au corps humain, de l'emploi non surveillé des produits radioactifs, estime qu'il importe de protéger la santé publique, en appliquant à ces produits la réglementation fixée par le décret du 14 septembre 1916 pour les substances inscrites au tableau A.

En conséquence, elle demande l'inscription au tableau A des produits suivants :

1° Les radio-éléments : de la série de l'uranium et du radium, de la série de l'actinium, de la série du thorium, et leurs sels ;

Les produits intermédiaires ou résidus radioactifs de la préparation de ces sels ;

2° Les préparations de toute nature rendues radioactives par incorporation de radio-éléments ou par tous autres procédés.

Toutefois les eaux naturelles radioactives et les boues naturelles radioactives ne devront pas être inscrites au tableau A. »

Une nouvelle méthode de prise de la pression sanguine chez l'homme. — M. Pierre MÉNARD (Note présentée par M. Paul Portier). — L'auteur utilise pour la mesure des

pressions artérielles deux brassards. Le premier, compresseur de grand volume, est relié à un manomètre à mercure inversable à oscillations amorties. L'inversabilité et l'amortissement sont obtenus par l'adjonction dans les réservoirs terminaux du tube à mercure de crochets en verre à orifices rétrécis. Le second brassard, détecteur de petit volume, est appliqué au pli du coude. Dans ce brassard, la quantité d'air et la pression (4 centimètres de mercure) resteront constantes pendant toute la durée de la mesure. Ce brassard est relié à un oscillomètre de construction spéciale, à oscillations libres, grâce à des chambres de détente surajoutées.

Avec les instruments nouveaux utilisés et les dispositifs décrits, la mesure des pressions artérielles est simple et à la portée de toute personne instruite. Le coefficient personnel est supprimé. Les chiffres trouvés sont justes. Il n'y a pas d'oscillations supra-maximales. La première oscillation de l'aiguille de l'oscillomètre donne le chiffre de la pression maximum vraie. La plus grande oscillation donne celui de la pression moyenne dynamique. Cette détermination ne présente pas de difficultés par suite de l'absence du plateau des oscillations due à la construction spéciale de l'oscillomètre. Elle est en outre facilitée par le fait que l'on peut suivre le rythme du pouls, qu'on peut recommencer la manœuvre du gonflement et du dégonflement de l'air du grand brassard sans modifier celui du petit brassard. La sensibilité de l'oscillomètre, en outre, est telle qu'elle traduit fidèlement la vibrance spéciale de la pulsation artérielle, caractéristique de la pression moyenne.

Immunisation par la voie aérienne. — M. Trillat présente une note sur la technique à observer dans les essais d'immunisation et de médication sur les animaux par voie aérienne. Il rappelle ses expériences sur la contagion par voie aérienne et explique ainsi, pour une partie, le mécanisme si obscur de la contagion des maladies transmissibles par l'air. M. Trillat fait ressortir l'importance de l'extrême division des gouttelettes microbiennes qui doivent être, à l'état nébulisé, condition indispensable pour la réussite des essais. C'est ainsi qu'il a pu observer la guérison du choléra des poules et de la tryponosomiase chez la souris.

Procédé pratique nouveau pour la conservation des liquides fermentescibles et plus spécialement du lait. — MM. Galaine et Houlbert (Note présentée par M. Perrot). — Ce procédé consiste à pasteuriser les liquides dans une bouteille genre thermos. La conservation en est parfaite pendant 36 à 50 heures.

L'emploi rationnel des venins en thérapeutique. — Mme Phisalix.

Fixation du virus morbilleux aux leucocytes du sang dès la période d'incubation de la maladie. — Mme Karola Popp.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 6 décembre 1936)

Accidents nerveux graves et troubles de la glycorégulation chez l'enfant. — MM. Debré, Milhit, Marie, Nachmansohn, de Font-Reaulx. Apparition d'accidents nerveux brusques chez une enfant de 3 ans. Le matin, l'enfant est en coma, avec abolition des réflexes tendineux et un signe de Babinski bilatéral. En revenant à elle, l'enfant est agitée et trémulante ; elle retombe bientôt dans une torpeur profonde. On découvre chez elle une acétonurie avec réaction de Legal positive. Les auteurs mettent en évidence un trouble de la glycorégulation. Pratiquement, les auteurs insistent sur la notion qu'il ne faut pas se laisser guider par l'acétonurie pour prescrire l'injection d'insuline au cours des comas de l'enfant s'accompagnant d'odeur acétonique de l'haleine et de la réaction de Legal positive dans l'urine. On doit tout d'abord connaître le taux de la glycémie, abaissé en des cas semblables, d'où le danger de déterminer par l'injection d'insuline un coma hypoglycémique grave et même souvent mortel.

Hématexodie : processus de désintégration de l'hématie. — M. Waitz (Strasbourg). Sous ce nom, l'auteur résume les caractères d'un processus de désintégration de l'hématie différent de l'hémolyse et de la globuloclasie, et caractérisé par l'expulsion de substances hors de l'hématie. L'auteur projette un film de microcinématographie sur fond noir, qui montre les différentes étapes : aspect crénelé, et épineux des hématies, issue par les épines de granules et de filaments spirochétoïdes réfringents et incolores. L'hématexodie peut être reproduite expérimentalement. L'intérêt de ce phénomène est grand biologiquement et cliniquement. On doit en tenir compte dans l'appréciation de la valeur des sangs transfusés.

Scorbut chez un sujet soumis à une intoxication benzolique professionnelle. — MM. Cathala, Bolgert et Grenet. Cas de scorbut typique guéri par le traitement habituel chez un sujet dont la carence alimentaire était modérée. L'intoxication professionnelle d'origine benzolique semble avoir joué le rôle déclenchant. L'intoxication professionnelle peut se trouver à l'origine de nombreux syndromes sanguins.

Spirochétose ictéro-hémorragique avec bactériémie. Anurie précoce. Virulence du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire. Augmentaion de la lipidémie. Modifications dans le rapport cholestérol, lipides totaux du sang. — MM. Nicaud, Laudat, Gerbeaux, Poillas. Cas de spirochétose ictéro-hémorragique avec évolution grave en 4 jours. Anurie précoce ayant duré jusqu'à la mort. Trois hémocultures décèlent une bactériémie à bacille mobile du groupe Salmonella. Liquide céphalo-rachidien virulent pour le cobaye : son inoculation a provoqué le 7e jour une spirochétose typique. Le chiffre de la lipidémie atteignit rapidement 13 gr. 05, puis 18 gr. 75, alors que la cholestérinémie resta à 1 gr. 70, puis à 2 gr. 10.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 6 janvier. — Jury : MM. Gosset, président ; Mathieu, Leveuf, Quénu. — M. Mader. Etude radiologique de la maladie de Paget. — M. Strée. Les ostéo-arthropathies consécutives aux fractures articulaires. — Mme Caire. Etude des causes d'échec de la greffe d'Albee dans le mal de Pott chez l'adulte.

Jeudi 7 janvier. — Jury : MM. Cunéo, président ; Brocq, Gatellier, Moulonguet. — M. Le Tour. Etude des accidents post-opératoires.

Jeudi 14 janvier. — Jury : MM. Claude, président ; Pierre Duval, Vernes, Basset. — M. Chevassu. Rachianesthésie à la percaïne.

Travail de la clinique dermatologique de la Faculté de médecine de Strasbourg. Professeur M. L.-M. Pautrier. Etude de la pigmentation dans les plaques peladiques. Thèse du docteur René Thée. Grand in-8° de 81 pages, avec 14 micrographies. A l'imprimerie Ch. Roch, 12, rue des Pucelles, à Strasbourg.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 4. — MERCREDI 13 JANVIER 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**	Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Etudiants : **25** francs par an.	Tous les autres pays : **75** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Chefs de service.* — Sont affectés en qualité de chefs de service dans les établissements ci-après désignés, les médecins, accoucheurs, oto-rhino-laryngologistes et électro-radiologistes des hôpitaux dont les noms suivent :

Médecins. — A l'Institution Sainte-Périne : M. Levesque. — A l'hospice de Bicêtre : M. Paraf.

Accoucheurs. — A l'hôpital Bretonneau : M. Portes.

Oto-rhino-laryngologistes. — A l'hôpital Saint-Louis : M. Bouchet.

Electro-radiologistes. — A l'hôpital Hérold : M. Gibert. — A l'hôpital Tenon : M. Lepennetier. — A la Clinique Baudelocque : M. Petit.

— *Un nouvel hôpital à Garches.* — Au cours de la récente discussion sur le budget de l'Assistance publique, le rapporteur général, M. de Fontenay, et le directeur général, le docteur Mourier, ont annoncé la prochaine ouverture, à Garches, d'un nouvel établissement hospitalier destiné à décongestionner les services de médecine et de chirurgie des hôpitaux parisiens qu'encombrent trop souvent des hospitalisés chroniques.

Cet hôpital, qui portera le nom d'hôpital Raymond-Poincaré, comporte trois grands bâtiments et 1.220 lits.

Facultés de médecine. — *Professeur de classe exceptionnelle :* Le « Journal officiel » du 8 janvier, page 371, a publié le décret suivant :

Article premier. — Il est créé une classe exceptionnelle pour l'ensemble des professeurs titulaires des facultés des Universités de Paris et des départements, y compris l'Université d'Alger.

Art. 2. — Les professeurs de classe exceptionnelle sont nommés par décret pris en Conseil des ministres. Ils sont choisis sur une double liste de présentation établie dans les conditions ci-après.

Art. 3. — Les propositions de nomination à la classe exceptionnelle sont établies chaque année entre le 1er octobre et le 31 décembre par les conseils des Universités.

Chaque candidature donne lieu à un scrutin unique, distinct et secret.

Pour être proposé, il faut obtenir un nombre de voix au moins égal aux deux tiers de l'effectif total du conseil.

Une candidature écartée ne peut être reprise avant l'année suivante.

Suivent les conditions d'applications de ce décret ayant trait aux listes de propositions soumises à la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique, au traitement qui est celui de la 1re classe et à l'effectif de la classe exceptionnelle fixé au trentième des emplois de professeurs titulaires.

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Desgrez est nommé professeur honoraire.

Faculté de médecine d'Alger. — M. Toulant est nommé professeur de clinique ophtalmologique.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. Bugnard, agrégé pérennisé, est nommé professeur sans chaire.

Faculté des Sciences de Paris. — M. Portier, professeur de physiologie comparée à la Faculté des Sciences de l'Université de Paris, membre de l'Académie de médecine, est nommé professeur honoraire.

Académie de chirurgie. — La séance annuelle de l'Académie de chirurgie aura lieu le 27 janvier 1937.

Président de l'Académie de chirurgie pour 1937 : M. Baumgartner ; vice-président : M. Chevassu ; secrétaires annuels : MM. Capette et Mondor ; trésorier : M. René Toupet ; archiviste : M. A. Basset.

Ministère de la Santé publique. — Le « Journal officiel » du 8 janvier 1937 publie un décret un relatif à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des services de prophylaxie vénérienne.

— Il est institué, sous la présidence du ministre, une Commission sanitaire permanente des expositions internationales.

Une statue de Laënnec à Paris. — En juin dernier, aux Assises du Souvenir sur la tombe de Laënnec et que présidait le professeur Sergent, sur la suggestion de M. du Fretay, successeur de Laënnec en son manoir de Kerlouarnec, l'Assemblée française de médecine générale décida de faire élever à Paris une statue à la gloire du plus grand clinicien français. Depuis lors, il a été décidé que cette statue s'élèverait dans le square de la Charité, sous les fenêtres de l'ancienne chaire de Laënnec.

Une souscription est ouverte à cet effet. Le trésorier est le docteur Gabriel Doury, 4, rue de la Muette, Paris. (Compte postal 1006-02 Paris.)

La grippe en Europe. — Le Bulletin épidémiologique de la Société des Nations indique les principaux foyers de la grippe qui commence à sévir en Europe. Ces foyers sont en Allemagne, en Angleterre, au Danemark et aux Pays-Bas.

Election sénatoriale. — Le docteur Jacques Guilhem a été élu sénateur de l'Aude, en remplacement du docteur Jean Durand, ancien ministre, décédé.

Acta medica italica. — Notre éminent confrère, le professeur Prassitele Piccinini, nous informe qu'il reprend la publication d'*Acta medica italica*, suspendue pendant la malheureuse période des sanctions. Les amis français du professeur Piccinini se réjouiront de le voir poursuivre son œuvre si intéressante pour la propagation de la science latine et si précieuse pour les amitiés franco-italiennes.

Rappelons que les *Acta medica italica* ont leur siège près de l'Office de la Presse médicale italienne, Via Vallaze 39, à Milan.

COURS ET CONFÉRENCES

Hôpital Beaujon-Clichy. — Sous la direction de M. le docteur Stévenin ont lieu au laboratoire central de l'hôpital Nouveau-Beaujon (100, boulevard de Lorraine, à Clichy), une série de conférences d'endocrinologie pratique. Ces conférences sont faites le dimanche matin, à 10 h. 30. La première conférence a eu lieu le 10 janvier. M. Stévenin, médecin de l'hôpital Beaujon a parlé des petites insuffisances glandulaires en clinique journalière :

Prochaines conférences :

Le 17 janvier 1937 : M. Lewi, interne des hôpitaux : L'hypophyse et la puberté.

Le 24 janvier 1937 : M. Deparis, ancien chef de clinique à la Faculté : Notions récentes sur l'épiphyse.

Le 31 janvier 1937 : M. Lelourdy, médecin assistant à l'hôpital Beaujon : Les hypoglycémies spontanées.

Le 7 février 1937 : M. Wimphen, interne des hôpitaux : Les syndromes d'hyperfolliculinémie.

Le 14 février 1937 : M. Borgida, interne des hôpitaux : Les traitements physiothérapiques en endocrinologie.

Le 21 février 1937 : M. Fourestier, chef de clinique à la Faculté : Le facteur endocrinologique dans les rhumatismes chroniques.

Le 28 février 1937 : M. Franchel, interne des hôpitaux : La glande mammaire au point de vue endocrinologique.

Le 7 mars 1937 : M. Turpin, professeur agrégé, médecin des hôpitaux : Données récentes sur le thymus et applications thérapeutiques.

Le 14 mars 1937 : M. Decourt, médecin des hôpitaux : Les syndromes d'hyperparatyphoïdie.

CONFÉRENCES DU DIMANCHE. — L'Association d'enseignement médical des Hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1936-1937, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le deuxième trimestre 1936-1937 :

10 janvier. — M. CHABROL : Le sel biliaire en thérapeutique.

17 janvier. — M. DE SÈZE : Diagnostic et traitement des sciatiques rhumatismales.

21 janvier. — M. AMEUILLE : Limites de l'exploration radiologique du poumon (projections).

31 janvier. — M. Julien MARIE : Considérations sur le syndrome cholériforme du nourrisson et son traitement.

7 février. — M. BABONNEIX : Conception actuelle de la chorée de Sydenham (projections).

14 février. — M. CHEVALLEY : Primo-infection tuberculeuse à Brévannes.

21 février. — M. SUREAU : Diagnostic biologique de la grossesse.

28 février. — M. SAINTON : Les psychoses des thyroïdiens.

7 mars. — M. BENDA : Sur l'à-propos de quelques recherches récentes en radiologie pulmonaire (projections).

Nécrologie. — On annonce d'Athènes la mort du professeur Gérasime-Gustave Phocas. Ancien interne des hôpitaux de Paris (1881), ancien agrégé de chirurgie à la Faculté de Lille. M. Phocas était membre de l'Association française de chirurgie, correspondant national de l'Académie de médecine et de l'Académie de chirurgie, membre de l'Académie d'Athènes.

— Le docteur Léo (Gontran-Ang.-Félix), ancien interne, des hôpitaux, chirurgien chef de l'hôpital de Trouville, décédé à Paris.

— Le docteur Jules Burnet, ancien député de l'Eure.

— Le docteur Raoul Bienfait, décédé à Cannes.

FORME RHUMATISMALE DE LA GOUTTE ET RHUMATISME GOUTTEUX

Par MATHIEU-PIERRE WEIL

I. Les notions de goutte et de rhumatisme ; leurs rapports réciproques. — Les notions de goutte et de rhumatisme et leurs relations respectives remplissent l'histoire de la médecine depuis plus de 1.000 ans.

Hippocrate ignorait ces mots. Ils apparurent quelque 8 à 10 siècles après le début de l'ère chrétienne, l'un et l'autre dans le langage populaire. Ils exprimaient initialement la même idée, qu'une humeur peccante, distillant du cerveau, devenait génératrice de perturbations variées. Le mot « goutte » naquit le premier. Les perturbations pouvant être très variables, on distinguait la *goutte arthritique*, caractérisée par des douleurs, la *goutte podagre*, la *goutte sciatique*, la *goutte migraine*, la *goutte caduque* (épilepsie), la *goutte palazine* (paralysies), la *goutte peste* (fistules), la *goutte hémorroïdaire*, etc... Mais ce n'est qu'avec les derniers Salernitains, c'est-à-dire vers le XIIe siècle, que le mot entra dans le langage scientifique. Les médecins s'efforcèrent alors de lui donner un sens précis, celui de *souffrance articulaire*. Aux autres états douloureux on réservait le mot hippocratique d'arthritis.

Baillou vint (1538-1616), et avec lui la confusion. Voulant individualiser une affection douloureuse qui frappait surtout les *parties molles*, muscles, fibres, nerfs, et qui n'était donc pas, comme on le dit trop souvent encore, notre rhumatisme articulaire aigu, il emprunta au langage vulgaire le terme de *rhumatisme*, rejetant le reste dans la goutte (Baillou n'utilisa qu'exceptionnellement le mot de podagre et à aucun moment celui d'arthritis). Si bien que l'arthritis, qu'Hippocrate avait soigneusement distingué de la podagre, devenait une des formes de la goutte de Baillou !

Aussi Sauvages, qui écrivait 50 ans environ après Sydenham, considère le rhumatisme comme la souffrance des muscles et des parties molles, et la goutte comme celle des articulations. Et quand Landré-Beauvais, au début du dernier siècle, décrivit le rhumatisme chronique généralisé, il n'eut d'autre mot à sa disposition que celui de goutte. Inversement, Garrod, en 1859, intitule son livre « Gout and rhumatic gout ».

Cependant, sous l'influence de cet auteur, de Charcot (Leçons cliniques, 1874), de Trousseau (Leçons de l'Hôtel-Dieu, 1877), la goutte acquérait sa spécificité. Certes son individualité n'était pas admise par tous sans restrictions. Goutte et rhumatisme, pouvait-on dire, ont une « racine commune », sont « deux branches d'un même tronc », peuvent coexister. Mais l'opinion contraire prévalut : entre ces deux états, les ponts étaient coupés. La goutte et le rhumatisme devenaient deux maladies différentes, en quelque sorte même opposées.

Cette conception ne peut plus être retenue. Entre goutte et rhumatisme existent des liens étroits. Goutte et rhumatisme impliquent des notions qui ne sont pas comparables. La goutte est une maladie, le rhumatisme, un groupement de manifestations ayant pour siège le système locomoteur et d'étiologies éminemment variées. Parmi celles-ci la goutte tient une place importante. Il existe une goutte à forme rhumatismale, et cette forme on ne saurait la confondre avec ce que l'on a appelé par ailleurs le rhumatisme goutteux.

***

II. La forme rhumatismale de la goutte. — La forme rhumatismale de la goutte est devenue à l'heure actuelle d'une fréquence très grande. Elle se présente d'ailleurs de manière variée.

Tantôt, il s'agit d'une arthrite goutteuse à laquelle son siège et son aspect clinique confèrent une allure particulière. Tantôt il s'agit d'un rhumatisme généralisé aigu ou chronique.

1. L'ARTHRITE GOUTTEUSE A FORME RHUMATISMALE. — Cette forme est loin d'être exceptionnelle. Elle peut revêtir certains types cliniques particuliers. Au genou, c'est l'hydarthrose goutteuse, aux genoux, aux lombes et en d'autres régions ce peut être l'ostéo-arthrite goutteuse.

a) L'hydarthrose goutteuse. — L'hydarthrose goutteuse, forme fréquente, est unilatérale le plus souvent, mais non toujours. Lorsqu'elle n'est pas accompagnée de phénomènes inflammatoires aigus, qu'elle ne s'exprime que par de la douleur, de l'impotence, du gonflement, mais par aucun phénomène fluxionnaire, et qu'elle survient comme un phénomène initial de la maladie, elle est l'objet d'erreurs constantes de diagnostic. Heureusement, le plus souvent, à une période plus ou moins lointaine, la maladie s'était initialement exprimée par une ou plusieurs crises de goutte de l'orteil dont l'anamnèse permet l'établissement du diagnostic.

b) L'ostéo-arthrite goutteuse. — La goutte peut prendre l'allure d'une ostéo-arthrite dégénérative. Cette forme a deux sièges de prédilection, le genou et la région lombaire. Il est fréquent de l'observer, chez des sujets notoirement goutteux, au niveau de la région lombaire. Ici les lésions ne s'expriment le plus souvent que par les aspects radiologiques caractéristiques de l'ostéo-arthrite, la symptomatologie se ramène généralement à des troubles légers, l'altération osseuse n'est qu'exceptionnellement solitaire. Mais il n'en est plus de même au genou.

OBSERVATION 1. — Un homme de 59 ans vient me consulter pour un « rhumatisme » du genou droit. Le matin, en se réveillant, il fut pris à ce niveau d'une douleur intense.

L'examen montre un homme d'une corpulence exagérée, pléthorique, à vente proéminent, qui pèse 81 kg. pour une taille de 1 m. 66. C'est un gros mangeur et un mangeur de pain. Le genou dont il se plaint est augmenté de volume et le siège d'une hydarthrose modérée. Aux orteils on note l'existence d'exostoses métatarso-phalangiennes. Du côté des autres articulations, rien d'anormal. Le cœur est sain, la tension artérielle maxima un peu élevée (18/9), les urines claires et non albumineuses. La peau ne montre l'existence d'aucune précipitation cutanée.

La radiographie met en évidence des *lésions importantes des genoux.* Sur une vue de face du genou droit, celui dont souffre le malade, l'interligne articulaire apparaît « pin-

cé » ; il a même disparu dans sa moitié interne ; le plateau tibial est effondré, élargi ; au niveau de ses extrémités latérales de volumineux ostéophytes se sont développés ; sur une vue de profil, un néo-bourgeonnement osseux, qui rappelle plus une poussée en chou-fleur que des spicules ostéophytiques, se manifeste en avant du plateau tibial et dans l'espace intercondylien ; des prolongements acuminés marquent l'angle supérieur et inférieur de la rotule ; celle-ci adhère au fémur par son extrémité inférieure. Au niveau du genou gauche, les lésions sont du même style, mais arrivées à un degré d'évolution infiniment moindre : le pincement de l'article permet cependant d'apercevoir encore les épines tibiales, anormalement pointues, et deux petites néo-formations articulaires, nées l'une du tibia, l'autre du fémur, et qui occupent la partie moyenne de l'article ; latéralement des ostéophytes assez importants occupent les extrémités du fémur et du tibia ; on en retrouve au niveau des limites supérieure et inférieure de la rotule, mais sans que cette dernière n'adhère comme à droite au tibia.

Mais *le pied* présente également des lésions radiographiques considérables. Elles prédominent au niveau des articulations métatarso-phalangiennes. A droite la tête phalangienne est aplatie, comme l'est le plateau tibial ; elle a perdu son arrondi normal et présente en dehors un indiscutable ostéophyte ; l'extrémité phalangienne est étalée, plus large que de normale ; la cavité glénoïde n'a plus son aspect arrondi habituel : elle est devenue anguleuse, assez comparable à un toit basque de faible inclinaison ; un pont osseux réunit le sésamoïde interne au rebord interne du métatarsien ; l'espace articulaire est pincé. Du côté gauche, l'aspect est tout à fait différent. L'arrondi de la tête métatarsienne et de la glène phalangienne n'a pas disparu, mais les extrémités ont perdu leur régularité ; l'espace articulaire est pincé, surtout du côté interne où il a quasiment disparu ; la tête métacarpienne est grosse, comme soufflée ; elle fait saillie en dedans ; l'extrémité phalangienne est nettement élargie, prolongée en dehors par un indiscutable ostéophyte ; le sésamoïde, augmenté de volume et irrégulier, adhère au rebord externe du métacarpien, dont la tête apparaît soufflée, présentant en dedans, en dehors et le long de son rebord articulaire des zones manifestes de décalcification, les unes discrètes, simulant les aspects en « coup d'ongle » que j'ai décrits, les autres plus étendues simulant des aspects en nid d'abeille.

Les lésions ne restent d'ailleurs pas limitées aux orteils. Tout le tarse est atteint : la calcification y revêt une densité anormale, les os sont parsemés de zones aréolaires et de décalcification, irrégulièrement distribuées, les interlignes articulaires sont flous, les plans superficiels anormalement et irrégulièrement tachetés.

De fait, ce n'est pas la première fois que ce malade souffre de manifestations douloureuses. 2 ou 3 fois par an, depuis de nombreuses années, il a présenté des *crises aiguës*, tout particulièrement localisées d'ailleurs au poignet ; de temps à autre sont survenus des états douloureux légers, mais diffus, intéressant toutes les jointures. Il y a 10 ans, cet état fut particulièrement intense ; le malade fut alors atteint, dit-il, d'une *crise de rhumatisme articulaire aigu*, avec atteinte des poignets, genoux, chevilles, et température élevée ; il dut s'aliter pour 3 mois ; mais en fait ce ne fut que 10 mois plus tard que, après de longues séries de piqûres d'iode et d'hyposulfite, il s'est senti comme guéri. Cependant de temps à autre continuaient à survenir de petites crises souvent fébriles qui obligeaient le malade à garder le lit 2 ou 3 jours.

Par ailleurs, à l'âge de 25 ans, cet homme fut atteint d'une *crise de goutte localisée aux 2 orteils*, qui le maintint alité pendant plusieurs jours dans des souffrances très grandes ; cependant de pareilles crises ne se sont jamais reproduites. Ses 4 enfants sont bien portants, et dans son ascendance on ne trouve, comme toute hérédité, qu'une mère et une grand'mère maternelle diabétiques.

L'analyse de sang montre une uricémie de 0,083, l'azotémie étant de 0,40.

2. Le rhumatisme goutteux aigu. — Plus riches encore en causes d'erreur sont les crises goutteuses qui revêtent l'allure du rhumatisme articulaire aigu.

La goutte à forme de rhumatisme articulaire aigu n'était pas ignorée de Garrod. « Ainsi il peut arriver dans la goutte récente que les articulations importantes soient affectées, et de plus qu'elles le soient en assez grand nombre. En pareil cas, la maladie rappelle d'une manière frappante la physionomie du rhumatisme articulaire aigu, et le diagnostic peut présenter beaucoup de difficultés, du moins au premier abord » (Garrod). Puis, après la relation d'un cas personnel, Garrod ajoute : « Il est arrivé plusieurs fois que des cas de goutte aiguë généralisée, semblables à celui qui vient d'être rapporté, ont été considérés et décrits comme appartenant au rhumatisme articulaire aigu. Je suis porté à croire que le fait suivant est un exemple de cette méprise. M. Spencer Wells, qui le présente dans son intéressant ouvrage comme un cas de rhumatisme développé pendant le cours d'un accès de goutte, le rapporte en ces termes... »

La crise rhumatismale aiguë peut être la *première manifestation* de la goutte. Elle peut représenter alors la phase initiale d'un état dont la crise classique de l'orteil est l'aboutissant, ou constituer toute la crise, la localisation à l'orteil ne se manifestant qu'à l'occasion d'une crise ultérieure lors de laquelle la maladie vient en quelque sorte jeter le masque.

Mais le plus souvent l'ordre des phénomènes est autre : le malade fait *initialement une crise de goutte ;* plus tard, celle-ci est oubliée, et quand surviennent les crises à allure plus banale, elles sont prises inconsidérément pour du rhumatisme et le malade, bourré de salicylate de soude, jusqu'au jour où la crise spontanément prend fin, quand ce n'est pas la chronicité qui s'installe.

1° Dans les observations suivantes, la crise rhumatismale commence, la groutte typique suit.

Obs. 2. — Un jour, en pleine santé apparente, je suis pris, à l'âge de 35 ans, à la suite d'un refroidissement, d'une crise de *rhumatisme aigu généralisé.* La température monte à 40°. Les douleurs sont violentes, erratiques, passant d'une articulation à l'autre. Des Maîtres qui connaissaient cependant la goutte, Enriquez, Albert Robin, portent le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu. Ils se penchent sur mon cœur. Je suis soumis à la médication salicylée intensive. Cet état dure 10 jours, puis tout disparaît tandis que s'installe une crise typique et indiscutable de *goutte de l'orteil.*

Obs. 3. — Un de mes malades, courtier en alcools, après avoir eu une *sciatique* pendant la guerre, fut pris en 1935 d'une crise *rhumatismale aiguë*, prédominant aux mains, à la nuque, aux épaules. L'état aigu dura près d'un mois, puis un état subaigu s'installa, qui dura 8 mois, jusqu'au jour où survint brusquement, à l'improviste, une crise de goutte de l'orteil gauche.

L'accès caractéristique peut n'être que très tardif et le rhumatisme s'être répété pendant de longues années.

Obs. 4. — Une de mes malades, fille d'un père rhumatisant, sœur de rhumatisants, présentait de temps à autre,

depuis l'âge de 12 ans, des *crises douloureuses* généralement localisées aux genoux, persistant quelques jours, ne nécessitant qu'exceptionnellement l'interruption des occupations, et qui ne s'accompagnaient que d'un minimum de signes objectifs. La nature de ces arthralgies ne fut établie que par l'apparition à l'âge de 83 ans d'une crise typique, particulièrement douloureuse, de goutte aiguë du poignet, d'allure pseudo-phlegmoneuse, qui disparut comme par enchantement sous l'influence de la médication colchique.

L'accès typique de goutte articulaire peut manquer totalement, et seule la constitution d'un *état de goutte chronique tophacée* venir témoigner de la nature de la maladie.

Obs. 5. — Un homme de 50 ans, pharmacien, fut pris à l'âge de 27 à 28 ans d'une crise de *rhumatisme articulaire aiguë* sans manifestations cardiaques. Pendant 10 ans, des *poussées* surviennent avec une répétition désespérante, ici ou là, aux genoux, coudes, pieds, parfois généralisées à toutes les articulations. Il n'y eut *jamais de crise du gros orteil.* Quand il me fut permis de voir le malade, il n'existait aucune déformation articulaire chronique, mais je notais l'existence de *tophi* des doigts, d'un tophus du coude gauche, d'une *uricémie* de 0,085, l'azotémie étant de 0,36. Le père eut du lumbago toute sa vie, et le grand-père paternel la goutte. Une sœur était rhumatisante, une autre atteinte de lithiase rénale, une troisième saine, une quatrième avait été atteinte de sciatique l'année précédente.

Obs. 6. — Pép..., docteur en pharmacie, fut atteint à l'âge de 21 ans, après une ingestion de raie et de haricots blancs, d'une entérite muco-membraneuse fébrile, violente, qui fut suivie d'une *crise musculaire d'allure rhumatismale* prédominant dans la région des genoux, qui dura 3 semaines et disparut sans séquelles. A 25 ans, il fit une poussée de *synovite* au niveau des genoux, qui fut traitée par des pointes de feu. A 27 ans, il souffrit d'une *crise rhumatismale* très violente de la main gauche ; la température est élevée, les transpirations sont « phénoménales », il existe du subdélire ; le tout dure 15 jours. A la suite apparut un minuscule *tophus* au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche. Pendant deux ans, des *crises douloureuses* se répètent, nombreuses, frappant les métatarso-phalangiennes et les genoux. Le malade est traité par des mouches de Milan et des révulsifs. Cinq à six ans plus tard survenaient, tous les 7 à 8 mois, des *crises aiguës douloureuses généralisées* à toutes les articulations, répétées, laissant à leur suite un degré de plus en plus marqué d'enraidissement. L'*envahissement tophacé* survenait 2 ou 3 ans plus tard : il devait atteindre une intensité véritablement monstrueuse en même temps que s'installait un état de goutte articulaire chronique généralisé et de la plus grande gravité.

Dans les observations suivantes, la goutte commence, le rhumatisme suit.

Obs. 7. — Un malade, âgé de 57 ans, me demande conseil pour un état douloureux qui ne prend pas fin : depuis 5 mois, il est arrêté par un « *rhumatisme* » des pieds, des genoux, des mains, de la nuque. Le salicylate prescrit de manière continue et à hautes doses reste sans effet. *Six ans auparavant* était survenue une *crise de goutte* de l'orteil. Soumises à la médication colchique, les douleurs disparaissaient en quelques jours.

Obs. 8. — Un homme de 48 ans, de 1 m. 77, et dont le poids était passé de 85 kg. à 20 ans à 107 kg. 600, dont le frère et la sœur étaient obèses, fut pris à l'âge de 38 ans d'un *accès de goutte* aiguë de l'orteil gauche. Les crises *se répètent* plusieurs fois par an pendant plusieurs années, puis tout rentre dans l'ordre. A l'âge de 45 ans, en montant sur une machine « haut le pied », il est pris d'une douleur au genou droit : un *épanchement de synovie* s'installe à ce niveau. Quelques semaines plus tard, à peine remis de cet incident, à la suite d'un refroidissement, notre malade présente une *grande crise de rhumatisme articulaire aigu* frappant les pieds, les genoux qui sont très gros, les mains ; pendant 2 mois il garde le lit, ingérant force salicylate. Le tout se termine par l'apparition d'un *tophus* au niveau du coude droit, qui cependant n'avait été le siège d'aucune douleur. Deux ans plus tard survient une *nouvelle crise de rhumatisme articulaire aigu.* On parle de péricardite, on met de la glace sur le cœur pendant 20 jours. Le salicylate est administré pendant toute l'année, pour « entretien ». En cours de traitement survenait cependant une *nouvelle crise rhumatismale* semblable à la précédente, d'une durée de 48 heures. Neuf mois après apparut une *crise aiguë du genou droit*, qui procéda par trois poussées successives. On redonne du salicylate, on y surajoute de l'iode et du soufre. Le *tophus* du coude droit, jusque-là discret, se met à augmenter et s'ouvre au dehors, sans que jamais la jointure n'ait été le siège d'arthrite. Un *autre tophus* apparaît au coude gauche. Je vois le malade quelques mois plus tard : les gros orteils sont le siège de craquements, les médio-tarsiennes augmentées de volume, les genoux larges et empâtés ; le 4e doigt gauche est le siège, au niveau de son articulation phalangino-phalangettienne, d'une arthrite inflammatoire aiguë ; le foie est augmenté de volume ; les tophi des coudes subsistent ; l'uricémie est de 0,089, l'azotémie de 0,24.

Williamson qui signale l'existence d'une pareille forme, note une *opposition entre la fièvre*, toujours peu élevée, et la multiplicité des arthrites. Il y voit un signe distinctif avec le rhumatisme articulaire aigu. Il y a très peu de maladies aiguës, dit-il, où tant de jointures sont prises et la fièvre cependant si peu élevée. Mon observation personnelle montre cependant qu'*il n'en est pas toujours ainsi*. Il en est de même chez une malade que tout récemment je viens d'observer dans mon service de Saint-Antoine.

Ces formes rhumatismales peuvent être déterminées par un *trouble protéinique*. Deux fois, chez un malade atteint d'une pleurésie chronique récidivante et auquel, avec Bezançon et de Gennes, nous avions injecté sous la peau quelques centimètres cubes de son propre liquide pleural, et chez une femme âgée à laquelle j'avais injecté du sérum antipneumococcique, je vis survenir, à la suite de l'injection, une crise de rhumatisme aigu généralisé qui se termina par un accès de goutte de l'orteil. Fait remarquable, dans les deux cas, il s'agissait de goutteux anciens.

3. Le rhumatisme chronique généralisé de nature goutteuse. — A ces formes généralisées aiguës, il convient d'opposer les formes généralisées chroniques, qui simulent plus ou moins le grand rhumatisme chronique progressif déformant.

Bennette a rapporté (Dublin Medical, 1875) l'observation d'un homme qui présentait aux mains et aux pieds toutes les déformations caractéristiques du rhumatisme noueux ; il avait été atteint antérieurement de goutte aiguë ; il mourut d'urémie ; à son autopsie, on releva à la fois les lésions de la goutte et du rhumatisme. De même Lécorché, dans son traité de la goutte, rapporte deux observations dans lesquelles les déviations et les déformations des mains ne différaient en rien de celles décrites par Charcot dans le rhumatisme déformant ; mais comme elles s'accommodaient de tophu multiple, il les mit sur le compte de la goutte.

Nous avons observé 3 observations comparables.

Obs. 9. — Un homme de 64 ans se présente comme atteint d'un *rhumatisme chronique généralisé.* Il fit sa première crise de goutte à 46 ans, dans la médio-tarsienne. En dehors de *lésions diffuses* qui enraidissent et déforment toutes les articulations des membres, d'une *ostéo-arthrite lombaire* caractérisée par l'existence de nombreux et importants becs de perroquets, d'une *ostéo-arthrite des genoux* ayant abouti à la soudure de la rotule au fémur et au développement de volumineux ostéophytes au niveau des plateaux tibiaux, je relève l'existence :

a) D'un volumineux *tophus du coude* qui fait saillie en face d'une lésion érosive très nette de la face postérieure de l'olécrane, et de *déformations tophacées des mains* où la radiographie décèle l'existence d'une vacuolisation de la styloïde cubitale, d'échancrure en hallebarde de l'extrémité inférieure du premier métacarpien, de vacuolisations disséminées dans les autres métacarpiens et les phalanges, de soufflure avec éclatement de l'extrémité inférieure des deuxièmes phalanges de l'index, du médius, de l'annulaire avec présence de volumineux tophi à leur niveau.

Obs. 10. — Un homme de 66 ans présenta à l'âge de 27 ans une crise de *rhumatisme* de l'articulation tibio-tarsienne. A 28 ans, 2 *crises fluxionnaires* surviennent aux pieds et aux mains, entraînant des déformations et des raideurs qui forcèrent le malade à abandonner à 34 ans sa profession antérieure.

Puis les genoux, les coudes et peu à peu toutes les jointures se déforment et *s'ankylosent* peu à peu. La radiographie montre une arthrite des coudes, avec interlignes disparus et processus ostéophytiques surchargeant leurs contours, et aux mains une fusion des os des carpes ; la tête du métacarpien est surchargée par une abondante néo-production osseuse ; à l'extrémité inférieure des 2e métacarpiens des vacuoles confluentes s'observent avec aspect particulier d'os soufflé. Des tophi très nets déforment le bord cubital de la main ; en face du carpe et de l'articulation métacarpo-phalangienne du 5e doigt, s'observe également vacuoles et ostéophytes.

Obs. 11. — Un homme de 71 ans entre dans un service de chirurgie de Saint-Antoine pour un ulcère variqueux. L'observation porte que « depuis l'âge de 36 ans le malade est atteint de *rhumatisme déformant ;* les crises surviennent 1 à 2 fois par an, s'accompagnant de fièvre à 38°, durant 15 jours environ ; le rhumatisme siège aux épaules, genoux, pieds, mains, contraignant le malade au lit. Le sujet se présente comme atteint de *rhumatisme chronique généralisé.* A l'examen, les articulations métacarpo-phalangiennes sont noueuses ; on note l'existence de nodosités phalango-phalangiennes et de nodosités d'Heberden ; les doigts sont fortement déviés en dehors, le malade ne peut les fléchir à fond ; les coudes, les épaules sont enraidis. Les articulations des genoux, surtout à gauche, sont grosses, déformées, mais les mouvements peuvent s'effectuer sans aucune douleur et on n'y perçoit pas de craquements à la mobilisation. Les orteils sont enraidis et déjetés en dehors.

L'observation ajoute « on ne retrouve aucun antécédent autre que ces accidents rhumatismaux ».

Ceux-ci sont cependant d'une curieuse nature.

Le malade a été pris à l'âge de 35 ans, une nuit, d'une violente *crise de goutte* localisée au gros orteil du pied gauche. La crise dura pendant 1 mois à 1 mois 1/2 durant lesquels le malade dut rester alité.

L'année suivante, *nouvel épisode goutteux* débutant d'une façon identique : mais cette fois la douleur ne reste pas localisée et les genoux deviennent douloureux.

Ultérieurement, durant un certain nombre de crises que le malade ne peut préciser, *les manifestations perdent leurs caractères ;* le début devient moins douloureux et moins violent, les douleurs sont plus diffuses ; les genoux et les coudes se prennent ainsi que les épaules. Cependant entre les crises existe une intégrité fonctionnelle absolue. Enfin la généralisation survient à ce point que le malade, pendant une crise il y a 16 ans, demeura 1 mois 1/2 impotent, confiné au lit, ne pouvant se servir de ses mains. Actuellement les crises se sont espacées, se répétant tous les 2 ou 3 ans ; elles ont perdu de leur acuité et sont plus localisées : elles ont une prédilection pour les membres supérieurs. La tension artérielle est de 17/9 ; l'uricémie plasmatique est de 0,065, l'azotémie de 0,40. On note l'existence d'une *concrétion auriculaire* qui est prélevée. Elle est constituée d'une masse amorphe dans laquelle s'observent des amas formés eux-mêmes d'une matière amorphe retenue dans un réseau élastique, et faite de quelques éléments cristallisés en fines aiguilles. L'analyse chimique y met en évidence la présence d'*acide urique* en quantité assez nette, de traces de cholestérine et de matières grasses ; les minéraux, très peu abondants, sont constitués par des traces de calcium et de sodium qui sont individualisés dans les cendres.

Dans tous les cas que nous venons d'envisager il n'est pas possible de ne pas rapporter à la goutte les manifestations observées. Certes, on a pu parler de « coexistence ». Après Rodumel, Scudumore, Courtois-Suffit et Beaufumé (1905) ayant observé un malade présentant un tophus et des déformations classiques des extrémités rappelant celles du rhumatisme chronique, concluent à cette éventualité, à cause du résultat des épreuves radiologiques. Mais on ne saurait plus soutenir pareille opinion : la goutte peut engendrer en effet tous les aspects radiologiques que le rhumatisme détermine.

***

III. Le rhumatisme goutteux. — Autant on peut être formel pour ce qui est des faits que je viens d'envisager, de goutte à forme rhumatismale, autant il convient d'être prudent pour ce qui est des états groupés sous le nom de rhumatisme goutteux.

C'est qu'ici manque la signature caractéristique de la goutte, la crise de podagre, le tophus, et que l'uricémie, si elle est parfois un peu plus élevée que de normale, n'atteint jamais, en l'absence d'une autre cause susceptible de le déterminer, l'importance qu'elle peut acquérir dans les formes précédentes.

Sous le nom de « rhumatisme goutteux » J. Teissier et G. Roque (de Lyon) ont désigné un état qui « n'est pas la goutte, n'est pas l'arthrite goutteuse », mais qui, comme la goutte, « dérive de la grande diathèse arthritique », et dont « le terme le plus habituel est l'insuffisance rénale ».

Les formes envisagées par Teissier et Roque vont du *rhumatisme vague de Léveillé,* forme de douleurs estompées et frustes, au *rhumatisme chronique simple* de Besnier, arthralgies de siège variable, associées ou non à des craquements, sujettes à des recrudescences de quelques jours ou de quelques semaines, au *rhumatisme ostéalgique* de Durand-Fardel et Besnier caractérisé par des douleurs ostéocopes à prédominence nocturne et qui serait anatomiquement déterminé par l'existence de petites nodosités douloureuses sous-périostées, visibles à la radiographie, et considérées bien à tort comme de nature uratique, à la *rétraction de l'oponévrose palmaire,* aux *nodosités d'Heberden,* dont la relation avec la goutte et le dia-

bète fut proposée dès leur mise en évidence, à la *comptodactylie* de Bouchard, nodosités phalango-phalangiennes où cet auteur voyait une manifestation concomitante de la dilatation d'estomac, au *rhumatisme chronique de la néphrite interstitielle*, au *rhumatisme chronique biliaire* de Gilbert, Fournier, Lereboullet. On pourrait ajouter à cette liste déjà longue les *nodosités du métacarpe* et du *carpe*, ainsi que *le pouce en Z* de Léri, la *rétraction digitale*, véritable doigt en marteau, *certains hallux valgus* et autres *déformations phalangiennes des orteils*, le *rhumatisme musculaire* de Verhoogen et Froriep, la cellulite, et certaines formes de *rhumatisme ostéophytique vertébral*.

A vrai dire, le rhumatisme de la néphrite interstitielle et le rhumatisme chronique biliaire exceptés, qui doivent être rejetés hors du sujet, ces formes apparaissent bien souvent de nature toxique ou dyscrasique, « évoluant sur un terrain de prédisposition morbide », leur association avec la migraine, l'asthme, l'eczéma, l'urticaire, les hémorroïdes, l'entérocolite, la gravelle oxalo-urique, plus rarement le diabète, la lithiaise biliaire, l'obésité constituant, comme on a pu le dire, de réels arguments en faveur de leur nature particulière. *Cependant chacun de ces accidents peut procéder d'une origine différente, traumatique, endocrinienne, ou autre*, et s'ils relèvent souvent d'un terrain particulier qui est effectivement celui de la goutte, *rien ne permet d'affirmer, dans l'état actuel de la science, qu'ils sont par eux-mêmes de nature goutteuse. Ils appartiennent à la famille goutteuse, mais ils ne sont pas de la goutte véritable.* Ils constituent des « *parentés morbides* » de la maladie, mais échappent à sa thérapeutique spécifique.

Et c'est pourquoi entre la « goutte à forme rhumatismale » et le « rhumatisme » goutteux existe une antinomie profonde.

Mais entre toutes ces formes s'observent des liens de passage : la grande goutte tophacée et les manifestations plus ou moins discrètes que nous venons d'envisager sont unies les unes aux autres par une infinité d'associations et de cas intermédiaires.

*
**

IV. Parenté du rhumatisme et de la goutte. — En vérité ce qui a arrêté toujours les auteurs a été cette persistante erreur de vouloir faire de *l'acide urique* la cause de la goutte, alors que son excès dans les tissus n'en représente qu'une expression, inconstante d'ailleurs. Comme le disait déjà Bouchard, « Il n'est nullement démontré que l'acide urique soit la seule ou même la principale matière qui adultère les humeurs de cette maladie. Je dis que la maladie elle-même n'est pas due à l'uricémie ». Vérité indiscutable dont témoignent les recherches modernes. Nous savons maintenant, j'ai contribué à l'établir, que tous les hyperuricémiques ne sont pas des goutteux, ni tous les goutteux des hyperuricémiques.

Par ailleurs, jusqu'à ces dernières années, on se figurait qu'*anatomiquement* et *radiologiquement* la goutte s'exprimait par des états spécifiques. Or, avec Maurice Letulle, puis avec Delarue, j'ai pu montrer l'absence de spécificité des lésions initiales de la goutte, leurs analogies avec celles du rhumatisme, et avec G. Détré quels emprunts la radiologie de la goutte fait aux affections rhumatismales.

J'ai montré par ailleurs, avec Ramirez, que si certaines gouttes descendaient de gouttes, dans la grande majorité des cas les goutteux ont dans leurs *ascendants*, leurs *descendants*, leurs *collatéraux*, moins des *goutteux* que des rhumatisants. *La principale parenté morbide de la goutte est le rhumatisme.*

Entre la goutte et le rhumatisme, disait Porter, existe la distance qu'il y a de l'amiral au contre-maître. Entre l'amiral et le contre-maître la goutte à forme rhumatismale et le rhumatisme goutteux constituent des échelons intermédiaires. Mais la goutte, dans ces derniers temps, s'est démocratisée : les amiraux sont devenus plus rares, et les contre-maîtres se sont multipliés.

STÉATOSE MASSIVE DU FOIE CHEZ UN GARÇON DE CINQ ANS

Par M. L. BABONNEIX,
Médecin du Service d'enfants de l'hôpital Saint-Louis

La stéatose massive du foie est si exceptionnelle chez l'enfant que la plupart des Traités spéciaux la passent sous silence. Aussi nous a-t-il paru intéressant d'en rapporter un cas, que nous avons pu suivre, l'été dernier, dans notre service.

Observation. — M..., Jeanne, 5 ans, entrée le 13 mai 1936 à l'hôpital Saint-Louis, annexe Grancher.

A. H. et A. P. — Les parents sont bien portants. Ils ont eu quatre enfants, dont un est en ce moment à San-Salvadour. Les deux autres jouissent d'une bonne santé.

La petite Jeanne est née à terme, à la suite d'un accouchement naturel. Elle pesait 3 kg. 600. Elle a été nourrie au biberon, a marché et parlé tard ; on ne sait pas quand elle a eu sa première dent. Elle a été vaccinée contre la variole à sa naissance, contre la diphtérie à 4 ans. Elle a fait, l'an dernier, un séjour de dix mois à San-Salvadour.

H. de la M. — La maladie a débuté, il y a quelques jours, par de la diarrhée et par des troubles digestifs.

E. A. — L'état général est assez précaire, l'apparence, cachectique. L'abdomen est volumineux, mou, sans point douloureux, sans le moindre signe d'épanchement péritonéal, abstraction faite d'une circulation collatérale légère.

Le foie déborde de trois travers de doigts le rebord des fausses côtes, sa limite supérieure étant normale. La rate ne semble pas hypertrophiée. Les vomissements offrent, le plus souvent, le type alimentaire ; quant à la diarrhée, c'est, macroscopiquement, une diarrhée banale, sans glaires, ni sable, ni sang.

Il n'y a pas de fièvre.

La gorge ne présente rien d'anormal, ni cliniquement, ni bactériologiquement.

Le poids est de 10 kg. 400.

A signaler encore :

1° Un certain degré de perlèche, sans stomatite ;
2° De la carie noire des dents ;
3° La sécheresse des cheveux ;
4° Un petit foyer de la base gauche ;
5° Le caractère négatif de la cuti-réaction ;
6° La présence, dans l'urine, de pus et de coli-bacilles.

Un traitement banal est institué : tannate d'albumine, puis biolactyl, sous-nitrate de bismuth.

Le 30 mai, apparition d'une angine rouge avec fièvre persistante et présence de bacilles diphtériques dans le nez et dans la gorge. Une injection sous-cutanée de 10 cm^3 de sérum concentré est pratiquée. La diarrhée persiste.

Le 15 juin, développement d'une rougeole. La température, qui a baissé au lendemain de l'éruption, ne tarde pas à remonter et à atteindre 40°1 le 20 juin, sans que l'examen des poumons et des oreilles puisse rendre compte de cette hyperthermie. La diarrhée ne s'arrête toujours pas.

Les jours suivants, le foie a encore augmenté de volume et atteint une ligne horizontale passant par l'ombilic, les œdèmes cachectiques, le purpura, les escarres des malléoles annoncent l'imminence de la mort, qui survient le 23.

A l'*autopsie*, le foie paraît volumineux, mais il a gardé sa conformation habituelle. Sa couleur est jaune pâle, sa consistance, très diminuée. Sur des coupes, il offre l'aspect classique du foie gras. La vésicule est remplie d'une bile fluide. La rate est petite et fibreuse. Aux reins, il faut signaler surtout la décoloration de la substance corticale. Le pancréas est normal. Il n'y a rien à signaler d'autre, si ce n'est une broncho-pneumonie des deux bases.

L'examen histologique a été effectué par M. Ch. Oberling, que nous remercions de sa complaisance. En voici les conclusions :

Foie complètement graisseux.

Infiltration adipeuse à grosses gouttelettes des cellules hépatiques, avec une intensité sensiblement égale dans toutes les parties du lobule. Çà et là, on note une infiltration leucocytaire discrète des espaces conjonctivo-vasculaires.

Etant donné l'absence de bandes scléreuses et de remaniement structural, on ne peut pas, à mon avis, parler ici d'une cirrhose graisseuse.

Il s'agit simplement d'une stéatose massive, telle qu'on l'observe parfois dans les troubles du métabolisme chez les enfants.

Rein : Structure générale sans modification appréciable. Les glomérules sont normaux. L'épithélium des tubes montre un état vacuolaire de son cytoplasme répondant vraisemblablement à une stéatose diffuse. Les lumières renferment par places du détritus et quelques globules rouges. Pas de cylindres à proprement parler.

Rate : Très congestionnée avec atrophie de la pulpe blanche et sclérose des trabécules.

En somme, diarrhée d'apparence banale, datant d'un mois, avec hépatomégalie et cachexie. A l'autopsie, infiltration graisseuse massive du foie. Clinique et anatomo-pathologie sont d'accord pour battre en brèche le diagnostic de cirrhose. La notion d'âge, comme l'absence de splénomégalie écartent l'idée, soit de maladie de Gaucher, soit de maladie de Niemann-Pick. Rien ne permet de penser à une intoxication phosphorée. Nous voilà donc, par élimination, conduit, encore que la nature de l'infection soit indéterminée, à l'hypothèse d'une stéatose infectieuse analogue à celle que les Professeurs V. Hutinel et P. Mercklen ont magistralement décrite dans les *Maladies des Enfants* (Paris, 1909, in-8°, t. III, p. 474-475) : « Le foie gras, disent ces auteurs, affecte deux modalités cliniques principales. Dans l'une, il est lourd, gros, indolore, de consistance molle... Dans l'autre, il ne subit que des modifications de forme peu marquée, mais il témoigne sa souffrance par l'apparition de stigmates d'insuffisance glandulaire. Anatomiquement, « le foie, jaune-beurre ou brunâtre, est doux au toucher, dépressible, onctueux ; la bile est décolorée. Lorsque la dégénérescence l'emporte, il se montre flasque et mou, affaissé dans une capsule trop lâche, friable et difficile à bien sectionner ». Peut-être, dans notre cas, la stéatose est-elle, comme le pense M. Ch. Oberling, sous la dépendance d'un trouble du métabolisme. Quoi qu'il en soit de ces suppositions, la lésion hépatique explique et la diarrhée et la cachexie observées chez notre petite malade.

PRATIQUE MÉDICALE

DEUX CAS D'OLIGURIE

d'après le docteur Fournier (1)

Deux observations assez typiques de deux cas différents d'oligurie incitent Fournier à rappeler les propriétés diurétiques intéressantes d'un corps de la série xanthique récemment introduit en France : l'aminophylline.

La première observation montre une action diurétique nette dans un cas assez grave d'oligurie grippale avec épisode pulmonaire inquiétant.

L'absorption d'aminophylline pure, Caréna, déclenche une diurèse précoce abondante, qui abrège le syndrome infectieux et arrête la localisation pulmonaire.

La deuxième observation se rapporte à une cirrhotique, cuisinière, éthylique avérée, qui présente une ascite à son début ; avec Caréna on voit les œdèmes se résorber et l'ascite disparaître presque complètement au bout de 20 jours de traitement.

Ainsi donc, dans les deux cas, l'aminophylline a eu un pouvoir diurétique vraiment puissant.

Caréna est surtout un diurétique déchlorurant, augmentant la diurèse aqueuse, qui atteint facilement deux litres.

Fournier estima que c'est à la très grande solubilité de ce corps qu'il faut attribuer son efficacité, la rapidité de son action, l'absence de toute réaction secondaire et la parfaite tolérance. Des doses variant entre 5 à 8 comprimés lui ont toujours paru suffisantes.

Caréna lui paraît donc un diurétique d'une efficacité éprouvée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'influence espagnole sur le progrès de la science médicale. In-8° de 126 pages illustrées. Publié par le Wellcome Foundation Ltd, 183-193, Euston Road, Londres NWI, en commémoration du 10e Congrès international d'histoire de la médecine à Madrid, 1935.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

VARICELLE

La varicelle est une affection très contagieuse, mais très bénigne, caractérisée par :

— Une éruption bulleuse ;

— L'irrégularité de l'apparition et de la localisation des poussées éruptives et par conséquent, par l'existence d'éléments d'âge différents.

— L'absence de suppuration.

ETIOLOGIE

Elle se voit presque exclusivement chez l'enfant.

Les crèches, les écoles, les jardins publics, les hôpitaux sont les endroits habituels où se fait la contamination.

(1) *Journal de médecine de Paris*, 22 octobre 1936.

ETUDE CLINIQUE

L'*incubation* est de 14 jours, elle est absolument silencieuse.

Invasion : la période d'invasion passe en règle inaperçue et c'est seulement après l'apparition de l'éruption que le médecin est appelé.

— Plus rarement, il existe pendant un à deux jours un malaise général, de la céphalée, de l'anorexie, une température à 38°.

— Exceptionnellement, on a pu signaler des vomissemsnts, des convulsions, un érythème scarlatiniforme sous forme de rash.

L'*éruption* débute n'importe où, souvent au tronc ou à la racine des membres ;

— Elle est constituée d'éléments vésiculeux ou mieux bulleux très superficiels.

— Elle est disséminée sur tout le corps sans aucun ordre, toutefois, la face n'est souvent envahie qu'en dernier et les éléments y sont peu nombreux.

— Elle se produit par poussées.

— Au début, ce sont des macules rosées comparables aux taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde.

— Très rapidement en 12 heures, le centre de ces macules se soulève en une vésicule qui gonfle peu à peu et devient une bulle.

Celle-ci, arrondie ou ovalaire, de la taille d'un pois ou d'une lentille, est remplie d'un liquide clair qui se trouble dès le deuxième jour, déterminant une vésicopustule, mais jamais une pustule vraie.

— Tous les éléments sont et restent superficiels, ne donnant jamais l'impression en « perle de verre » des éléments varioliques.

— Leur base repose soit sur une collerette rouge, soit sur de la peau saine.

— La couche épidermique qui retient le liquide est peu tendue.

— Les éléments entraînent un prurit modéré, quelquefois cependant extrême au cuir chevelu.

— A la paume des mains et à la plante des pieds, les éléments se rapprochent quelquefois des pustules plus profondes de la variole.

— L'éruption a parfois tendance à devenir cohérente aux endroits qui sont le siège d'irritation.

L'évolution se fait par poussées successives. Il y a 3 à 4 poussées séparées de 1 à 3 jours. Chaque élément évolue en 3 jours.

Au bout de 48 heures, la bulle varicelleuse se dessèche, s'affaisse, se recouvre d'une croûte qui, si elle n'occupe que la partie centrale de la bulle, peut donner lieu à une pseudo-ombilication.

D'autres fois, il y a ombilication vraie.

La croûte tombe vers le 7e jour.

Il n'y a pas de cicatrice si l'enfant ne s'est pas gratté, sinon il peut y avoir une tache blanc-ivoire lisse.

L'énanthème reste en règle très léger, il est parfois absent. S'il existe, il est constitué par des bulles analogues à celles de la peau, qui peuvent siéger :

1° Dans la bouche, sur les gencives, les joues, la langue, le voile du palais, le pharynx ;

2° Sur la conjonctive et parfois la cornée ;

3° Sur les muqueuses génitales : vulve, prépuce, gland.

Signes généraux. — Quelquefois, il n'en existe aucun.

— D'autres fois, la température s'élève à 38, 39 et chaque poussée éruptive est marquée par une recrudescence thermique.

— Il peut exister des poussées ganglionnaires cervicales, axillaires ou inguinales.

Dans le sang, on constaterait une mononucléose avec réaction myéloïde, hématies nucléées et myélocytes comme dans la variole.

Formes anormales. — Il existe des formes discrètes, des formes confluentes.

— Des formes papulleuses à petits éléments ;

— Des formes pemphigoïdes à grands éléments ;

— Exceptionnellement des formes purpuriques, suppurées, gangréneuses chez les débilités.

Chez l'adulte, on a signalé des formes hyperthermiques, mais la varicelle de l'adulte est absolument exceptionnelle.

COMPLICATIONS

La maladie est essentiellement bénigne, les complications sont exceptionnelles.

Les plus fréquentes sont les *infections locales*, que l'on voit surtout chez les enfants peu soignés ou infectés :

Lymphangite, furoncles, pyodermite, érysipèle, vulvite, conjonctivite, kératite, très rares.

Très rarement, il peut exister des *complications viscérales ou à distance :*

Laryngite striduleuse ;

Néphrite avec œdème ou hématurique ;

Pseudo-rhumatisme infectieux.

Encéphalomyélite (une cinquantaine de cas depuis 1920). Celle-ci frappe de préférence les nourrissons, elle survient vers le 4e ou 5e jour de l'éruption et donne des signes cérébelleux, encéphalitique ou myélitique ; la mort peut survenir.

Il n'en reste pas moins que la varicelle est essentiellement bénigne, que les complications sont exceptionnelles.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est facile, souvent évident.

Parfois, on sera amené à discuter.

Le *strophulus :* le diagnostic reposera sur l'ancienneté de l'éruption, l'existence de troubles digestifs, la consistance plus dure de l'élément.

La varioloïde, mais les signes généraux sont plus intenses ; il existe des vomissements, de la rachialgie, il n'existe qu'une seule éruption de la tête aux pieds, les éléments sont plus profonds.

Certaines éruptions médicamenteuses.

Quant à la *syphilis varicelliforme*, sa localisation à la paume des mains, à la plante des pieds ne la fait jamais discuter.

Enfin, il est classique de discuter le *zona généralisé.*

Mais celui-ci est rare, douloureux.

D'ailleurs Netter a soutenu l'identité des deux affections.

Les éléments ont une disposition radiculaire.

Les unicistes ont invoqué :

— L'identité macroscopique des éléments ;

— Des cas de contagion réciproque ;

— La réaction croisée de déviation du complément.

Les dualistes, au contraire, invoquent :

— Une légère différence histologique.

— Les réactions sanguines différentes.

On a aussi discuté l'identité de la varicelle avec *l'alastrim.*

Telle est la description de la varicelle, affection de diagnostic facile et de pronostic essentiellement bénin.

JEAN FERROIR.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 5. — SAMEDI 16 JANVIER 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat en médecine de* 1936-1937. — Epreuves orales. Séance du 11 janvier 1937 :

Notes attribuées : MM. Lebovici, 13 ; Pointeau, 16 ; Mendelsohn, 14 ; Loubrieu, 17 ; Verstraete, 19 ; Bolivar, 16 ; Rognon, 13 ; Wintrebert, 24 ; Gallant, 21.

Questions données : 1° Signes et diagnostic de la paralysie diphtérique ; 2° Signes et diagnostic de la hernie crurale étranglée.

INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 12 janvier 1937. — MM. Danel, 16 ; Salet, 19 ; Frebet, 22,50 ; Ronsin, 18 ; Barbier (Pierre), 18 ; Bonduelle, 25 ; Mlle de Neyman, 17 ; M. Roujon, 15.

Questions données : Signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse de l'adulte. — Signes et diagnostic de l'hydarthrose du genou.

— *Personnel médical, affectations.* — Les médecins, chirurgiens, oto-rhino-laryngologistes et ophtalmologistes des hôpitaux dont les noms suivent sont, pendant l'année 1937, affectés aux services suivants :

I. — MÉDECINS :

A. *Service des remplacements :* 1° Hôpitaux généraux : les docteurs Laporte, Lemaire, Justin Besançon, Gilbert Dreyfus, de Sèze, Caroli, Mollaret, Cachera ; 2° Hôpitaux d'enfants : néant ; 3° Hôpitaux spéciaux : les docteurs Layani et Degos.

B. *Service des consultations :* les docteurs Gutmann, à l'Hôtel-Dieu ; Escalier, à l'hôpital de la Pitié ; Boltanski, à l'hôpital Saint-Antoine ; Lambling, à l'hôpital Necker ; Coste, à l'hôpital Cochin ; Decourt, à l'hôpital Beaujon-Clichy ; Hamburger, à l'hôpital Lariboisière ; Basch, à l'hôpital Tenon ; Celice, à l'hôpital Laënnec ; Garcin, à l'hôpital Bichat ; Mme Bertrand-Fontaine, à l'hôpital Broussais ; Rachet, à l'hôpital Boucicaut ; Clément, à l'hôpital Trousseau ; Pichon, à l'hôpital Bretonneau ; Lamy, à l'hôpital Hérold ; Peron, à l'hôpital Ambroise-Paré.

II. — CHIRURGIENS :

Les docteurs de Gaudart d'Allaines, assistant de M. le docteur Roux-Berger ; Moulonguet, assistant de M. le docteur Gernez ; Gatellien, assistant de M. le professeur P. Duval ; Bloch (Jacques), assistant de M. le professeur Cunéo ; Monod (Raoul-Charles), assistant de M. le professeur Mocquot ; Petit-Dutaillis, assistant de M. le professeur Gosset ; Fey, assistant de M. le professeur Marion ; Charrier, assistant de M. le professeur Gosset ; Senèque, assistant de M. le professeur Cunéo ; Michon, assistant de M. le professeur Grégoire ; Maurer, assistant de M. le docteur Lardennois ; Wilmoth, assistant de M. le professeur Lenormant ; Oberlin, assistant de M. le docteur Chevrier ; Huet, assistant de M. le docteur Mondor ; Ameline, assistant de M. le docteur Basset ; Thalheimer, assistant de M. le docteur Desmarest ; Welti, assistant de M. le docteur Lardennois ; Menegaux, assistant de M. le docteur Lenormant ; Banzet, assistant de M. le docteur Baumgartner ; Fèvre, assistant de M. le professeur Ombrédanne ; Huard, assistant de M. le docteur Okinczyc ; Gueullette, assistant de M. le docteur Capette ; Meillère, assistant de M. le docteur Desplas ; Blondin, assistant de M. le docteur Bazy ; Aurousseau, assistant de M. le docteur Picot ; Seille, assistant de M. le docteur Mo-

nod (Robert) ; Patel, assistant de M. le docteur Moure ; Merle d'Aubigné, assistant de M. le professeur P. Duval.

B. *Service des remplacements :* les docteurs Girode, Leibovici, Funck et Sicard.

C. *Service des consultations :* a) les docteurs Madier, à la fondation Paul-Marmottan ; Quenu, à l'hôpital Necker ; Braine, à l'hôpital Saint-Antoine ; Soupault, à l'hôpital Beaujon-Clichy ; Bloch (René), à l'hôpital Saint-Louis ; Bernard (Raymond), à l'hôpital de la Pitié ; Redon, à l'hôpital Lariboisière.

b) Les docteurs Schwartz et Chifoliau, chirurgiens honoraires des hôpitaux, assureront les consultations ci-dessous désignées :

Le docteur Schwartz à l'hôpital Bichat ; le docteur Chifoliau à l'hôpital Tenon.

III. Oto-rhino-laryngologistes :

A. *Service des remplacements :* les docteurs Aubin et Huet.

B. *Service des consultations :* les docteurs Chatellier, à l'hôpital Claude-Bernard ; Leroux, à l'hôpital Ambroise-Paré ; Aubry, à la Policlinique du boulevard Ney ; Ombrédanne, à l'hôpital Hérold ; Lallemant, à l'hôpital Bretonneau ; Lemariey, à l'hospice de Brévannes, au sanatorium de Champrosay, au sanatorium de Champcueil ; Maduro, à l'hôpital Cochin.

IV. — Ophtalmologistes :

A. *Service des remplacements :* les docteurs Lagrange, Veil et Dollfus.

B. *Service des consultations :* les docteurs Prélat, à l'hôpital Cochin ; Hartmann, à l'hôpital Ambroise-Paré ; Favory, à l'hôpital Trousseau ; Parfonry, à l'hospice de Bicêtre ; Renard, à l'hôpital Hérold.

V. — Stomatologistes. — Les stomatologistes des hôpitaux dont les noms suivent sont nommés stomatologistes adjoints aux consultations dentaires quotidiennes des établissements ci-dessous désignés :

A l'Hôtel-Dieu : le docteur Lebourg ; *à l'hôpital de la Pitié :* le docteur Chatellier ; *à l'hôpital Saint-Antoine :* le docteur Lacaisse ; *à l'hôpital Necker-Enfants Malades :* le docteur Hénault ; *à l'hôpital Cochin :* le docteur Omnès ; *à l'hôpital Beaujon-Clichy :* le docteur Sassier ; *à l'hôpital Lariboisière :* le docteur Lattès ; *à l'hôpital Tenon :* Mme le docteur Papillon ; *à l'hôpital Saint-Louis :* le docteur Dechaume.

Les docteurs en médecine dont les noms suivent sont nommés stomatologistes assistants aux consultations dentaires quotidiennes des établissements ci-dessous désignés :

A l'Hôtel-Dieu : le docteur Marie ; *à l'hôpital de la Pitié :* le docteur Mesnard ; *à l'hôpital Saint-Antoine :* le docteur Vrasse ; *à l'hôpital Cochin :* le docteur Fromaigeat ; *à l'hôpital Lariboisière :* le docteur Bornet ; *à l'hôpital Beaujon-Clichy :* le docteur Normand ; *à l'hôpital Tenon :* le docteur Lepoivre ; *à l'hôpital Saint-Louis :* le docteur Friez ; *à l'hôpital Trousseau :* le docteur Cauhépé ; *à l'hospice des Enfants-Assistés ;* le docteur Chapotel ; *à l'hospice de Brévannes :* le docteur Maleplate ; *à l'hospice de la Salpêtrière* (centre de prothèse dentaire) : le docteur Bertrand.

M. le docteur Gencel est nommé stomatologiste assistant à la consultation dentaire qui a lieu trois fois par semaine à la Policlinique du boulevard Ney.

Légion d'honneur. — Grande Chancellerie. — *Officier.* M. le docteur Baron, médecin consultant de la Grande Chancellerie et des maisons d'éducation de la Légion d'honneur.

Faculté de médecine de Paris. — *Prix Saintour* 1937 (7.400 fr.). — Le sujet désigné par la Faculté, pour l'année 1937, est le suivant : Résultats éloignés des opérations pour goitres (goitre exophtalmique excepté). Les mémoires doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juin 1937, dernier délai, sans désignation d'auteur.

Chaque mémoire devra porter une épigraphe ou devise apparente qui sera rappelée sur pli cacheté contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

— *Fondation Serge-Henry Salle.* — Prix de 180 francs destiné à l'achat d'ouvrages se rapportant aux sciences médicales, devant être attribué à un externe de l'hôpital Broussais ou du nouvel hôpital Beaujon. Les demandes, établies sur papier timbré, doivent être adressées à M. le Doyen avant le 1er mars 1937.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. Wangermez, agrégé de physique médicale, a été pérennisé dans ses fonctions.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. Florence, ancien agrégé pérennisé à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé professeur honoraire.

Ecole de Médecine d'Angers. — Il est créé à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers une chaire de chimie biologique.

Ecole de médecine de Poitiers. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, s'ouvrira le jeudi 15 juillet 1937 devant la Faculté de médecine de Bordeaux.

Ministère de la Santé publique. — M. le docteur Lauzier, médecin chef de l'asile d'aliénés de Clermont, a été nommé secrétaire rapporteur au Conseil supérieur de l'assistance publique.

XVIIe Salon des médecins, dentistes, pharmaciens et vétérinaires. — Le XVIIe Salon des médecins et du corps médical aura lieu du 14 au 21 mars 1937, Galerie Bernheim Jeune, 83, faubourg Saint-Honoré, Paris. Les exposants ont pu apprécier l'année dernière tout le succès recueilli par cette manifestation et juger de l'intérêt que lui ont porté presse et visiteurs, après un vernissage présidé par le ministre de la Santé publique et les Maîtres de l'Académie.

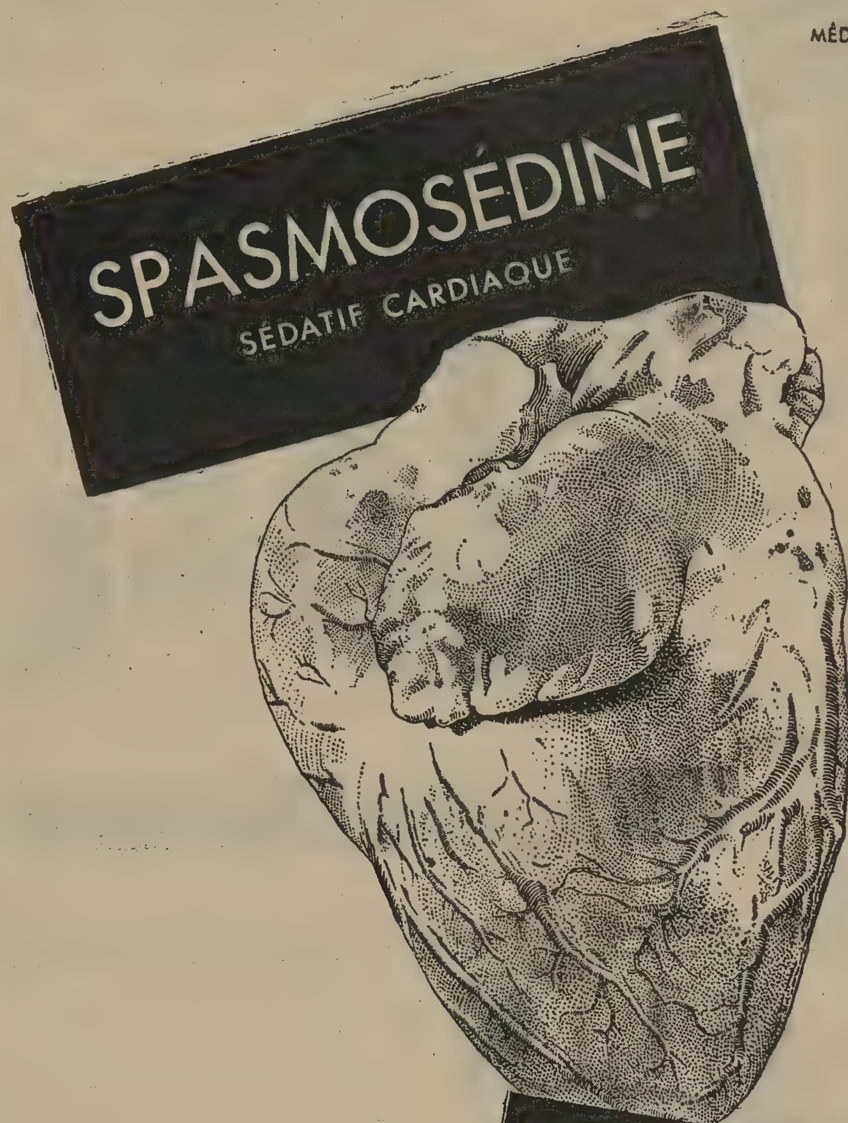
Nous rappelons que les Sections Peinture, Sculpture, Art Décoratif et Appliqué seront présentées dans l'une des toutes premières Galeries d'art de Paris. D'autre part, il faut que cette année la Section de Photographie soit particulièrement brillante, car une salle spéciale lui sera réservée. Enfin, comme l'année dernière, une section de l'Art dans les Revues médicales réunira au Salon toute la littérature corporative dont l'esprit est empreint d'une note artistique.

Aussi faut-il que tous les confrères qui ont participé irrégulièrement aux expositions antérieures, répondent cette année par leur adhésion.

La clôture des inscriptions est fixée au 10 février.

Pour tous renseignements, écrire au Secrétaire général docteur Pierre-Bernard Malet, 46, rue Lecourbe, Paris (15e).




SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE

REVUE GENERALE

LES CALCIFICATIONS DU PÉRICARDE [1]

Par ANDRÉ BRETON,
Médecin des hôpitaux de Lille.

Etiologie. — La question de l'étiologie présente le plus grand intérêt pour la conduite à tenir vis-à-vis du malade. — Hélas ! elle est encore mal élucidée.

En voici les raisons.

Tous sont d'accord pour écrire :

— Que la péricardite calcifiée s'observe dans les deux sexes, mais deux fois plus chez l'homme que chez la femme ;

— Qu'elle se voit rarement dans le jeune âge, surtout entre 35 et 50 ans, mais qu'on peut malgré tout la rencontrer à des âges très avancés — jusqu'à 91 ans dans la statistique de Jones.

L'unanimité existe encore sur l'existence d'un certain temps de latence entre la lésion initiale du péricarde et l'apparition d'incrustation de sels calcaires.

Tous admettent ainsi qu'un pourcentage seulement faible de péricardite se calcifie — 3 % pour Wells. Or comme la péricardite est en outre assez rare chez le vieillard, ne sommes-nous pas étonné que Gernez et Breton n'aient trouvé qu'une calcification sur les 38 malades d'un hospice.

Résumons donc ces opinions en écrivant :

La péricardite calcifiée est une affection rare qui permet une longue survie. Les opinions commencent à diverger lorsqu'il s'agit de trouver la cause même de la maladie. Certains auteurs prétendent n'avoir découvert aucune étiologie aux cas de péricardite calcifiante qu'ils ont observés : ils sont rares.

D'autres attribuent au traumatisme localisé de la région précordiale un rôle important dans la genèse de la calcification péricardique : Schwarz, Codvelle, Desplats, Youmans en ont rapporté des cas apparemment probants.

Codvelle, discutant de façon approfondie cette étiologie, rapporte que 30 % des plaies péricardiques guérissent spontanément mais entraînent comme séquelles des adhérences péricardo-péricardiques plus au moins lâches et plus ou moins étendues. Dans ces cas l'on peut se demander :

1° Si la blessure n'a rien à voir avec la péricardite ;

2° Si un corps étranger laissé en place dans le sinus (cas de Codvelle) ou la présence de sang épanché peuvent entraîner à eux seuls l'apparition d'un processus inflammatoire aseptique à l'intérieur du sac péricardique ;

3° Si les mêmes raisons ne peuvent pas favoriser la localisation d'une affection chronique sur un viscère amoindri.

Quelle que soit la forme dont on tranche ce problème, les adhérences notées après un traumatisme peuvent être dues à :

A. — A une sclérose progressive par organisation collagène d'un épanchement fibrino-hématique (Nageotte) — donc à un processus aseptique.

B. — A une inflammation microbienne peu virulente provoquée ou entretenue par un élément étranger et donnant naissance à une hyperplasie conjonctive réactionnelle.

Ces adhérences aboutiraient petit à petit et dans le temps à une symphyse plus ou moins serrée qui se calcifierait par le processus de dégénérescence hyaline et granulo-graisseuse que nous avons signalée au chapitre de la pathogénie.

Un traumatisme peut donc avoir un rôle localisateur et favorisant, mais objections sérieuses :

1° Le nombre d'observations qui signalent dans leurs commémoratifs une telle cause est relativement infime parmi le nombre total des observations de péricardite calcifiante ;

2° Les péricardites calcifiées n'ont pas vu leur nombre augmenté du fait de la guerre 1914-1918.

Le traumatisme joue ici un rôle apparemment moins important que dans l'origine des pleurésies calcifiées (Thèse Griffith, 1933 ; 42 traumatismes sur 96 cas de calcifications pleurales).

Le traumatisme ne peut donc pas être considéré comme la cause unique d'apparition d'une péricardite calcifiée ; aussi l'origine bactérienne a-t-elle retenu surtout l'attention. Les affections aiguës sont trop brutales et trop rapides dans leur évolution pour qu'elles puissent être ici incriminées.

Par contre, les affections subaiguës et surtout chroniques doivent être retenues.

Klason a cru, en 1921, pouvoir attribuer à un streptocoque viridans l'unique origine de la maladie.

Weil et Richard ont invoqué à la base de la péricardite calcifiante un pneumocoque « évoluant à froid ».

Menétrier a pu, dans un cas, admettre l'action d'un bacille d'Eberth.

Ce sont là des cas isolés qui ont fait rejeter l'hypothèse d'une malade spécifique et ont fait admettre par certains que toute inflammation péricardique pouvait se calcifier.

Mais les causes les plus fréquentes des inflammations péricardiques chroniques étant la maladie de Bouillaud, la tuberculose et la syphilis, il était logique d'attribuer la péricardite calcifiante à l'un de ces 3 processus, qui se calcifierait à la suite d'une prédisposition du terrain à floculer les sels calcaires.

Pour Duvoir, les deux causes hors pair seraient la tuberculose et la maladie de Bouillaud.

Or le rhumatisme articulaire aigu est rarement spécifié dans le compte rendu des observations et les précipitations calcaires au niveau de l'appareil cardiaque devraient se produire au moins autant dans l'endocarde et le myocarde que dans le péricarde ; ce qui n'est pas, nous l'avons vu.

Ainsi donc le R.A.A., maladie différente, ne l'oublions pas, de la tuberculose et n'ayant pas dans les idées actuelles de relation avec cette dernière est rarement en cause.

Par contre la tuberculose semble jouer un rôle de tout premier plan. La tuberculose est d'abord à la base d'un grand nombre de péricardites chroniques.

(1) Fin. Voir *Gaz. des hôpit.*, n° 3, du 9 janvier 1937.

Or le mode de dégénérescence calcaire semble particulier aux péricardites chroniques, notamment aux péricardites tuberculeuses (Vaquez).

Dans le cas de Herrick, le diagnostic de la péricardite tuberculeuse secondaire porté pendant la vie avait été contrôlé par l'autopsie qui avait montré des plaques calcaires.

Dans les cas d'Ogle et De Jones, il fut trouvé entre les feuillets péricardiques des poches contenant une assez grande quantité de sang.

Ces malades n'étaient pas brightiques et ne présentaient pas un cancer du péricarde, de sorte qu'il ne pouvait s'agir que de tuberculose à l'origine de cette calcification.

Dans les cas où il y a lésion pulmonaire, pleurale ou péritonéale concomitante, l'allure radiologique ou l'analyse bactériologique plaident en faveur d'une tuberculose atténuée et fibreuse (Ronneaux, Cutler).

S'agit-il d'un bacille bovin ou d'un bacille humain peu virulent ou atypique, c'est une question qui n'a pas été soulevée à l'occasion des péricardites calcifiantes, mais qui, comme nous le savons, est à l'ordre du jour actuellement.

La présence d'un gros foie au cours des péricardites calcifiantes ne fait-elle pas en outre invoquer la cirrhose cardio-tuberculeuse de Hutinel ?

Et c'est à ce propos, et en tenant compte des faits publiés par Hutinel sur la symphyse péricardo-hépatique que nous sommes en droit de nous demander si la calcification des péricardites chroniques ne se produit pas plus facilement lorsqu'il existe à la base de l'affection un terrain syphilitique ou hérédo-syphilitique.

Très souvent l'association d'une tuberculose et d'une syphilis peut être dépistée. Et nous citons à l'appui les observations de Lecaplain, Dufour, Duvoir, qui sont probantes.

« La syphilis héréditaire pour Fournier n'est-elle « pas l'un des influents de la scrofule : la syphilis « prédispose à la scrofulo-tuberculose de l'enfance et « à la tuberculose de l'adulte. »

« La tuberculose fibreuse prend place au nombre « des indices révélateurs de la syphilis et de l'hé- « rédo-syphilis. »

« La tendance scléro-calcaire n'est jamais aussi « nette que lorsque la syphilis existe en même temps « qu'une tuberculose. »

Ces quelques aphorismes puisés dans la littérature médicale et bien que controversés par nombre d'auteurs autorisés montrent la tendance actuelle à accorder au terrain hérédo-syphilitique plus qu'à un terrain modifié par une syphilis acquise un rôle important dans la tendance fibreuse d'une tuberculose chronique et la part qu'il faut lui accorder dans les dépôts calcaires qui se produisent au niveau de ces lésions fibreuses.

La symphyse péricardique due à une tuberculose est susceptible à notre avis de se calcifier plus facilement si un terrain hérédo-syphilitique, une syphilis endocrinienne bâtarde a provoqué des troubles humoraux, une perturbation dans le métabolisme du calcium et du phosphore, en un mot ce que nous appelons dans l'ignorance des faits précis, *une tendance floculante du calcium.*

C'est en fonction de ce raisonnement que nous ne sommes pas étonné, dans la péricardite calcifiante, comme d'ailleurs dans les calcifications pleurales, de ne relever qu'exceptionnellement une syphilis acquise récente et à réaction sérologique positive à la base du processus (cf. Gernez, Marchandise, Crouy pour les C. Pleurales : *Echo Médical du Nord*, 6 octobre 1935), mais bien plus souvent de voir incriminer une hérédo-syphilis ou une syphilis très ancienne.

C'est une tuberculose fibreuse évoluant sur un terrain spécial qui semble être le plus responsable de la maladie que nous étudions ici. Viennent ensuite par ordre de grandeur les traumatismes et la maladie de Bouillaud.

Pronostic et Traitement. — Guérison et calcification des lésions péricardiques sont deux phénomènes différents et indépendants l'un de l'autre. Mais comme la calcification ne peut se produire qu'au niveau des lésions péricardiques à longue et lente évolution, l'on comprend dès lors pourquoi la plupart des malades ont pu arriver à un âge fort avancé.

Le pronostic dépendra essentiellement de l'état du myocarde sous-jacent aux calcifications. Il sera fourni pour chaque cas par les données conjuguées de la clinique, de l'électro-cardiogramme et de la radiokymographie.

Il serait en effet un peu simpliste d'attribuer la défaillance myocardique à la simple gêne mécanique produite par la cuirasse qui enserre dans un étau le cœur.

La radiologie montre que cette cuirasse n'est jamais complète et qu'elle correspond à un aspect morphologique et non à un état physiologique.

Nous croyons plus exact d'interpréter l'insuffisance cardiaque comme la résultante d'une sclérose progressive du myocarde et d'un envahissement en profondeur des dépôts calciques.

Partant de l'idée initiale que le pronostic dépend de la plus ou moins grande gêne apportée au cœur par les plaques calcaires, la thérapeutique en a préconisé l'ablation.

Deux opérations ont été proposées jusque maintenant : 1° celle de Brauer qui est une thoracolyse et qui ne débarrasse pas le péricarde de sa coque fibreuse; 2° celle de Delorme, véritable cardiolyse qui fait sauter une large partie des extrémités antérieures des 4°, 5° et 6° côtes et du bord gauche du sternum puis dissèque le péricarde et enlève toute la coque fibreuse.

L'opération de Brauer fut tentée par l'auteur dès 1901 et fut reprise par Klason en 1921.

Celle de Delorme a été tentée pour la première fois par Hallopeau en 1910 et fut perfectionnée en 1920 par Rehn et en 1923 par Volhard et Schmieden.

Facile à exécuter, la première opération a une mortalité immédiate faible, mais ses résultats sont peu durables : 3 semaines après l'acte chirurgical le malade de Klason mourait en asystolie.

Plus compliquée dans sa technique, l'opération de Delorme permet d'espérer mieux de l'avenir, mais la mortalité immédiate est considérable : six survies avec guérison sur 12 cas dans la statistique de Paul D. White.

Pour être complet nous citerons encore la possibilité de pratiquer une phrénicectomie gauche pour certains cas d'adhérences limitées : résultats heureux et durables dans les cas de Schmieden, Cole et Jones ; nul au contraire dans le cas de Staebler.

Aussi, devant la gravité de toute intervention chirurgicale et connaissant mieux qu'autrefois la pathogénie et l'anatomie de l'affection, mieux vaut, semble-t-il, s'en tenir à une thérapeutique moins brillante mais plus sûre et moins dangereuse.

Si le diagnostic a été précoce, un régime alimentaire approprié, pauvre en calcaire, pourra être donné.

L'on pourra y adjoindre une dose journalière élevée de bicarbonate de soude pour essayer de mobiliser la chaux des tissus sans attaquer celle de l'os (Loeper et Gaumont).

Des substances contrariant la fixation du calcium pourront être ordonnées et tenteront de régulariser le phosphore et le calcium sanguin dont l'équilibre est indispensable.

En pareille matière, les acides aminés, la créatinine, des hormones et des extraits endocriniens et peut-être la parathyroïdectomie (bien étudiée par Leriche) laissent quelque espoir d'apporter une correction à la viciation du métabolisme calcique.

Mais aucune de ces thérapeutiques n'a pu jusqu'ici entraîner la conviction faute d'une expérience et d'un recul suffisant pour juger justement de leur efficacité.

Il semble que, dans l'avenir, de plus en plus la thérapeutique médicale indirecte tendra à se substituer à la thérapeutique chirurgicale directe.

Conclusions. — Les calcifications du péricarde demeurent aujourd'hui encore chose rare.

La clinique les ignore presque toujours.

La radiologie est et demeure le seul moyen pratique pour les dépister.

Leur étiologie est complexe et non unique.

La tuberculose semble jouer un rôle de premier plan.

Mais la syphilis héréditaire ou acquise, en modifiant le terrain et en créant des dysfonctionnements endocriniens favorise étrangement le processus local de précipitation calcique.

Leur anatomie pathologique aide à comprendre pourquoi elles sont longtemps et parfaitement tolérées par l'organisme humain qui semble être indifférent à leur présence.

Leur pathogénie ne peut s'analyser que dans le cadre général du mécanisme de toute floculation calcique au niveau d'un tissu conjonctif malade. Sujet encore à l'étude et dont nous avons cherché à montrer toute l'aridité.

Bibliographie

Voir thèse Duc. Lille 1936-1937, N° 5.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(Séance du 28 décembre 1936)

Avitaminose A et métabolisme azoté. — Mlle Lise Emerique.

Transformation des réactions de fermentation d'un bacille dysentérique par passage sur les animaux. — Mlle Marguerite Aitoff.

Recherches sérologiques sur la nature du principe contenu dans l'urine des cancéreux. — M. Max Aron.

ACADEMIE DE MEDECINE

(Séance du 12 janvier 1937)

Notice nécrologique. — M. Ribadeau-Dumas donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Mossé (de Toulouse), membre correspondant récemment décédé.

Nécessité de l'union des autorités centrales et locales pour l'assainissement général. — MM. Loir, Sanarens, Legangneux (du Havre). Les projets d'adduction d'eau, d'assainissement, et, d'une manière générale, d'utilité sanitaire devront être conçus et exécutés dans le cadre régional par l'union des efforts conjugués des communes, des départements et de l'Etat. Cette coordination des questions d'hygiène publique indépendantes de celles d'hygiène sociale serait faite sous l'autorité du ministre de la Santé publique après approbation des Commissions et Conseils sanitaires et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

L'origine hippocratique du mot hormone. — M. Jayle, attiré par l'étymologie grecque du mot hormone proposé par Starling en 1905 et devenu d'un usage courant, s'est demandé si ce mot n'avait pas déjà été utilisé. Il l'a trouvé dans « Hippocrate » qui le donne dans un aphorisme avec le sens de sécrétion. D'autre part, l'idée que certains organes, en particulier le foie et les glandes génitales, élaborent des produits qui se répandent dans tout l'organisme et que nous appelons sécrétions internes, est d'origine antique. M. Jayle cite, en particulier, un passage de Galien. En France, le mot hormone se trouve dans un livre très répandu au XVIIe siècle : les œuvres d'André Du Laurens et la lecture du passage où il est cité, à propos du foie, permet de conclure qu'il est usité couramment. Le mot grec signifie sécrétion, tant interne qu'externe. Nous lui donnons le sens restreint de sécrétion interne, comme André Du Laurens, nous accordant toujours avec Hippocrate.

Action des ions Pb et Cu sur les fibroblastes sarcomateux en culture. — MM. J. Verne et C. Sannié rappellent leurs recherches précédentes relatives à l'action des ions métalliques sur les cultures *in vitro* des cellules du tissu conjonctif du foie, du rein et du tissu nerveux. Ils ont, à l'aide des mêmes techniques, étudié l'action des sels de cuivre et de plomb sur les cellules du sarcome de Jensen : ces dernières ne sont pas particulièrement sensibles à ces deux métaux ; elles le sont, en tout cas, bien moins que les cellules hépatiques, les cellules rénales ou les cellules nerveuses.

De telles recherches peuvent donner des indications intéressantes sur la valeur thérapeutique des métaux lourds dans le traitement du cancer.

Action locale de la folliculine sur la mamelle du cobaye. — MM. Mussio-Fournier, Albrieux et Buno.

Hygiène du réveil et exercice. — M. Boigey.

Rapport des courbes respiratoires du cœur avec le synchronisme pneumo-cardiaque chez le chien. — M. de Somer.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1936)

Anthrax de l'avant-bras et hémocrinothérapie. — M. FILDERMAN présente un malade soumis à l'hémocrinothérapie pour un anthrax de l'avant-bras. Au troisième jour de traitement, l'anthrax est complètement détergé, vidé et le pourtour en est affaissé et décongestionné.

Extraits hépatiques et syphiligraphie. — M. GALLIOT insiste sur l'intérêt de l'opothérapie hépatique comme médication adjuvante dans le traitement de la syphilis. L'auteur qui, depuis une quinzaine d'années, l'utilise au cours des traitements arsenicaux et bismuthés, a constaté qu'on pouvait ainsi diminuer considérablement les phénomènes d'intoxication et d'intolérance qui surviennent au cours de cette thérapeutique. La médication hépatique paraît, outre son pouvoir antitoxique, avoir une action stimulante sur le foie et permettre ainsi une action plus rapide et plus énergique de l'arséno-benzène et du bismuth.

Insuffisance cardiaque et vagotonie. — M. A. PRUCHE, en utilisant son cardio-dynamomètre présenté au cours d'une séance antérieure, a recherché la valeur fonctionnelle du cœur d'un grand nombre de sujets vagotoniques ou hyposympathicotoniques à rythme sinusal particulièrement lent. Il montre qu'à côté de l'insuffisance de contraction qui caractérise l'hyposystolie classique, il existe aussi une hyposystolie par insuffisance de fréquence, dans laquelle le myocarde ne parvient pas à compenser par une énergie systolique cependant accrue et à la longue épuisante, la rareté de ses contractions : le débit ventriculaire à la minute demeure insuffisant. Cet état s'accompagne de dyspnée d'effort ou d'algies thoraciques à caractère constrictif et angoissant, parfois discrètes au début. Ces algies, en l'absence de tout contexte pathologique, avec bruits du cœur bien frappés, énergiques, sont souvent considérées, bien à tort, comme « nerveuses » ; elles sont en réalité le signal d'alarme du ventricule soit droit, soit gauche. L'auteur insiste sur la nécessité d'interdire complètement les sports à de tels sujets, même s'ils sont d'aspect vigoureux, ce sont des candidats à l'hypertrophie du cœur ou « cœur forcé ». Les digitaliques, qui allongent encore la pause diastolique, sont formellement contre-indiqués ; il faut, dans la mesure du possible, s'efforcer d'agir sur l'état neuro-végétatif : adrénaline, hydrothérapie fraîche, frictions alcoolisées quotidiennes, etc...

Des pseudo-colibacilloses urinaires. — M. GRIMBERG nous dit que le colibacille étant le plus souvent à l'origine du syndrome entéro-rénal d'Heitz-Boyer, on a tendance à l'incriminer toujours dans les cas de ce genre. L'erreur est d'autant plus facile à commettre que d'autres bacilles peuvent être facilement confondus avec lui, si l'on n'utilise pas l'ensemble des techniques qui permettent de l'identifier à coup sûr. Confirmant des recherches antérieures dues à d'autres auteurs, MM. Agasse-Lafont, Mutermilch et A. Grimberg ont apporté une intéressante contribution à ces recherches, en étudiant 150 cas étiquetés colibacillose urinaire, et parmi lesquels ils ont décelé un cas dû en réalité au bacille de Friedlander, et trois cas dus au pyocyanique. L'existence d'un grand nombre de variétés de colibacilles — et en outre celle de pseudo-colibacilloses urinaires — explique et justifie l'utilisation et le succès des auto-vaccins.

(SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1936)

Adénite cervicale suppurée. — M. A. GRIMBERG présente un malade guéri par son extrait bacillaire colloïdal, et chez lequel on ne peut constater aucune trace de la cicatrice.

Les trois étapes dans le diagnostic et le traitement des états anémiques. — M. A. BÉCART estime qu'en présence de tout état anémique, le praticien a trois questions à résoudre : 1° Existe-t-il ou non une lésion grave, voire irrémédiable des organes hémopoiétiques ? 2° A quel syndrome hématologique a-t-on affaire ? 3° Quelle est la cause de cet état anémique ? La première réponse sera donnée par l'étude cytologique du sang et de la moelle osseuse qui permet la classification en état myélopathique ou hémopathique ; le premier indiquant une lésion grave des organes hémopoiétiques (Biermer ou anémie aplastique), le second, une simple suractivité de la moelle osseuse. Faire la différence entre ces deux états est capital, puisqu'il s'agit du pronostic « quoad vitam ». La deuxième étape consiste, de par l'étude de la taille des globules rouges et de la valeur globulaire, à classer les états anémiques en deux grands syndromes : hyperchrome (et macrocytique) et hypochrome (et microcytique). Grosso modo, on peut dire que les premiers relèvent plus spécialement de ce que l'auteur appelle l'hormonothérapie antianémique (méthodes de Whipple, Castle, Fontès et Thivelle), les seconds de la thérapeutique martiale, l'auteur donnant la préférence au fer réduit à hautes doses, la transfusion restant la thérapeutique d'urgence et de mise en route de ces différents traitements.

La troisième étape est l'étape étiologique, dont l'aboutissant est la recherche de la cause, par l'examen clinique complet du malade. Y a-t-il une hémorragie récente, une maladie organique quelconque ? L'auteur insiste sur l'examen des différents appareils, en particulier, sur l'étude complète du tube digestif, les cancers latents étant à la base de bon nombre d'états anémiques graves, étiquetés souvent Biermer, anémie pernicieuse ou cryptogénétique. Y a-t-il une cause toxique ? et enfin, existe-t-il une cause infectieuse ou aiguë ou chronique ?... Celle-ci est très fréquente. L'auteur souligne l'importance des infections dentaires et intestinales. Tels sont les différents interrogatifs cliniques que le praticien aura à épuiser.

Projet d'organisation sociale de la rééducation en France. — M. G. DE PARREL, se fondant sur l'expérience réalisée par l'Œuvre de la Réadaptation de l'Enfant dans ses 10 centres sociaux de la région parisienne, présente un projet d'extension de cette organisation à toute la France. Ce projet permettrait de réadapter environ 50.000 enfants déficients de toutes catégories, en créant 175 centres de rééducation, soit un centre pour 200.000 habitants. Les difficultés ne sont pas insurmontables si l'on procède par étapes. Les dépenses d'aujourd'hui se traduiront demain par des allégements très sensibles des charges d'assistance de l'Etat et des collectivités. Ainsi des vingtaines de milliers d'enfants pourraient être sauvés du silence, de l'incapacité, de la misère et souvent du vice. Il ne faut pas oublier que le pourcentage des sujets entravés dans leur développement ou leur instruction par un déficit quelconque (sensoriel, moteur, psychique) peut être estimé à 20 p. 100 de l'effectif total des enfants de 2 à 16 ans. Le problème de leur revalorisation mérite d'être étudié sur le plan national et conduit jusqu'à une solution pratique et efficace.

Gastrectomie pour l'ulcère de l'estomac. — M. LE GAC présente un film montrant la technique qu'il emploie dans la gastrectomie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Psychiatrie, Médecine et Sociologie, par le Dr Henry DAMAYE. In-8 de 214 pages. Chez Félix Alcan 1936. Prix : 12 francs.

La vie surhumaine de S. Hahnemann, fondateur de l'homœopathie, par Roger LARNAUDIE, avec une préface du docteur FORTIER-BERNOVILLE. In-8° carré de 278 pages. Aux éditions du Parthénon, 15 et 17, boulevard Saint-Michel, à Paris (5e). 1935.

CHRONIQUE

LA TUBERCULOSE AU TEMPS DE LAENNEC ET AUJOURD'HUI

par M. le docteur BOURDINIÈRE (1),
professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes

« Avant Laënnec, la tuberculose pulmonaire au point de vue clinique n'était que néant et confusion. Cependant quelques esprits éclairés appliquaient à son diagnostic la méthode d'Avenbrugger, c'est-à-dire la percussion. Laënnec, en quelques années, grâce à des connaissances d'anatomie pathologique très étendues, grâce à ce qu'il appelait « l'étude de la médecine par l'ouverture des corps », grâce surtout à son esprit d'observation, crée par son génie toute l'auscultation de l'appareil respiratoire, la succion hippocratique exceptée. Il découvre les divers types de respiration, tous les souffles, tous les râles. Il voit tout, entend tout, comprend tout. Il relate ses découvertes établies sur des bases irréfutables dans ce livre immortel que constitue le « *Traité de l'auscultation médiate* » et il le fait avec une clarté lumineuse, dans un style remarquable que possèdent seuls les hommes de haute culture classique comme Laënnec et qui se rencontrent si rarement de nos jours.

Qu'est la tuberculose pulmonaire aujourd'hui au point de vue clinique ? Nous sommes tenté de répondre : elle est aujourd'hui ce qu'elle était au temps de Laënnec. Il en a en effet, décrit de façon précise et complète tous les signes et presque tous ceux qui ont voulu ajouter ou changer quelque chose à sa description ont surtout commis des erreurs. Que reste-t-il de tous ces schémas que l'on nous donnait comme moyens cliniques pour découvrir une tuberculose pulmonaire au début ? Que reste-t-il de la division de l'évolution en trois périodes ? A peu près rien. Comment expliquer ces erreurs ? C'est parce qu'on s'est écarté de la vraie méthode scientifique, et que possédait à un si haut degré Laënnec, la méthode d'observation, la méthode hippocratique.

On a pu croire un moment que l'apparition de la radioscopie et de la radiographie allait supplanter l'auscultation. Il n'en paraît rien jusqu'ici. »

Ici, M. Bourdinière montre que si la vue fournit des renseignements que l'ouïe ne peut donner, l'inverse n'est pas moins vrai et que ces deux méthodes doivent être non opposées, mais associées l'une à l'autre.

« La puissance du génie de Laënnec, lui faisant découvrir les signes cliniques de la phtisie fournis par l'auscultation, devait le conduire à rechercher les causes occasionnelles d'une affection déjà si répandue de son temps. Il a étudié avec soin la fréquence de la tuberculose suivant les pays et suivant l'âge. Il met en évidence l'influence du froid et s'attache au rôle de la contagion et de l'hérédité, celle-ci plus importante que celle-là, sans qu'on puisse se prononcer d'une manière absolue en faveur de l'une ou de l'autre. »

Les choses n'ont pas beaucoup changé depuis son temps, observe judicieusement l'auteur, qui continue.

« Certes Laënnec n'a pu soupçonner la cause déterminante de la tuberculose, c'est-à-dire le bacille tuberculeux. Il a fallu un autre savant de génie, aussi puissant que Laënnec, pour éclairer la voie : Pasteur. Laënnec et Pasteur, quelle ressemblance dans le génie et dans la méthode !

Certes, les progrès dans le déterminisme de la tuberculose ont été immenses : découverte de la transmission du germe tuberculeux par Villemin, découverte du bacille par Koch et dans notre ère toute moderne, découverte de la primo-infection tuberculeuse, de la tuberculose de réinoculation, peut-être de l'ultra-virus tuberculeux. Ces notions nouvelles n'ont pu être acquises que grâce à des moyens que ne pouvait utiliser Laënnec : la bactériologie, la radioscopie, la cuti-réaction.

Pour les mêmes raisons, les voies de pénétration du germe tuberculeux dans l'organisme, ses modes de propagation ont échappé à son esprit observateur. Nous sommes actuellement beaucoup mieux informés, bien que certaines notions nouvelles aient des bases encore fragiles.

Au point de vue de la thérapeutique de la phtisie au temps de Laënnec, on ne saurait mieux être renseigné que par lui-même qui a écrit un chapitre intitulé : « *Traitement de la phtisie pulmonaire* ».

Il démontre que la guérison de la phtisie peut se faire sous l'influence des seules forces de la nature. Il passe en revue toutes les médications vantées contre la tuberculose. Il s'élève contre l'abus de la saignée et des vésicatoires et conclut que « si la guérison de la phtisie est possible pour la nature, elle ne l'est point encore pour la médecine ». Et il passe à l'étude du traitement palliatif des symptômes de la phtisie, de la toux, de la dyspnée et surtout de la diarrhée des tuberculeux.

Qui pourrait nier que ces remarques faites il y a plus d'un siècle sur le traitement de la tuberculose sont encore vraies aujourd'hui ? Trop vraies, hélas. Si les résultats thérapeutiques de la collapsothérapie sont restés ignorés de lui, il convient de rappeler qu'il a étudié l'influence de l'air marin sur la guérison de la tuberculose dans la région de Bretagne, et insisté sur les effets favorables du changement de lieu. Il fut un partisan de la cure marine en climat doux pour le traitement de la tuberculose et en particulier du climat sud de Bretagne.

Certes cette opinion n'est pas admise par tous les médecins et même ne le fut pas de son temps. Avouons-le franchement. La plupart des médecins et chirurgiens sont persuadés que non seulement l'air marin, mais le climat de Bretagne et de tout l'Ouest de la France sont contre-indiqués. »

M. Bourdinière discute cette opinion. Que reproche-t-on à ce climat ? L'influence fâcheuse de l'air marin, de l'intensité du vent, l'humidité de l'atmosphère ?

En réalité, observe-t-il, l'action de l'air chargé d'iode ne semble pas particulièrement nuisible aux tuberculeux, puisque leur nombre n'est pas plus élevé parmi les populations maritimes. Laennec a vu dans cette région s'améliorer, sinon guérir, trois tuberculeux sur les six qui eurent recours à ses soins. Lui-même vit son état s'améliorer, après un séjour de deux ans à Ploaré. Le vent a-t-il un rôle si néfaste chez les malades lorsqu'ils sont mis quelque peu à l'abri ? A vrai dire on voit des poussées tuberculeuses apparaître à toutes les périodes de l'année. L'air, vif, sec, amicrobien, a-t-il des vertus si puissantes, si supérieures à l'air humide sur la guérison de la tuberculose ? Les médecins directeurs des sanatoriums bretons, les praticiens bretons pourraient sans doute à cet égard nous apporter le résultat de leurs observations. Notre expérience personnelle nous montre que par la cure hygiénodiététique organisée dans un hôpital suburbain, associée ou non à la collapsothérapie, on observe des augmentations importantes de poids avec améliorations certaines, des stabilisations définitives, des nettoyages radologiques, quelquefois des cicatrisations de cavernes. En un mot les résultats paraissent comparables en tous points à ceux obtenus dans les sanatoriums de montagne ou de plaine. Nous constatons que des malades séjournant alternativement en Bretagne et en altitude y ressentent les mêmes améliorations et aussi les mêmes aggravations.

« Les départements bretons et de l'Ouest ont eu raison de créer des sanatoria. Les sanatorias marins de Roscoff, de Kerpape, de Trestel peuvent rivaliser par leurs résultats avec ceux de la mer du Nord et de la Méditerranée. Le Finistère avec le sanatorium de Guervenan, les Côtes-du-Nord avec les sanatoria de Bodiffe, la Mayenne avec le sa-

(1) M. le professeur Bourdinière, de Rennes, a fait récemment, à Tréboul, devant les membres de l'Assemblée française de Médecine générale, aux Assises du Souvenir organisées en l'honneur de Laënnec à Ploaré, sous la présidence du professeur Sergent, une communication dont il veut bien nous autoriser à donner les grandes lignes. Cette conférence est d'une actualité particulière au moment où il est question d'élever à Laënnec une statue à Paris. N. D. L. R.

natorium de Clavières, la Sarthe avec le sanatorium de Parigne-l'Evêque, le Calvados avec le sanatorium de Saint-Sever, rendent à leurs tuberculeux pulmonaires des services considérables, avec un minimum de frais matériels et d'inconvénients d'ordre moral.

Ce simple aperçu sur le traitement de la tuberculose, déclare en manière de conclusion M. Bourdinière, montre la fragilité des hypothèses en médecine et des affirmations insuffisamment fondées. La vérité est beaucoup plus difficile à connaître. Elle exige des observations très nombreuses interprétées avec bon sens. Ce fut la méthode que suivit Laënnec, la méthode hippocratique qui permit la découverte de l'auscultation.

C'est parce qu'il n'a pas suivi cette méthode que Broussais a commis tant d'erreurs et fait errer tant de générations. Aujourd'hui, tous reconnaissent le mérite de Laënnec, applaudissent à sa gloire et proclament le triomphe de sa méthode, seule inspiratrice de tout progrès en phtisiologie, hier comme aujourd'hui et comme demain, si bien exprimée par lui en ces mots : « *Ars medica tota in observationibus.* »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 19 *janvier.* — Jury : MM. Bezançon, président ; Laubry, Huguenin, Mouquin. — M. Soulignac. Asthme et sympathicotomie. — M. Thirard. Cavernes superficielles et traitement par le pneumothorax. — M. Herty. Le rôle du vague dans les complications pulmonaires.

Jury : MM. Sergent, président ; Tanon, Hazard, Joannon. — M. Scheffler. Valeur pronostique des nettoyages radiologiques chez les tuberculeux pulmonaires. — M. Batiot. Les famines et disettes dans l'histoire de la France. — M. Hirsch. Examen radiologique de la vésicule et des voies biliaires. — Mlle Le Bacon. Géographie médicale de la Bretagne. — M. Schmitt. Etude des accidents dans l'industrie de l'aniline et de ses dérivés.

Mercredi 20 *janvier.* — Jury : MM. Couvelaire, président ; Robert Debré, Loeper, Lacomme. — M. Godonèche. La mort in-utero d'un des fœtus dans la grossesse gémellaire. — Mlle Lemaire. Instabilité organique chez les jeunes enfants tuberculisés. — M. Fouilloy. Tableaux abdominaux au cours des affections thoraciques chez l'adulte. — M. Levokowicz. Etude du cancer du pylore à forme ascitique. — M. Guy Ricaux. Action thérapeutique de l'association créosote-camphre par voie rectale. — Mlle Tsiricas. Etude du traitement radiothérapique du zona.

Jeudi 21 *janvier.* — Jury : MM. Nobécourt, président ; Gougerot, Guillain, Gastinel. — M. Vial. Résultats éloignés de la malariathérapie dans la paralysie générale. — M. Demange. Etude de la lipodystrophie dite progressive. — M. Sydney Dmku. Les méningiomes en plaques entre l'étage supérieur et moyen. — M. Deroide. Etude clinique des encéphalites de la coqueluche. — M. Lemoine. Les néphrites aiguës hématuriques chez les enfants.

Jeudi 21 *janvier.* (Thèse vétérinaire.) — Jury : MM. Tanon, président ; Lesbouyries, Létard. — M. Ranouil. Tendances actuelles de l'élevage ovin au Maroc.

Samedi 23 *janvier.* — Jury : MM. Brindeau, président ; Rouvière, Terrien, Vaudescal. — M. Fernandez Gonzalez. Etude des hémorragies rétroplacentaires. — M. Sauvain. L'espace ponto-rétro-cérébelleux. — M. Desvignes. Syndrome de compression du nerf optique intracranien.

Jury. — MM. Carnot, président ; Rathery, Maurice Villaret, Justin Besançon. — M. Saidi Ali. Fièvre isolée chronique d'origine dentaire. — M. Klotz. La polynévrite alcoolique.

CALENDRIER DES CONGRES
ET DES MANIFESTATIONS MÉDICALES

Voici quelques indications nouvelles destinées à compléter notre Calendrier des Congrès, publié dans le N° 1 de **1937.**

1937

27 janvier. — Paris. Académie de chirurgie. Séance annuelle. (A la Faculté de Médecine.)

— Eloge de Proust, par M. Louis Bazy.

7-9 février. — Nice, Cannes. IIe C. de l'Association pour l'étude des radiations solaires, terrestres et cosmiques. — Secr. gén., 24, rue Verdi, Nice.

7 mars. — Paris (Hôtel-Dieu). Assemblée française de médecine générale : la Natalité (étude régionale). — Prés. : M. Siredey.

25 mars-6 avril. — Alger. VIIIe C. int. de haute culture médicale. — L. W. Tomarkin, Institut Alfred Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e).

Mai. — Genève. Xe C. des Sociétés d'oto-neuro-ophtalmologie. Secr. gén. : docteur Tournay, 58, rue de Vaugirard, à Paris.

7-9 mai. — Lille. IXe session des Journées médicales de la Faculté libre de médecine de Lille.

9 mai. — Paris (Hôtel-Dieu). Assemblée française de médecine générale : la fièvre typhoïde (répartition, prophylaxie, traitement actuel). — Prés. : prof. H. Vincent, membre de l'Institut.

10-16 mai. — Rome. Ier C. de la Soc. int. d'anthropologie et psychologie criminelle. — Secr. gén. : prof. Benigno di Tullio, 52, via Giulia, Rome.

15-18 mai. — Bruxelles. C. de la Société européenne d'orthodontie. — Secr. gén. : M. G. F. Cale-Mathews, 95 New-Hall Str., Birmingham, Angleterre.

17 mai. — Athènes. Centenaire de l'Université d'Athènes.

17-22 mai. — Nancy. XLIe C. des médecins aliénistes et neurologistes de France et de langue française. — Secr. gén. : docteur Hamel, Maréville, près Nancy.

17-23 mai. — Paris. Congrès du lait. — Prés. : prof. Moussu.

21-23 mai. — Cluj (Roumanie). IIe C. roumain de radiologie et d'électrologie médicale. — Secr. gén. : M. Hanganut, Calea Motilor 7/a. Cluj.

24-27 mai. — Paris. XXIe C. de médecine légale de langue française. (Congrès international.) — Secr. gén. : docteur Piédelièvre.

Début de juillet. — Paris. C. de la Société française d'ophtalmologie. — Secr. gén. : docteur Onfray.

1er-4 juillet. — Paris. C. int. des colonies de vacances et des œuvres de plein air. — Secr. gén. : docteur Dequidt.

1er-4 juillet. — Paris. 1er Congrès intern. Néo-Hippocratisme. — Prés. : prof. Laignel-Lavastine. — Secr. gén. : docteur Martiny.

1er-4 juillet. — Paris. C. int. de la médecine homœopathique. — Secr. gén. : docteur Vannier.

4 juillet. — Paris. Réunion int. de météorologie médicale.

8-11 juillet. — Paris. XIIe session Association professionnelle internationale des médecins. — Secr. gén. : docteur Decourt, 20, avenue Rapp, Paris (7e).

8-14 juillet. — Paris. XVIe réunion neurologique internationale annuelle. — Secr. gén. : docteur Crouzon.

11-13 juillet. — Paris. C. des travaux d'hygiène publique. — Secr. gén. : M. Justin Godart.

19-23 juillet. — Paris. XIe C. int. de psychologie. — Secr. gén. : Laboratoire de psychologie de la Sorbonne, Paris (5e).

19-23 juillet. — Paris. C. int. d'hygiène mentale. — Secr. gén. : docteur Toulouse.

22-25 juillet. — Paris. C. int. de la protection de l'enfance. — Secr. gén. : M. Leredu.

24-28 juillet. — Paris. C. de neuro-psychiatrie infantile. — Secr. gén. : docteur Heuyer.

25-31 juillet. — Paris. C. int. de psychologie.

Juillet. — Paris. Académie de chirurgie. Séance en l'honneur de la Société royale de Londres. A l'ordre du jour : *Les Infarctus viscéraux.*

2 août. — Paris. C. int. des sourds-muets. — Secr. gén. : M. Maréchal.

Septembre. — Paris. IIe C. int. de la transfusion sanguine. — Renseignements : Centre de transfusion, hôp. Saint-Antoine, Paris.

2-5 sept. — Paris. Quinzaine des congrès coloniaux. (Il y a une Section de médecine.)

13-17 septembre. — Chicago (Illinois. U.S.A.). Ve C. int. de radiologie. Secr. gén. : M. Benjamin, H. Orndoff. M. D. 2561 North Clark Street, Chicago (U. S. A.).

27-30 septembre. — Rome. C. int. de pédiâtrie. — Secr. gén. : prof. Vitelti, Institut de clinique pédiâtrique à Rome.

7-10 octobre. — Paris. C. scientifique d'alimentation. — Secr. gén. : docteur Gauducheau.

17 octobre. — Paris. IVe Congrès français annuel de la Société de broncho-œsophagoscopie. — Secr. gén. : M. Soulas, 14, rue de Magdebourg, Paris.

Octobre. — Paris. C. de documentation photographique et cinématographique dans les sciences. — Secr. gén. : docteur Claoué, 39, rue Scheffer, Paris.

25-28 novembre. — Paris. XIVes Journées dentaires. — Secr. gén. : M. Sudaka, 143, avenue Emile-Zola, Paris.

1er décembre. — Le Caire. C. int. d'ophtalmologie. — Secr. gén. : M. Van Duyse, 13, place Van Artevelde, Gand (Belgique).

Décembre. — Le Caire. Assemblée de l'Association internationale de prophylaxie de la cécité. — Renseignem. : Association de prophylaxie contre la cécité, 66, boulevard Saint-Michel, Paris.

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR

Erratum. — *Dans les questions à l'ordre du jour publiées dans le nº 1 de 1937, une erreur de mise en pages, dont nous nous excusons, a bouleversé quelques lignes. Nous les rectifions ci-dessous.*

Congrès français d'orthopédie. 1937. — Les transplantations tendineuses dans le traitement des pieds-bots (poliomyélite).

— La coxalgie double.

1938. — Les cyphoses douloureuses par dystrophie rachidienne.

Congrès français d'urologie. 1937. — Traitement chirurgical des néphropathies médicales.

1938. — Indications et résultats de la résection endoscopique de la prostate.

Congrès international de clinique orthopédique et de traumatologie. 1939. — Berlin.

— Résultats du traitement sanglant et non sanglant des luxations congénitales.

— Traitement des fractures du col du fémur.

L'Annuaire Mondial de Médecine. — Bourse de Commerce, Paris.

L'*Annuaire Mondial de Médecine* vient de paraître. Cet ouvrage qui contient par ordre alphabétique toutes les spécialités pharmaceutiques reconnues par la Faculté de médecine, est un guide facile à consulter que l'on doit posséder.

Traduit en huit langues, son extension est considérable.

LIVRES NOUVEAUX

Figures Lauragaises, par A.-B. MARFAN. — Nouvelle édition revue et augmentée. Paris, 1937, in-18 de 310 pages. Librairie académique Perrin. Prix : 15 francs.

Comme jadis Bardoux, le prof. Marfan « ne manque pas de se retirer dans le passé » chaque fois que l'occasion lui en est fournie. Ce sont aujourd'hui quelques figures lauragaises qu'il évoque : saint Pierre de Nolasque, créateur de l'Ordre de Notre Dame de la Merci, pour la rédemption des captifs, « gardien et procurateur des aumônes pour les esclaves » ; Martin Dauch, qui, seul, refusa, au péril de sa vie, de prêter le serment du Jeu de Paume, estimant qu'« il ne pouvait jurer d'exécuter des délibérations qui n'étaient pas sanctionnées par le roi », et qui, sur le registre, fit suivre sa signature du mot *Opposant ;* Sophie de Soubiran, fondatrice de l'Ordre des Sœurs de Marie Auxiliatrice, et qui, à travers d'extraordinaires vicissitudes, fit tant de bien autour d'elle que l'Eglise a commencé à instruire son procès de béatification ; le général Laperrine, qui a donné à la France des territoires aussi vastes que ceux qu'avait conquis Alexandre, et dont l'œuvre égale celle des plus grands chefs coloniaux.

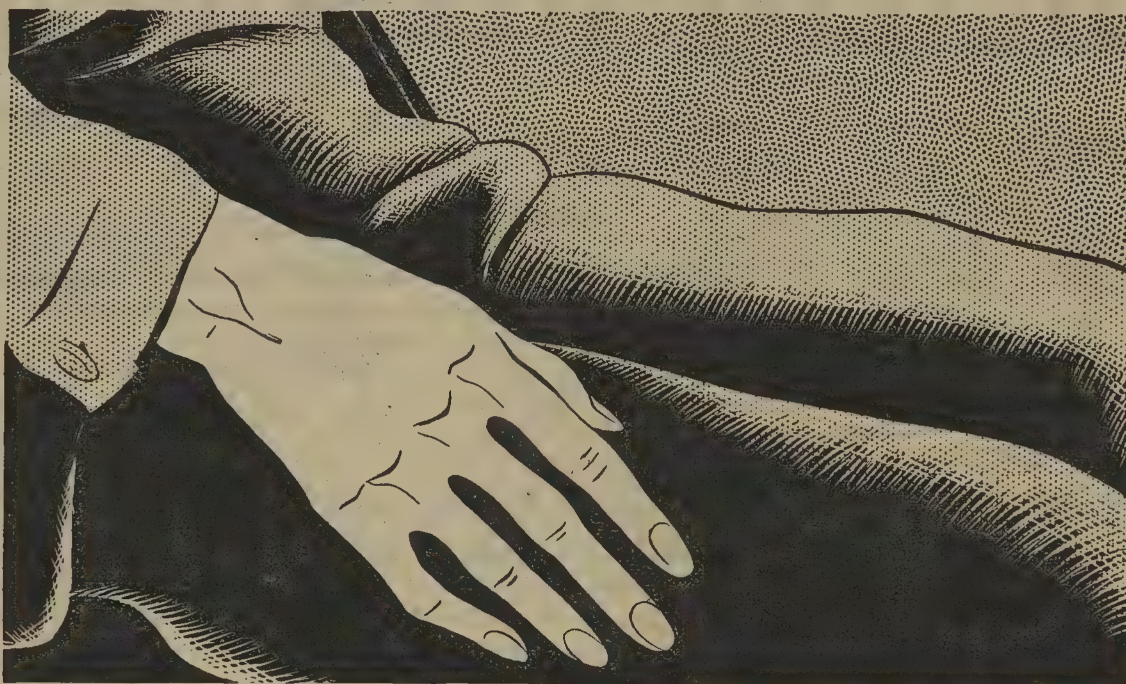
Dans ces pages passionnantes, M. le prof. Marfan fait preuve, une fois de plus, des qualités d'exposition que ses lecteurs habituels se plaisent à lui reconnaître. Il s'y révèle, de plus, un historien de race. De l'historien, il a la clarté, l'érudition, la vigueur. Il a l'impartialité, celui qui se consacre à la vérité devant parler sans affection et sans haine (1). Aussi ne ménage-t-il ses critiques ni à certains prêtres, « fanatiques, autoritaires, ambitieux, peu scrupuleux sur le choix des moyens » (p. 17), ni aux émigrés, dont « les uns étaient légers, d'autres chimériques, quelques-uns un peu sots » (p. 113) ; aussi loue-t-il le Comte de Chambord « d'avoir tourné le dos à la coterie mondaine des conservateurs parisiens et à ses basses intrigues » (p. 293) ; aussi ne peut-il retenir son indignation en pensant aux obstacles que la stupidité bureaucratique a semés sur la route du général Laperrine (p. 255). Il a, enfin, le courage. Il n'est pas de ceux qui se ruent à la servitude (2). « Fait singulier, cette vérité (que la plupart des hommes n'aiment pas leurs semblables) ne plaît pas aux maîtres du jour, qui se disent réalistes. Par une étrange contradiction, ils croient, comme Jean-Jacques Rousseau, à la bonté native de l'homme. Pour résoudre l'antagonisme de leurs idées, ils ont imaginé de remplacer non seulement la charité, mais aussi la philanthropie et l'altruisme, par la « solidarité », dont ils veulent faire toute une doctrine. » Félicitons le prof. Marfan de rester fidèle, lui, aux convictions de toute une vie, de ne pas sacrifier aux idoles et, à l'instar de Maurice Barrès, de « vouloir exprimer et défendre ce qui est vivant dans *sa* conscience ». Rendons-lui grâce d'avoir fait revivre ces personnages originaires d'un pays qu'il connaît, qu'il honore, et qui, « sous leur apparente diversité, ont tous, pourtant, un caractère commun : la constance et la fermeté dans la poursuite d'un idéal ».

L. BABONNEIX.

(1) TACITE, *Histoires*, Livre I, 2.
(2) ID. *Annales*, Livre I, 7.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris, — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.



N° 6. — MERCREDI 20 JANVIER 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat en médecine de* 1936-1937. — Epreuves orales. Séance du 14 janvier 1937 :

Notes attribuées : MM. Roulland, 20 ; Hauser, 14 ; Cornet, 27 ; Laumonnier, 22 ; Albahary, 20 ; Gougerot, 23,50 ; Vakili, 22.

Questions données : Symptômes et diagnostic des accidents sériques sans la pathogénie. — Symptômes et diagnostic des calculs du cholédoque.

— Epreuves orales. Séance du 15 janvier 1937 :

Notes attribuées : MM. Butzbach, 20 ; Rametti, 16 ; Soudier, 17 ; Fréret, 21 ; Klein, 14 ; Maignan, 22,50 ; Mlle de Larminat, 20 ; MM. Le Brigand, 19 ; Moulle, 21.

Questions données : Signes et diagnostic de la maladie d'Addison. Signes et diagnostic de la rupture de la grossesse extra-utérine dans les trois premiers mois.

L'Hôpital Marmottan. — Sous la conduite de M. Mourier, directeur général de l'Assistance publique, la 5e commission du Conseil municipal et le Conseil de surveillance de l'Assistance publique viennent de visiter le poste de secours édifié rue d'Armaillé, dans le 17e arrondissement, grâce aux libéralités de M. Marmottan.

Ce poste de secours, à la façade en briques rouges, est destiné à servir d'hôpital d'urgence en remplacement de son voisin, le vieil hôpital Beaujon. Ses 47 lits recevront les accidentés de la rue ou des malades d'urgence. Ces blessés ou opérés pourront être hospitalisés pendant quelques jours avant leur transport à l'hôpital Beaujon de Clichy. L'installation chirurgicale est très complète. La particularité de cet hôpital est d'avoir des chirurgiens résidant dans l'établissement.

Faculté de médecine de Paris. — M. Polonowski, professeur de chimie organique et biologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille (1re classe), est transféré à compter du 1er janvier 1937 dans la chaire de chimie médicale à la Faculté de médecins de l'Université de Paris (dernier titulaire : M. Desgrez.)

Faculté de médecine de Nancy. — MM. Merklen et Florentin, agrégés, sont pérennisés dans leurs fonctions.

Ecole de médecine de Limoges. — M. de Léobardy, professeur de pathologie médicale et de médecine expérimentale, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. le professeur Bourguignon, retraité. M. Lory, professeur suppléant, est nommé professeur de pathologie médicale et de médecine expérimentale.

Académie des sciences. — Bureau pour 1937 : le professeur Emmanuel Leclainche, président (en remplacement de M. Jean Perrin, sous-secrétaire d'Etat) ; M. Aimé Cotton, professeur de physique, vice-président.

Académie de chirurgie. — La séance annuelle aura lieu le mercredi 27 janvier 1937 à 16 heures, dans la *salle du conseil de la Faculté de médecine.*

Ordre du jour : Discours de M. Henri ROUVILLOIS, président. Proclamation des prix décernés et remise de la médaille Lannelongue à M. Albin LAMBOTTE (d'Anvers). Compte rendu des travaux de l'année 1936, par M. André MARTIN, secrétaire annuel. *Eloge de Robert Proust*, par M. Louis BAZY, secrétaire général.

Société médicale des hôpitaux. — Bureau pour 1937 : MM. Milian, président ; Guillain, vice-président ; Cl. Gautier, secrétaire général ; Debré, trésorier ; Mollaret et Cachera, secrétaires annuels

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. — *Chevalier :* « M. le docteur Cheynet, médecin assistant à la Maternité de la Pitié, à Paris ; 22 ans de services militaires, de pratique professionnelle particulièrement dévouée et de collaboration remarquée aux organismes hospitaliers. Victime de son dévouement, a été atteint d'une grave septicémie contractée à la suite d'une intervention chirurgicale pratiquée au péril de sa vie. Titres exceptionnels. »

Distinction honorifique. — Est nommé chevalier du Mérite maritime pour acte de dévouement et de courage M. le docteur Herthebaut, médecin du paquebot *Koutoubia.*

Ministère de la Santé publique. — *Asiles publics d'aliénés.* — M. le docteur Beaujard (Maurice), reçu au concours du médicat des asiles du 27 avril 1936, a été affecté, en qualité de médecin chef de service, à l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), en remplacement de Mlle le docteur Derombles.

M. le docteur Hedouin (André), reçu au concours du médicat des asiles du 27 avril 1936, a été affecté, en qualité de médecin chef de service, à l'asile public d'aliénés de Lorquin (Moselle), en remplacement de M. le docteur Duchêne.

— Le *Journal officiel* du 10 janvier 1937 publie deux circulaires du ministre.

La première est relative à *la lutte contre la diffusion des maladies vénériennes par la prostitution libre ou réglementée.* Cette circulaire anticipe sur le projet de loi déposé par le gouvernement et annonce des sanctions administratives en attendant les sanctions pénales prévues dans le projet de loi.

Une deuxième circulaire est relative à *la prophylaxie de l'influenza.*

Ministère des Pensions. — Le docteur Sureau, secrétaire général de la Commission spéciale de classement des médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires (loi du 12 août 1933), nous communique la vacance du poste suivant : médecin de la maison d'arrêt de Mâcon.

Guerre. — M. le médecin général Camouze est placé dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire des troupes coloniales.

Assemblée générale de la Société de médecine de Paris. — Au cours de son assemblée générale, la Société a voté à l'unanimité la motion suivante relative à la publicité médicale.

« La Société de Médecine de Paris, réunie en assemblée « générale le vendredi 11 décembre 1936, prie ses mem- « bres :

« 1° De s'abstenir désormais de toute réclame franche « ou déguisée auprès du grand public (Presse, T. S. F., Ci- « néma, Prospectus, Affiches, Conférences publicitaires, « etc...) ;

« 2° De ne plus accorder leur collaboration à des jour- « naux ou revues ne s'adressant pas exclusivement au corps « médical. Sont exclus de ce vœu, les chroniqueurs médi- « caux habituels des grands journaux d'information, ou de « certains hebdomadaires. Le Conseil d'administration re- « commande toutefois à ces chroniqueurs, membres de la « Société de médecine de Paris, de s'en tenir dans leurs ru- « briques à des notes élémentaires, non tendancieuses, « d'hygiène générale ou sociale, plutôt que thérapeuti- « que. »

La séance s'est terminée par les élections. Le Bureau pour 1937 est composé comme suit :

Président : M. Hartenberg.

Vice-présidents : MM. Dupuy de Frenelle, C. Rœderer et Georges Luys.

Secrétaire général : M. A. Bécart.

Secrétaire général adjoint : M. G. Luquet.

Secrétaires des séances : MM. Debidour, Glénard, Séjournet et A. Tardieu.

Trésorier : M. Tison.

Trésorier adjoint : M. Judet.

Archiviste : M. E. Debrigode.

Conseil d'Administration : MM. Delort, Galliot, M. Joly, Guy Laroche, Lhermitte, Peugniez, P. Prost.

Société d'anthropologie de Paris. — *Conférence Broca.* — M. P. LESTER, sous-directeur de laboratoire du Muséum, fera le jeudi 21 janvier 1937, à 16 heures, au Musée Dupuytren, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, une conférence sur *le Peuplement primitif de l'Afrique* (avec projections).

Nécrologie. — Le docteur André-Théodore Charbonnier, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Caen, membre du Conseil général de l'Association générale des médecins de France.

— Le docteur Gaston Hémery (d'Hazebrouck).

— Le docteur S. G. Polak (à Paris).

— Le docteur Henri Alliot, directeur du bureau d'hygiène de Fougères, décédé à Verberie.

— Le docteur Camille Audistère, ancien interne des hôpitaux de Paris (1899), décédé à Paris.

CHRONIQUE

UNE CONFÉRENCE DU PROFESSEUR HERNANDO, DE MADRID

Jeudi dernier, M. le professeur Th. HERNANDO, de la Faculté de médecine de Madrid, a fait une conférence à la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.

Accueilli dans l'amphithéâtre Hayem par M. le professeur Loeper entouré de ses élèves, le maître espagnol a fait une remarquable étude sur la *Porphyrie,* et ses manifestations digestives, cutanées et oculaires. L'orateur a été chaleureusement applaudi par un auditoire très nombreux et sympathique.

A côté du professeur Loeper, de ses collaborateurs et de ses collègues de Saint-Antoine, on remarquait plusieurs confrères espagnols, parmi lesquels le professeur Pi Suñer, le grand physiologiste de Barcelone ; M. Ortega, fils du professeur, et enfin notre cher et illustre confrère, le professeur Marañon récemment arrivé à Paris, où il a pu retrouver tous les siens et rassurer ses nombreux amis si inquiets sur son sort.

F. L. S.

QUELQUES NOTIONS ÉLÉMENTAIRES SUR LA PHYSIOPATHOLOGIE DES ANÉMIES ET LA SIGNIFICATION DES FORMES GLOBULAIRES

Par A.-C. GUILLAUME

Dans un processus anémique il y a, en réalité, deux phénomènes inverses : 1° une destruction globulaire ou processus anémiant véritable ; 2° une *réparation globulaire* ou processus régénérateur du sang. C'est la résultante de ces deux processus inverses, la différence algébrique de ces deux courants destructeur et réparateur, qui est exprimée par la *numération globulaire.*

Le nombre de globules rouges comptés dans le sang ne renseigne donc pas seulement sur l'existence d'un processus anémiant, mais indique tout aussi bien la déficience du processus physiologique réparateur.

On peut ainsi, idéalement, concevoir l'existence de trois types de modifications sanguines anémiques : 1° un type dans lequel la réparation physiologique sanguine est inférieure à la destruction sanguine normale, c'est l'*anémie par insuffisance formatrice du sang ;*

2° Un type d'anémie dans lequel le processus pathologique de destruction sanguine dépasse beaucoup les possibilités de réparation des appareils hémopoïétiques, c'est l'*anémie par destruction sanguine ;*

3° Un type d'altération sanguine dans lequel la réparation équilibre la destruction, le nombre des globules change peu, bien qu'il y ait, en réalité, un trouble des deux processus inverses destructeur et réparateur, c'est l'*anémie compensée.*

Si la numération globulaire ne permet pas d'apprécier exactement l'importance respective de chacun des deux processus inverses, destructeur et réparateur (du processus anémiant et du processus hématogène), il existe pourtant différents moyens d'obtenir des indications sur l'existence et l'importance de chacun de ces deux processus.

Par l'étude du métabolisme des substances entrant dans la composition des globules rouges ou blancs et provenant de leur destruction, on mesure le degré d'importance de l'élimination des produits ultimes formés dans la destruction de ces substances, et cette recherche permet de mesurer l'importance du processus de destruction sanguine. Etudiant les formes particulières de l'anémie, nous préciserons ces particularités métaboliques.

D'autre part, l'étude de la formule globulaire (éléments normaux ou anormaux) renseigne sur la nature et l'importance du processus réparateur.

Cliniquement, on peut dire que *la réparation globulaire donne plus de caractères particuliers à l'anémie que le processus destructeur initial.*

Le processus de réparation dans les anémies. — La réparation d'une anémie s'effectue par des processus différents suivant les variétés causales de l'anémie. Et cette réparation dépend d'*une transformation de la moelle osseuse diaphysaire, qui reprend son aspect rouge d'activité formatrice hématique.*

On trouve donc, dans la moelle osseuse des anémiques, *des cellules qui sont revenues aux phases d'activité formatrice des globules rouges,* et ces cellules passent en petit nombre dans le sang circulant où leur présence indique, cliniquement, les caractères de l'anémie.

Dans le cas le plus fréquent, la *régénération du sang se fait par le processus normal,* celui d'une nouvelle formation de globules rouges par transformation de cellules normales de la moelle osseuse (cellules qui se reproduisent par division) ; c'est la *régénération par normoblastes.* Dans ce cas, on trouve dans le sang circulant des *globules rouges de nouvelle formation et des normoblastes* caractérisés par leur aspect et leurs particularités de coloration.

Dans certains cas, *la régénération du sang se fait par un processus qui est anormal chez l'adulte,* par un processus caractéristique de la vie embryonnaire : *il y a retour de l'activité de la moelle osseuse vers une activité fœtale.* Ce processus est caractérisé par la présence, dans la moelle osseuse, et même dans le sang circulant, de cellules formatrices de grandes dimensions, les *mégaloblastes.* C'est la régénération sanguine par mégaloblastes *ou régénération sanguine plastique embryonnaire,* qui donne naissance à des globules rouges anormaux, à des globules de grandes dimensions, les mégalocytes.

Quand la moelle osseuse ne réagit pas ou réagit peu, on est en présence d'une *forme aplastique.*

Les globules rouges normaux issus des normoblastes, les *normocytes, sont la plupart peu chargés en hémoglobine,* et le taux de l'hémoglobine est, proportionnellement, inférieur au nombre des globules rouges ; il s'agit dans ce cas d'une *anémie hypochrome.*

Les globules rouges issus des mégaloblastes sont eux aussi anormaux ; ils sont *anormaux par leurs dimensions excessives et par leur trop grande quantité d'hémoglobine.* Ce sont les *mégalocytes hyperchromes,* caractéristiques d'une *anémie hyperchrome,* dans laquelle le taux de l'hémoglobine est proportionnellement supérieur au nombre des globules rouges.

Dans le sang des anémiques, on constate également d'autres modifications des globules rouges. D'abord l'*anisocytose* (globules de dimensions différentes), depuis des formes naines (microcytes), jusqu'à des formes géantes (macrocytes). D'une façon générale, on peut dire que *plus l'anémie est grave et plus l'anisocytose est intense et prononcée.* Dans les formes de régénération normoblastique (formes hypochromes), il est fréquent que les normoblastes abandonnent leur noyau alors qu'ils n'ont pas encore atteint leur grosseur normale, il y a alors prédominance de globules rouges de petites dimensions, c'est l'*anémie hypochrome microcytaire.* On a également attribué les formes microcytaires à une destruction des gros globules rouges qui se diviseraient sous cette forme.

L'*hypochromie* (défaut de coloration des globules) donne aux globules un aspect en anneau, par l'effet d'une coloration seulement périphérique.

La *polychromasie* ou *polychromatophilie* (aptitude à des colorations acides ou basiques différentes) indique le caractère jeune et la maturité insuffisante des globules, car leur maturation aboutit à l'affinité aux colorations acides (éosine).

La *poïkilocytose* (globules de forme irrégulière) indique également un processus anormal des globules présentant des formes de destruction, contrairement aux globules normaux qui sont régulièrement arrondis.

La *normoblastose* indique l'existence d'une réaction favorable à la réparation ; cette normoblastose est polychromatophile, puis évolue vers l'éosinophilie et fait apparaître des globules nucléés, des divisions nucléaires, et des noyaux en voie de destruction.

Les *plaquettes* sont généralement augmentées de nombre dans les anémies hypochromes et simples ; fortement diminuées de nombre dans les anémies pernicieuses.

Les aspects généraux des réactions globulaires dans les formes d'anémies. — Ces différentes formes de globules constatées dans le sang des anémiques, indiquent le désordre existant dans le sang comme conséquence des destructions sanguines et des phénomènes de régénération ; *ils traduisent la lutte de l'organisme dans l'anémie.* Ce sont ces formes que l'on constate dans les anémies hypochromes et simples. Dans les anémies pernicieuses, on constate également une anisocytose, mais orientée vers les formes géantes (mégalocytes). Toujours dans la pernicieuse, l'hyperchromie est surtout apparente dans les mégalocytes qui sont fortement colorés par l'hémoglobine et qui contrastent avec les macrocytes pâles des hypochromes. La Poïkilocytose n'a rien de particulier dans la pernicieuse. La Polychromatophilie est, dans la maladie de Biermer, très prononcée et fortement orientée vers les formes basiques. Les mégaloblastes, caractéristiques de la pernicieuse, sont d'aspect différent par suite des modifications qui s'effectuent dans les noyaux au cours de leur destruction.

Les leucocytes présentent également des modifications dans ces formes d'anémies. Dans les hypochromes, les leucocytes sont d'autant plus nombreux que la régénération sanguine est plus active. Dans les formes n'ayant pas tendance à la régénération il y a une leucopénie. Dans la pernicieuse il y a habituellement leucopénie avec lymphocytose. Après les hémorragies il existe une leucocytose, sauf dans les formes prolongées sans réaction de la moelle osseuse.

Rôle de la rate dans les anémies. — Un fait expérimental domine la physiologie de la rate.

Le sang afférent (artériel) contient un leucocyte pour 600 globules rouges, le sang veineux efférent contient 1 leucocyte pour 60 globules rouges. Il y a donc deux hypothèses capables d'expliquer ce phénomène : ou la rate détruit les globules rouges ou elle fabrique des leucocytes.

La rate ne joue pas un rôle important dans la formation du sang, d'après Pearce ; cependant, après splénectomie il se produit une anémie temporaire, rapidement compensée par une hyperplasie de la moelle osseuse et des tissus lymphoïdes.

La rate joue, au contraire, un rôle capital dans la destruction des érythrocytes et cette destruction des érythrocytes est, dans la pulpe splénique, à la fois extracellulaire et intracellulaire ; les débris de globules rouges que l'on trouve intra et extracellulaires en témoignent. Ces débris sont amenés au foie par la Veine Porte, et, là, sont transformés en Bilirubine (pigment biliaire des faeces). *La rate assure donc la démolition de l'hémoglobine et le fer de l'hémoglobine est conservé dans la pulpe splénique.*

Les constatations expérimentales de Brugsch l'ont conduit à conclure que la quantité de sang détruite par jour dans la rate est de 4 cmc. par kilog, soit six décigrammes d'hémoglobine.

Chez l'homme adulte, la quantité de sang ainsi détruite par jour est de 250 cmc. Ce qui nécessite une rénovation totale du sang en un mois environ.

L'extirpation de la rate étant suivie d'une élimination plus importante de fer par l'urine, on pense que la rate sert, dans l'organisme, d'organe réservoir du fer. Aussi *une alimentation pauvre en fer produit une anémie chez l'animal splénectomisé,* alors qu'elle ne modifie pas le sang d'un être ayant conservé sa rate. Toutefois, après l'extirpation de la rate, ce rôle de réservoir du fer et de destruction (pour régénération) des globules rouges, est assuré par d'autres organes (les appareils ou cellules réticulo-endothéliales), qui suppléent ainsi à la rate ; ce sont le foie, les ganglions lymphatiques et la moelle osseuse qui assurent cette fonction. Dans le foie, ce sont les cellules de Kupfer qui assurent cette fonction de remplacement de la rate, la prolifération de ces cellules aboutissant, d'après M. B. Schmidt et Lepehne, à la constitution, dans le foie, d'une sorte de tissu vicariant de la rate. On trouve, dans ces cellules, une érythrophagocytose et la constitution de dépôts pigmentaires, phénomènes que l'on observe également dans les ganglions lymphatiques et la moelle osseuse après splénectomie. La rate opère également une destruction des leucocytes et des plaquettes ou hématoblastes. Par la destruction des globules usés, la rate prépare donc la régénération sanguine. La rate fabrique aussi des globules blancs, (tout comme les lymphatiques dont elle a d'ailleurs la structure lymphoïde). Dans les processus pathologiques de la leucémie lymphoïde et de la leucémie myéloïde on sait que le tissu en cause envahit les autres tissus formateurs de leucocytes.

Dans les infections, la rate joue un rôle absolument analogue à celui des ganglions lymphatiques, celui de filtre et d'organe protecteur. On peut dire de la rate qu'elle *est la glande lymphatique affectée à la protection de l'appareil sanguin et protectrice de cet appareil circulant qu'est le sang.* Elle retient les particules solides (microbes) qui peuvent passer dans le sang.

En dehors de son *rôle de réservoir du sang* (qui joue surtout le rôle de diverticule, bassin de retenue pour la circulation porte) et de *réservoir des globules rouges* qui sont déversés dans la circulation par simple contraction de la rate, la rate est donc, à la fois, l'*organe destructeur* (unique dans les conditions normales) *des érythrocytes usés,* l'*organe destructeur principal des leucocytes et des plaquettes,* la *glande lymphatique de défense antiinfectieuse de l'appareil sanguin* et un *appareil formateur de leucocytes.* La rate participe également au métabolisme de la cholestérine et

des graisses et aussi, semble-t-il, à une fonction antitoxique.

Il est possible qu'il existe également, comme l'ont indiqué Hirschfeld et Weinert, une interrelation hormonale entre la rate et la moelle osseuse. La splénectomie faite précocement est régulièrement suivie d'une habituelle présence, dans le sang, de globules rouges avec des vestiges de noyaux (corpuscules de Jolly), ce qui prouve l'existence d'une perturbation de la fonction médullaire qui assure la disparition des noyaux des globules rouges. Ce fait, et la polycythémie durable qui suit la splénectomie, indiquent bien que la rate joue, en dehors de la destruction des globules, un rôle indirect dans l'érythropoièse et la rate peut, ainsi, être considérée comme un *appareil régulateur des fonctions érythroblastiques de la moelle osseuse.* C'est également à une influence exercée sur la moelle osseuse que l'on peut attribuer l'augmentation des plaquettes après splénectomie.

Ceci fait comprendre la possibilité d'une participation de la rate aux anémies (en dehors des leucémies). Dans les anémies pernicieuses, on a attribué à la rate ce rôle de destruction du sang qui entraîne l'anémie, et c'est pourquoi De Castello et Eppinger ont proposé la splénectomie comme traitement de la pernicieuse ; mais les bons effets obtenus ont été attribués par Klemperer et Hirschfeld, non pas à la suspension de l'action destructrice du sang, mais à l'action exercée par la rate sur la moelle osseuse. D'ailleurs, il n'est pas certain que la rate détruise d'une façon exagérée les globules rouges dans la pernicieuse, puisque, dans ces cas, la quantité d'hémosidérine contenue dans la rate n'est pas augmentée et puisque la splénectomie est très promptement suivie d'une action vicariante de destruction sanguine exercée par d'autres organes.

On a également parlé d'une hypersplénie (exagération du pouvoir destructeur des globules rouges) dans les états hémolytiques et en particulier dans l'ictère hémolytique. Dans la maladie de Banti, on attribue l'anémie au même processus. En réalité, si l'extirpation de la rate donne des résultats dans ces cas, ce n'est pas la suppression de la destruction des globules rouges qui intervient (car il n'y a pas de destruction excessive), mais la suppression de toxines formées dans la rate malade et qui agissent sur l'hématopoièse dans la moelle osseuse. Il ne s'agit pas, ici, d'une hypersplénie, mais bien d'une dys-splénie.

Rôle de l'hormone antipernicieuse et du fer dans la réparation des anémies. — Les travaux de Whipple et ceux de Castle, sur l'existence, dans le foie et dans l'estomac, d'une substance agissant à la manière des hormones et capable, par son action, de produire la régénération sanguine, en particulier dans les anémies hyperchromes du type Biermer, est à l'origine de conceptions nouvelles sur la physiopathologie des anémies et leur thérapeutique.

Les travaux récents de Knud Faber sur l'anémie hypochrome microcytaire, les travaux sur les chloroanémies, ont redonné l'intérêt de l'actualité à la vieille chlorose, assez oubliée depuis quelque temps.

Les résultats obtenus, dans le traitement de ces chloroanémies, par le fer inorganique à hautes doses, ont conduit à étudier à nouveau le rôle du fer dans l'organisme et son mode d'intervention dans les anémies.

Ces notions modifient quelque peu la physiopathologie des anémies.

On admet l'existence d'une hormone antianémique antipernicieuse, préparée dans l'estomac, mise en réserve dans le foie, puis distribuée par le foie à la moelle osseuse. La transformation des mégaloblastes (forme embryonnaire) en normoblastes, s'effectuerait sous l'action de ce principe actif antipernicieux. Ainsi l'hormone de Whipple Castle aurait pour action de ramener la fonction de la moelle osseuse dans les voies normales du fonctionnement adulte ; l'absence de cette hormone, en libérant la moelle de son contrôle, permettrait le retour de la fonction médullaire vers la forme embryonnaire de son activité.

La transformation des normoblastes (forme normale adulte de régénération sanguine) en hématies, est subordonnée, semble-t-il, à la présence de substances différentes organiques et minérales, à la présence du fer, de calcium, des vitamines (surtout la vitamine C), de thyroxine et d'acides aminés ; toutes ces substances devant exister en quantités suffisantes dans l'organisme pour que la transformation s'opère.

Le rôle curatif du fer inorganique dans les chloroanémies peut très bien être un rôle seulement thérapeutique et indirect, le rôle d'un médicament qui intervient pour empêcher la production, dans l'intestin, de substances toxiques anémiantes. Le fer inorganique serait, alors, un traitement de l'anémie parce qu'il empêcherait la production de l'anémie ; ce serait un traitement qui agirait sur le processus destructeur du sang, laissant alors toute liberté au processus normal régénérateur de réparer l'anémie qui était produite par les poisons intestinaux ; permettant aussi, à l'intestin, de séparer et d'absorber les substances (acides aminés, vitamines, minéraux) nécessaires à la fonction régénératrice de la moelle osseuse.

Mais il est possible également que le fer inorganique stimule les fonctions de la moelle osseuse.

Rôle du système réticulo-endothélial. — Les vieux globules rouges sont détruits dans le *système réticulo-endothélial*, dont le foie et la rate représentent les éléments principaux et physiologiques, mais auquel appartiennent aussi, dans les conditions pathologiques, la moelle osseuse, les ganglions lymphatiques, les capillaires pulmonaires. On ne sait pas actuellement si cette destruction des érythrocytes est réalisée par un processus d'hémolyse, par fragmentation ou par phagocytose. On trouve seulement la preuve de cette destruction dans la formation de bilirubine et le dépôt de fer dans le foie et la rate.

On ne sait pas, actuellement, d'une façon absolument certaine, si cette destruction est uniquement passive, intéressant seulement les hématies vieillies, ou si le système destructeur a également le pouvoir de produire une destruction active d'hématies adultes. Il semble bien qu'il en soit ainsi, ce qui explique que, dans l'ictère hémolytique, l'extirpation de la rate décuple la durée de vie des hématies, et explique aussi la réduction de la destruction des érythrocytes en montant des basses aux hautes altitudes, ainsi que

l'inhibition de la destruction globulaire après les saignées.

La crise réticulocytaire. — Les réticulocytes sont des cellules mises en évidence par le moyen des colorations vitales ; ce sont des globules rouges avec un réseau granulofilamenteux basophile (d'abord granuleux puis filamenteux à mesure de l'évolution vers la maturation) et qui aboutissent à de véritables hématies. Ce processus de maturation dure de 1 à 3 jours. Les réticulocytes sont donc des hématies en voie de maturation, ils passent selon toute apparence dans le sang circulant dans les conditions physiologiques, mais en nombre infime ; leur décharge par la moelle osseuse est au contraire fort abondante dans certaines conditions pathologiques ; c'est *la crise réticulocytaire*, qui mesure indirectement et approximativement l'importance du processus néoformateur du sang ; d'autres indications étant fournies sur l'existence de ce processus par la constatation d'une polychromasie. La présence d'hématies nucléées n'est pas la preuve d'un processus de régénération, mais d'un trouble du processus normal de maturation qui aboutit au passage dans le sang de cellules dont l'édification n'est pas terminée.

Rôle du système endocrino-sympathique. — Il est absolument certain que le système endocrino-sympathique joue un rôle important dans la régulation des processus de construction-destruction des érythrocytes et dans le maintien de l'équilibre érythrocytaire du sang circulant. Les expériences de Heilmeyer et Ginzberg montrent que des lésions des centres sympathiques supérieurs perturbent l'activité de la moelle osseuse. Les perturbations sanguines produites par la maladie de Basedow et les troubles de fonctionnement endocrino-sympathique liés à des modifications thyroïdiennes sont bien connues.

Rôle du métabolisme. — L'insuffisance d'oxygène produit une activation de l'hématopoïèse et une inhibition des processus hémolytiques. La saignée produit également une décharge d'hématies jeunes par la moelle osseuse. Les produits de destruction de l'hémoglobine et des hématies (Hématine, Bilirubine, Stroma) stimulent également l'hématopoïèse et il existerait dans le sérum des animaux anémiés une hématopoïétine qui stimulerait la moelle osseuse.

Les différentes formes d'anémie. — Les anémies appartiennent à deux groupes de processus physiopathologiques différents qui, d'ailleurs, peuvent être associés : les *anémies cellulaires*, les *anémies pigmentaires*.

Dans le premier cas, les hématies sont diminuées de nombre sans que leur teneur en hémoglobine soit atteinte ; dans les autres, c'est la teneur en hémoglobine qui est diminuée.

Bien que la classification actuelle soit incomplète, on peut diviser les anémies en : *anémies dues à une perte de sang à l'extérieur ; anémies dues à une destruction intérieure excessive* (anémies hémolytiques); *anémies hémolytiques avec blocage de la moelle osseuse ; anémies avec hypofonction primitive de la moelle osseuse ; anémies avec dysfonction et insuffisance relative de la moelle osseuse.*

Les anémies dues à des hémorragies. — *Les anémies par perte de sang à l'extérieur* sont aiguës ou chroniques ; au point de vue hématologique, elles sont caractérisées par une oligohémie avec diminution des hématies et de l'albumine du sérum.

On constate également les *signes globulaires de la régénération sanguine* et, dans les très grandes hémorragies aiguës, la présence d'hématies nucléées indique le passage dans le sang de cellules qui ne sont pas arrivées à maturité ; dans l'urgence de réparer la brèche sanguine, la moelle osseuse lance donc dans le sang, non seulement des formes presque complètement évoluées, mais encore des formes à leur stade d'ébauche ; la moelle râcle ses fonds de tiroir. Les cellules non mûres sont pauvres en hémoglobine, ce qui amène une baisse de l'index globulaire ; suivant l'importance de la régénération sanguine, la crise réticulocytaire est plus ou moins intense ; en même temps, il se produit une diminution de l'urobiline et de l'urochrome, par réduction de la destruction normale des hématies.

Les anémies par hémorragies répétées et persistantes ont un aspect hématologique analogue ; cependant, à la longue, la lassitude de la moelle osseuse se traduit par une modification de l'aspect des cellules déversées dans le sang. Ces cellules restent de nombre suffisant, mais leur qualité témoigne d'un fléchissement fonctionnel médullaire (macrocytose, anisocytose, poikylocytose). Les cellules sont fabriquées trop vite et sont mal fabriquées ; elles sont de ce fait pauvres en hémoglobine (Hypochromie). Dans la réparation de ces anémies, il y a un *facteur individuel* fort important et complètement indépendant du traitement. *Ce facteur individuel est attribuable à la constitution endocrinienne ;* il dépend également de l'*alimentation* et surtout de *l'état du tube digestif*, élément dans lequel interviennent l'estomac, les glandes digestives et le fonctionnement de l'intestin. Une même hémorragie aiguë est réparée en peu de jours ou de semaines chez certains, et chez d'autres nécessite des mois de réparation. Dans ces cas, et surtout dans les cas d'hémorragies chroniques, le fer inorganique (à grosses doses) absorbé par la bouche donne d'excellents résultats.

Les anémies hémolytiques. — *Les anémies par destruction sanguine excessive* (anémie hémolytique) sont caractérisées par l'hypertrophie du foie et de la rate, la couleur jaune foncé du sérum, la couleur brune des urines, avec beaucoup d'urobiline, d'uroérythrine et d'urochrome. Si le processus hémolytique persiste longtemps, il se produit une insuffisance relative de la moelle osseuse et, en conséquence, une anémie plus ou moins intense. Le degré de l'anémie dépend du pouvoir compensateur de la moelle osseuse. Il peut donc exister seulement, dans ces cas, une faible diminution des hématies.

La proportion des réticulocytes est naturellement élevée, mais d'une façon modérée. Par suite de la forte destruction d'hémoglobine, la rate est augmentée de volume. L'élimination par la bile des produits de destruction entraîne des troubles du foie et des douleurs à type de coliques hépatiques. Le taux de

l'hémoglobine est variable. L'extirpation de la rate arrête l'anémie et, parfois, est suivie d'une polyglobulie, jusqu'au moment où d'autres éléments du système réticulo-endothélial assurent la destruction sanguine. A ce type, qui répond à *l'ictère hémolytique congénital*, il faut ajouter : l'*anémie toxique hémolytique* (benzol, aniline, phénylhydrazine) ; l'*anémie infectieuse hémolytique* (paludisme, streptococcies) ; l'*anémie hémolytique endogène*, qui est observée dans des modifications constitutionnelles complexes endocriniennes et nutritives (anémie hémolytique pseudopernicieuse de la grossesse, anémie de la Sprue).

Les pernicieuses. — *L'anémie hémolytique avec blocage simultané de la moelle osseuse* a pour prototype la véritable maladie de Biermer. En plus d'une destruction excessive des hématies, il y a un trouble de la maturation et de la production des érythrocytes dans la moelle, trouble qui aboutit à une diminution des hématies en circulation. On constate, en plus de l'anémie globulaire, une diminution des réticulocytes, une augmentation de la bilirubine du sérum, une énorme élimination de stercobiline et des urines foncées. C'est cette décompensation de la balance de la régénération et de la destruction qui caractérise l'état pernicieux. Le trouble de la régénération est indiqué encore par la présence, dans la moelle osseuse, le foie et la rate, de formes érythroplastiques qui témoignent d'un retour aux formes embryonnaires. Il se constitue de grosses cellules, riches en hémoglobine, qui passent aussi dans le sang circulant (mégalocytes hyperchromes). La moelle osseuse est donc hyperplastique et insuffisante. On assiste à cette contradiction, que plus le sang s'appauvrit en hématies, plus la moelle osseuse entasse d'érythroblastes dont la maturation est anormale. Le trouble de la moelle osseuse est donc avant tout un trouble de maturation des cellules de la moelle osseuse. Les cellules produites par la moelle sont en état de moindre résistance et sont finalement détruites par le processus hémolytique.

Il existe également, dans la pernicieuse, un trouble du métabolisme de l'hémoglobine ; on trouve alors, dans le sérum sanguin, en plus de la bilirubine, de l'hématine et de la porphyrine (formée par les mégaloblastes). Ces éléments apparaissent dans les selles et les urines. Ces troubles qualitatifs expliquent l'excès d'urobiline qui n'est pas seulement produit par la destruction des érythrocytes, mais également par le trouble de fonction de formation de l'hémoglobine dans la moelle osseuse. L'ensemble du processus pathologique (trouble de la maturation, troubles de la fonction médullaire, hémolyse excessive, troubles qualitatifs du métabolisme de l'hémoglobine) est heureusement influencé par l'absorption de foie frais ou d'extrait de foie. De 4 à 6 jours après le début du traitement, on voit céder le blocage médullaire et une apparition massive de réticulocytes se produire dans le sang, c'est la crise réticulocytaire. Presque en même temps, ou auparavant, on voit se rétablir la maturation des cellules, les érythroblastes se différenciant en cellules arrivées à maturité ; les mégaloblastes sont remplacés par des cellules de régénération à type normoblastique. En quelques semaines d'hépatothérapie il n'existe plus de symptômes de l'affection.

L'anémie produite par le bothriocéphale est absolument analogue à la maladie de Biermer et, comme elle, réagit heureusement à l'extrait de foie.

L'anémie toxique produite par la saponine a une formule analogue à celle de la pernicieuse, on l'explique également par une hémolyse intense associée à des troubles de maturation et à un blocage de la moelle osseuse.

L'anémie pernicieuse est accompagnée de nombreuses manifestations (glossite, achylie, troubles nerveux). Dans la maladie de Biermer, l'achylie accompagne toujours l'anémie et peut même la précéder de plusieurs années. Dans l'anémie par le bothriocéphale l'achylie est au moins inconstante.

Dans la maladie de Biermer il existe également toute une série de conditions constitutionnelles bien établies.

Il existe, aujourd'hui, une certaine incertitude quant à l'unicité des états pernicieux. On incline à penser qu'il existe, en dehors de la véritable maladie de Biermer, que certains considèrent comme une néoplasie de la fonction médullaire, toute une série de formes différentes de l'anémie hyperchrome, avec tendances mégalocytaires plus ou moins marquées. Ces pseudo-pernicieuses ne seraient pas très éloignées de certaines formes hypochromes et Chevallier tend à isoler, dans ce cadre, un groupe de passage, *l'anémie maligne intermédiaire*. Ce démembrement de la pernicieuse en une série de formes différentes de l'anémie hyperchrome pourrait expliquer, à la fois, certaines différences évidentes dans les résultats thérapeutiques et certaines contradictions dans la symptomatologie accessoire (gastrite achylique notamment) comme dans l'étiologie apparente des faits cliniques observés.

Les chloroses et les chloroanémies. — *Les anémies dues à une hypofonction primitive de la moelle osseuse* sont de deux types : la *chlorose ;* les *chloroanémies.*

Dans la chlorose, la formation globulaire est beaucoup moins atteinte que dans la pernicieuse, et beaucoup moins atteinte proportionnellement que la production d'hémoglobine. Les cellules déversées par la moelle sont donc pauvres en hémoglobine. La valeur globulaire est faible et le sérum contient peu de bilirubine, car la destruction de l'hémoglobine est également peu importante. Les urines sont très claires, comme le sérum, et cette absence de pigments hormonaux en explique la pâleur. Il existe également une importante hydrémie avec œdèmes, élévation de la pression du liquide céphalo-rachidien et stase papillaire. L'état est guéri par de fortes doses de fer.

Les chloroanémies les plus connues sont du type achylique et agastrique ; on les observe surtout chez la femme et elles sont accompagnées, comme la pernicieuse, d'un syndrome satellite de troubles buccaux (glossite), gastriques (achylie) et nerveux (paresthésies et parfois sclérose combinée de la moelle). Ce syndrome de la chloroanémie a donc une très grande analogie avec la pernicieuse, sauf dans sa formule sanguine. On trouve des érythrocytes plus

petits que la normale (microcytose) et hypochromes, le sérum et les urines sont peu colorés, comme dans la chlorose. Cet état, malgré sa formule hématologique inverse de celle de la pernicieuse, a une certaine analogie physiopathologique avec la maladie de Biermer. Dans les deux cas il existe un blocage de la moelle osseuse et une perturbation du processus de maturation. La moelle rouge et hypertrophiée des os longs contient des quantités d'érythroblastes; malgré cela, le chiffre des réticulocytes est diminué dans le sang périphérique. Une forme analogue est observée dans la résection gastrique totale. Dans ces cas, l'hépatothérapie reste sans effet, alors que le traitement par le fer inorganique rétablit le processus de maturation et produit une crise réticulocytaire typique.

L'anémie aplastique. — L'anémie aplastique appartient à ce groupe ; elle est caractérisée par une absence totale de phénomènes de régénération sanguine dans la moelle osseuse : il n'y a pas de symptômes sanguins de régénération et la moelle osseuse ne montre pas de signes d'activité. Dans certains cas l'appareil leucopoïétique et thrombocytaire est également paralysé ; il y a alors des troubles du type de la diathèse hémorragique. L'aplastique est observée dans beaucoup d'intoxications (celles du plomb et des benzols), dans les infections graves et après irradiation de la moelle osseuse ; elle est observée également à la phase terminale de la pernicieuse.

Les anémies secondaires. — *Les anémies avec dysfonctionnement et insuffisance relative de la moelle associée à une destruction excessive des globules* sont représentées par les anémies dites secondaires. La cause morbide qui produit ces anémies attaque en partie la moelle, produisant des troubles dont l'aboutissant est une réduction de la production globulaire et une production de cellules à vitalité réduite. Cette dysfonction se traduit par une forte anisocytose avec microcytose, poikylocytose et hypochromie globulaire. Dans certains cas la cause morbide atteint les érythrocytes et agit comme une hémolyse excessive, mais jamais dans une proportion comparable à celle des anémies hémolytiques. Aussi, le taux de la bilirubine n'est pas excessif, non plus que l'urochrome. L'élimination de l'urobiline par les selles est également normale ou diminuée.

A ce groupe appartiennent les anémies observées au cours des maladies infectieuses, et qui se produisent presque toujours quand une infection persiste, quelle que soit sa nature, c'est l'anémie observée dans la tuberculose chronique, les infections chroniques, les infections en foyer (foyers infectants) surtout buccales, la syphilis, les rhumatismes chroniques. Dans les infections aiguës graves (typhoïdes, scarlatine, infections aiguës pulmonaires) on peut observer également ce type d'anémie. Dans certains cas la destruction globulaire est si intense que l'on observe les symptômes de l'anémie hémolytique ou même une hémoglobinurie aiguë (paludisme, scarlatine). L'anémie des cancers digestifs et d'une façon générale des cancers viscéraux qui ne sont pas accompagnés d'hémorragies, appartient à ce type. On attribue les troubles à des produits toxiques issus du métabolisme de la tumeur. La soustraction globulaire peut être si intense qu'elle apparaît comme une anémie hémolytique, c'est le cas dans les métastases de la moelle osseuse. La transformation en maladie de Biermer est possible.

Les *anémies par avitaminose* sont aussi de ce type. Toutes les vitamines sont nécessaires au fonctionnement médullaire correct, l'anémie est donc observée dans les carences vitaminiques en général.

L'*anémie endocrinienne*, dont la plus connue est l'anémie myxœdémateuse, qui est guérie par l'opothérapie thyroïdienne, est une forme voisine ; on constate dans ces cas une soustraction globulaire excessive et une dysfonction médullaire caractérisée par la production de cellules débiles. L'anémie est également observée dans l'insuffisance génitale, surtout chez la femme, dans la maladie d'Addison, dans les états hypophysaires. Il n'est pas certain que les anémies endocriniennes puissent constituer des anémies hémolytiques graves.

L'anémie des néphrites chroniques, qui est attribuée par Becher à l'action toxique des phénols retenus, et à laquelle l'hydrémie participe, est aussi observée dans les néphroses. La destruction globulaire est excessive.

BIBLIOGRAPHIE

L'éminent endocrinologiste hellène, le docteur G. de Loverdo, vient de faire paraître à Athènes, sous le titre : **« Sécrétions internes de l'hypophyse »**, une remarquable monographie, préfacée du professeur Phocas, faisant suite à de précédentes concernant : testicules, ovaires, etc..., monographies auxquelles nous ne pouvons faire qu'un seul reproche : celui de n'être actuellement publiées qu'en grec moderne..., ce qui, évidemment, n'en rend pas la lecture accessible à tous. Heureusement qu'une étude générale écrite en français en 1934 et dont le manuscrit a reçu le prix d'Endocrinologie de l'UMFIA ou Union Médicale Latine, nous fait prévoir pour bientôt l'édition française de ces intéressants travaux que nous signalerons alors en détail à l'attention des lecteurs.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

LE CHANCRE MOU

Le chancre mou est une ulcération, le plus souvent vénérienne, ayant une affinité spéciale pour le revêtement cutané des organes génitaux externes et de l'anus.

ETIOLOGIE

1° C'est une affection qui existe à l'état endémique dans certains pays et surtout en Afrique du Nord. En France elle était, avant guerre, localisée aux ports, où la contamination se faisait par les arrivants des pays où la maladie sévit électivement, et à la classe sordide de la population des grandes villes.

Après la guerre, l'affection a été constatée dans toutes les classes sociales ; elle est actuellement en décroissance.

2° Il y a une énorme prédominance des *atteintes masculines*.

3° Chez les prostituées, on a constaté l'existence de *porteuses saines* de bacille de Ducrey.

4° Toutes les altérations épidermiques génitales : herpès, érosion mécanique et gale, prédisposent à l'affection.

5° Vu la douleur déterminée par le moindre attouchement à la période d'état de l'affection, la contamination ne peut se faire qu'à l'extrême début et surtout à la convalescence.

Intérêt double :

Vénéréologique. — Reconnaître l'association possible à la syphilis. Eviter par un traitement correct et précoce la survenance du bubon.
Biologique général.

ETUDE CLINIQUE

Incubation très courte (24 heures-48 heures).
Début par une vésico pustule.

Etat. — L'affection est caractérisée par :
Une ulcération creuse ;
De la dimension d'une pièce de 0 fr. 50 ;
A bords irréguliers, dessinés par fin liséré rouge ;
A fond purulent sale, bourgeonnant, avec des saillies et des ulcérations punctiformes ;
Très douloureuse ;
A base souple ;
Souvent multiple.
Une *adénopathie* inflammatoire absente une fois sur trois.

Evolution :
Non traitée : 1° l'ulcération s'étend ;

2° un *bubon survient.*
Il est généralement précoce, au cours des deux premières semaines ; parfois tardif.
Il se caractérise par :
S. f. : des douleurs spontanées ou à la marche.
S. g. : une élévation thermique au début.
S. ph. : une suppuration en masse,
Sans extension en profondeur, vers les ganglions cruraux.
Ultérieurement : la chancrellisation de la fistule ; l'écoulement d'un pus épais par l'orifice.

Traitée : l'ulcération se cicatrise,
Le bubon disparaît s'il existait déjà sans se fistuliser.

Formes cliniques :

1° *Symptomatiques :* Chancres nains,
Chancres géants,
Chancres phagédéniques (rôle des infections associées, syphilis, streptocoque, staphylocoque),
Chancres abortifs,
Chances folliculaires, lésion d'autoinoculation,
Chancre papuleux, simplement exulcéré,
Chancres nodulaires à base infiltrée.

2° *Suivant le siège :* chancres essentiellement cutanés, vénériens ; exceptionnellement muqueux ; quelquefois accidentels (doigts, mains).
Trois types spéciaux : les chancres du sillon balano-préputial (en rhagade) ;
Les chancres du prépuce (en couronne) ;
Le chancre anal (fissuraire, condylomateux, en couronne).

3° *Les chancres mous associés.* — I. *A la syphilis :*
Le plus souvent, il s'agit d'une contamination simultanée réalisant le « chancre mixte ».
Celui-ci est très fréquent, aussi doit-on rechercher systématiquement la possibilité d'une syphilis associée chez tout porteur de chancrelle et pratiquer un examen ultramicroscopique, un B.-W. six semaines après le contage.
En effet, au début, survient un chancre mou typique, puis, vers la troisième semaine, le chancre devient plus propre, plus lisse, il s'indure. Dans l'aine apparaît la pléiade ganglionnaire caractéristique de la syphilis.
Parfois l'aspect chancrelleux persiste et seuls les examens ultramicroscopiques et sérologiques font reconnaître l'association.
Enfin le chancre mou peut être abortif et disparaître avant la survenue du chancre syphilitique.
Dans d'autres cas, le chancre mou survient chez un ancien syphilitique.
A la période secondaire, le chancre mou prend souvent un aspect papulo-érosif ou papulo-ulcéreux.
A la période tertiaire, il est souvent arrondi ou polycyclique, à bords taillés à pic, phagédénique.
Enfin, on a décrit la chancrellisation secondaire d'un chancre syphilitique.
II. D'autres fois, il poura y avoir association à la maladie de Nicolas Favre.

DIAGNOSTIC

I. *Clinique.* — A. Du *chancre* avec une érosion banale, l'herpès, la gale, le chancre lymphogranulomateux, une balano-postite érosive, une maladie de Lipschutz, surtout avec le *chancre syphilitique ;*
Mais l'ulcération est sans bord, régulière, propre, couleur chair musculaire, infiltrée, indolore ;
L'adénopathie est en pléiade et dure.

B. Du *bubon.* Avec : une adénite inflammatoire banale ;
L'adénite syphilitique ;
Une adénite tuberculeuse ;
Une adénite pesteuse (s. gén. beaucoup plus marqués, début brutal, bacille pesteux dans le bubon) ;
Une adénite cancéreuse ;
Une adéno-lymphoïdite aiguë ;
Surtout avec le *bubon de la maladie de Nicolas-Favre* .
Mais celui-ci a une évolution subaiguë, est moins douloureux, à suppuration parcellaire, à fistules multiples.
En cas de doute, pratiquer une réaction de Fredi.

II. *Bactériologique :*
Intradermo-réaction au Dmelcos, positive vers le 10e jour, persiste des années.
Recherche du bacille de Ducrey dans la rainure qui limite l'ulcération. On peut alors constater des coccobacilles, gram négatifs, isolés, en chaînettes ou en bancs.
En cas de résultat négatif, on pourra pratiquer une culture sur gélose nutritive au sang frais de lapin, mais celles-ci sont souvent polluées de saprophytes qui entravent le développement du bacille de Ducrey.
Autoinoculation, autrefois très employée, aujourd'hui remplacée par l'intradermo-réaction.
La *réaction de fixation* n'est pas de pratique courante.

TRAITEMENT

Il doit être *local*, par des topiques, des désinfectants, le mercuro-chrome, la ponction ganglionnaire, les injections antiseptiques (éther iodoformé), la radiothérapie.
Vaccinothérapique, ou mieux biophylactique, par le Dmelcos, les endo-protéines, car il s'agit d'une désensibilisation et non d'une vaccination vraie, et l'effet thérapeutique sera proportionnel à l'état allergique et à la réaction générale.

JEAN FERROIR.

(1) Cf. Le chancre mou. Rev. générale, par Jean FERROIR. *Gaz. hôp.*, 12 décembre 1936.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 7. — SAMEDI 23 JANVIER 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE) **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Oral. — Séance du mardi 19 janvier 1936 :

Notes attribuées : MM. Eudel, 23 1/2 ; Buy, 11 ; Scebat, 20 ; Mlle Pinard, 23 ; MM. Langevin, 19 ; Goulesque, 24 ; Beaufils, 25 ; Rouzaud, 24 ; Rouault, 18 ; Mlle Mage, 24.

Questions : 1° Complications cardiovasculaires de la fièvre typhoïde (sans la pathogénie) ; 2° Symptômes et diagnostic du cancer de la langue.

Asiles d'aliénés. — M. le docteur Lerat, médecin chef de service à l'asile d'aliénés de Lafond (Charente-Inférieure), est nommé médecin directeur de cet établissement, en remplacement de M. le docteur Pélissier.

M. le docteur Lasalle, médecin directeur de l'asile de Saint-Lizier (Ariège), est nommé médecin directeur de l'asile d'aliénés d'Auch (Gers), en remplacement de M. le docteur Robert.

M. le docteur Lauzier, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Clermont (Oise), est nommé médecin directeur de l'asile d'aliénés de la Chartreuse-de-Dijon (Côte-d'Or), en remplacement de M. le docteur Castin.

M. le docteur Renaux, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire), est nommé médecin directeur de cet établissement, en remplacement de M. le docteur Baruk.

Sanatoriums publics. — M. le docteur Nauwelaerts a été nommé médecin directeur stagiaire du sanatorium Etienne-Clémentel, à Saint-Jean-d'En-Haut (Puy-de-Dôme).

Médaille d'honneur des épidémies. — La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux médecins dont les noms suivent :

Médaille d'or : M. le docteur Jourdin (de Pouancé).

Médaille de vermeil : M. le docteur Montant (de Paris).

Médaille d'argent : MM. les docteurs Bachy (de Phalempin) ; Pellier (du sanatorium de Labruyère).

Médaille de bronze : MM. les docteurs Klein (de Paris) ; Soulayrol (de Marseille).

La statistique du P. C. B. — Le nombre des étudiants inscrits en vue du certificat d'études P. C. B. est le suivant pour les quinze dernières années (pour toute la France) :

En 1922 : 1.349.
En 1923 : 1.398, en plus 49.
En 1924 : 1.682, en plus 284.
En 1925 : 1.900, en plus 218.
En 1926 : 2.211, en plus 311.
En 1927 : 2.414, en plus 203.
En 1928 : 2.991, en plus 577.
En 1929 : 3.078, en plus 87.
En 1930 : 3.371, en plus 293.
En 1931 : 3.233, *soit* 138 *en moins.*
En 1932 : 2.971, *soit* 262 *en moins.*
En 1933 : 3.092, en plus 121.
En 1934 : 3.298, en plus 206.
En 1935 : 2.899, *soit* 399 *en moins.*
En 1936 : 2.390, *soit* 509 *en moins.*

Voici — à la date du 31 juillet 1936 — la répartition de ces étudiants par Facultés ou Ecoles, par nationalité et par sexe.

Statistique des étudiants inscrits en vue du certificat d'étude P.C.B. :

Facultés ou écoles	Français Hommes	Français Femmes	Etrangers Hommes	Etrangers Femmes	Total
Alger	67	16	1	»	84
Amiens	16	5	»	»	21
Angers	6	1	»	»	7
Besançon	11	5	»	»	16
Bordeaux	115	21	8	»	144
Caen	20	5	»	»	25
Clermont	51	8	1	»	60
Dijon	28	5	1	»	34
Grenoble	32	7	4	»	43
Lille	99	12	6	1	118
Limoges	9	4	»	»	13
Lyon	142	27	13	»	182
Marseille	118	22	8	»	148
Montpellier	100	16	8	2	126
Nancy	65	10	9	»	84
Nantes	40	13	»	»	53
Paris	556	161	61	24	802
Poitiers	43	2	»	»	45
Reims	14	2	»	»	16
Rennes	78	7	»	1	86
Rouen	22	7	1	»	30
Strasbourg	62	16	3	1	82
Toulouse	105	17	3	»	125
Tours	27	3	5	1	36
	1.826	392	142	30	2.390
	2.218		172		
	2.390				

Soit 509 de moins que l'an dernier, se décomposant comme suit : 352 Français et 157 étrangers.

Sauf à Strasbourg où le chiffre est resté le même et à Amiens où il a augmenté d'une unité, il y a diminution dans toutes les Facultés et Ecoles.

Diplômes de docteur en médecine de l'année scolaire 1935-1936. — Le nombre des diplômes de docteur en médecine délivrés par les Facultés françaises pendant l'année scolaire 1935-1936 est de 1.758, soit 61 de moins que l'année précédente. Il se décompose comme suit :

Facultés	Diplômes d'Etat	Diplômes d'Université (mention médecine)	Total
Alger	38 (*a*)	»	38
Beyrouth	24 (*b*)	»	24
Bordeaux	158 (*c*)	5	163
Hanoï	12	»	12
Lille	58	1	59
Lyon	162 (*d*)	25	187
Marseille	66	2	68
Montpellier	81	26	107
Nancy	45	23	68
Paris	724 (*e*)	150	874
Strasbourg	45	15	60
Toulouse	83 (*f*)	15	98
	1.496	262	1.758

(*a*) Dont 1 avec dispense de la thèse : M. Cwiklinski, antérieurement titulaire d'un diplôme d'Université.

(*b*) Les étudiants de la Faculté de Beyrouth sont dispensés de la thèse.

(*c*) Dont 2 avec dispense de la thèse : Mme Chenciner née Beskin et M. Herszson, antérieurement titulaires d'un diplôme d'Université.

(*d*) Dont 1 avec dispense de la thèse : M. Ser, antérieurement titulaire d'un diplôme d'Université.

(*e*) Dont 11 avec dispense de la thèse : MM. Baltzer, Bojin, Bornstein, Klarnet, Krzypow, Nachtigal, Rubinsztejn, Souyoultzis, Szwarc. Vitenson et Wal, antérieurement titulaires d'un diplôme d'Université.

(*f*) Dont 1 avec dispense de la thèse : M. Vazacopoulos, antérieurement titulaire d'un diplôme d'Université.

Total des thèses : 1.718 (Etat : 1.456 ; Université : 262).

(Ces renseignements nous ont été aimablement communiqués par le docteur Darras, de *la Vie médicale*).

Hôpitaux de Bordeaux. — M. le médecin lieutenant-colonel Clavelin, professeur au Val-de-Grâce, fera le jeudi 28 janvier, dans le service de M. le professeur Rocher, à l'Hôpital des Enfants, une conférence illustrée de présentation de photographies, de films radiographiques et d'appareils, sur *le traitement des fractures du fémur.*

Institut Océanographique, 195, rue Saint-Jacques. — Le samedi 30 janvier à 21 heures précises, le docteur Chauvois, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine, traitera ce sujet inédit : « La part de l'Océanographie dans la découverte de la circulation du sang », avec projections et films.

Cartes d'invitation gratuite au Secrétariat de l'Institut Océanographique, 195, rue St-Jacques. Tél. : Odéon 16-07.

CORRESPONDANCE

A propos de l'article de M. L. Babonneix sur un cas de stéatose massive du foie chez un enfant de cinq ans. — Le professeur R. Debré nous a adressé une lettre où il fait remarquer avec beaucoup de raison que ce cas paraît rentrer dans le groupe des *Hépatomégalies polycoriques* qu'il a décrites avec MM. G. Semelaigne, Nachmansohn et Gilbrin (*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 15 juin 1934, p. 1023-1041) et que caractérisent essentiellement une hypertrophie considérable du foie, une absence totale de splénomégalie, un retard plus ou moins considérable de la croissance surtout staturale, une répartition anormale de la graisse de couverture, un développement irrégulier des masses musculaires, des troubles certains, mais variables, du métabolisme des glucides et des lipides. Parfois familiale, d'évolution chronique, généralement bien supportée, la maladie consiste anatomiquement, en une surcharge du parenchyme (et non du tissu réticulo-endothélial) par du glycogène ou de la graisse, et se distingue ainsi des affections (maladies de Christian Schuller, de Gaucher, etc.), où l'infiltration a pour siège, non le parenchyme, mais le tissu réticulo-endothélial. Ces cas sur lesquels M. Robert Debré a encore attiré l'attention dans la *Presse médicale* (Des polycories, 18 mai 1935, p. 801-803), et dont il faut rapprocher celui de MM. H. Grenet, R. Levent et Bourrut (Hypertrophie chronique du foie (stéatose hépatique), *Société de Pédiâtrie*, 21 juin 1932) diffèrent toutefois du nôtre par le pronostic, favorable dans ceux-là, rapidement funeste dans celui-ci.

L. BABONNEIX.



REVUE GENERALE

LES ALGIES INTERSCAPULO-VERTÉBRALES PERSISTANTES

Etude clinique, étiologique et pathogénique

Par MM.

ROBERT POINSO, et LOUIS FORTINEAU
professeur agrégé
à la Faculté de Médecine,
médecin des hôpitaux de Marseille.

Les douleurs accusées par un grand nombre de malades « entre les deux épaules » et qui sont en réalité localisées dans la région interscapulo-vertébrale, aussi bien à droite qu'à gauche, nous paraissent d'une grande fréquence et méritent qu'on s'attache à les étudier, ne serait-ce que pour éviter leur confusion habituelle avec une pleurite dont le nom est presque toujours prononcé à leur sujet. Là d'ailleurs ne réside pas seulement l'intérêt de leur constatation; nous verrons dans le cours de ce travail que leurs caractères sont bien tranchés et qu'elles éveillent ou doivent éveiller dans l'esprit du médecin une série de causes précises, dont la connaissance sera le prélude d'une thérapeutique adéquate.

Si, en effet, on essaie de caractériser ces algies, on s'aperçoit tout de suite qu'elles se présentent avec une double apparence. Les unes sont continues, c'est-à-dire sans rémissions, plus ou moins vives, mais souvent d'une acuité intolérable ; elles sont rarement strictement interscapulo-vertébrales, débordant rapidement hors de ce territoire pour irradier en demi-ceinture, le long du nerf intercostal du côté correspondant, ou bien pour diffuser vers le membre supérieur du même côté, ou bien encore pour atteindre le côté opposé et évoluer sous le masque d'une névralgie bilatérale. Ces douleurs sont en relation avec une affection locale, comprimant les racines ou les nerfs qui émergent du rachis, et bien souvent elles traduisent, soit une affection vertébro-radiculaire, soit une ectasie de l'aorte thoracique, soit enfin un cancer primitif du poumon. Elles sont donc bien individualisées et nous insisterons peu sur leur histoire clinique.

Les autres algies, qui seront plus spécialement étudiées par nous, car elles sont volontiers méconnues, sont discontinues, c'est-à-dire qu'elles ont des périodes de rémission, totale ou partielle (dans ce cas, la douleur persiste mais si estompée qu'elle n'est qu'à peine ressentie) ; elles sont peu vives, surtout gênantes par leur longue durée. Elles restent strictement interscapulo-vertébrales, mais elles peuvent atteindre alternativement la région droite et la région gauche, ce balancement algique étant d'ailleurs très caractéristique. Dans de nombreux cas, cependant, il n'en est pas ainsi et toute la maladie évolue avec une douleur figée au même point. Presque jamais en relation avec une cause locale, sauf dans de rares cas que nous indiquerons, ces douleurs sont en général d'ordre réflexe ; elles relèvent d'une origine plus ou moins lointaine, en général sous-diaphragmatique et bien souvent gastrique, « répercutée » ou projetée dans cette étroite région. Nous nous appesantirons surtout sur elles ; une enquête plus serrée permettra de déterminer leur cause, et de les atténuer ou de les guérir à l'aide d'une thérapeutique dirigée non pas, comme on le voit faire trop souvent encore, contre le symptôme, mais contre la cause déterminante.

C'est Rist qui a remis, en France, la question à l'ordre du jour en montrant l'importance de certaines manifestations gastriques dans le déterminisme de ces algies. La thèse de son élève Violet résume ses observations. Nous avons repris les idées de ces auteurs, en insistant non seulement sur les affections gastriques mais encore sur celles de l'appendice, de la vésicule, des organes génitaux, susceptibles comme les premières de se traduire par une douleur interscapulo-vertébrale en général peu vive, mais souvent très tenace (1).

ETUDE CLINIQUE

Caractères généraux. — Les algies interscapulo-vertébrales (IV) sont en général « de long cours », c'est-à-dire qu'elles persistent pendant des mois et des années. Elles peuvent évoluer d'une façon continue, ou bien au contraire avec des intervalles plus ou moins grands d'accalmie. La douleur disparaît alors totalement. Parfois, cependant, elle persiste, mais si discrètement qu'elle n'occupe en rien l'esprit du malade qui en est atteint. Pratiquement, là encore, il y a une sédation nette, et cette discontinuité dans l'évolution doit être soulignée. Ces algies, enfin, n'entravent pas par elles-mêmes l'activité du sujet et l'état général, s'il est altéré, reflète seulement la maladie causale.

Circonstances d'apparition. — Elles sont très variables suivant la cause des algies. Ce sera la fatigue de la position penchée en avant pour les couturières, une erreur d'alimentation pour les dyspeptiques, une période de surmenage pour d'autres malades, etc... Chez les sujets dont la cause des douleurs réside en un état d'aérogastrie dû à une affection nasale certaine, le début d'une période douloureuse, comme Rist l'a montré, coïncide en général presque toujours avec une poussée d'inflammation de la muqueuse rhinopharyngée ; le malade sollicité par l'hypersécrétion abondante de sa muqueuse renifle du matin au soir des mucosités plus ou moins épaisses qui sont automatiquement dégluties avec de l'air : l'estomac se distend et la douleur IV apparaît.

Les douleurs continues par contre apparaissent sans qu'il soit possible d'indiquer les circonstances qui entraînent leur apparition.

Siège des douleurs. — Elles sont limitées à une région bien circonscrite, la région interscapulo-vertébrale. Cependant, comme nous l'avons déjà indiqué, certaines algies IV finissent par rayonner le long des nerfs intercostaux, d'un ou des deux côtés, ou par irradier vers un membre supérieur, au cours des anévrysmes descendants de l'aorte ou d'une atteinte radiculaire, par exemple. Mais nous n'insisterons pas sur

(1) Voir pour le détail de nos observations et pour la bibliographie, la thèse de l'un de nous (Fortineau, Marseille 1936).

ces douleurs irradiées, ayant surtout en vue ici celles qui restent localisées et sont plutôt dues à une origine réflexe qu'à une compression et à une irritation des nerfs locaux. La région, trop connue pour que nous nous arrêtions sur sa description, est comprise entre les apophyses épineuses de D4 à D7 et le bord vertébral de l'omoplate, d'une part, entre deux lignes passant par l'épine de l'omoplate en haut et la pointe du scapulum en bas, d'autre part. Les algies qui l'occupent peuvent être uni ou bilatérales, avec bien souvent une alternance dans le temps : d'abord à droite, puis à gauche, et inversement. Cependant certaines d'entre elles sont remarquables par leur fixité (algies IV gauches des affections gastriques, par exemple).

Tonalité des douleurs. — Comparées par les malades à une courbature locale, à une sensation indéfinissable de contusion, ces algies peuvent avoir aussi une tonalité plus nette : sensations thermiques en rapport sans doute avec des phénomènes sympathiques (impression d'eau tiède ou d'eau froide s'écoulant dans la région douloureuse). Elles sont exacerbées par les mouvements des bras et parfois, mais rarement, par la pression des doigts. Dans certains cas, leur acuité est intolérable (néoplasme pulmonaire, ectasie, radiculite, zona).

Caractères objectifs satellites de la douleur. — Ils sont peu nets, si l'on en excepte un certain degré d'hyperesthésie cutanée, qui peut rendre pénible le contact des vêtements, et une contracture musculaire locale, souvent à peine ébauchée. Celle-ci peut donner à la percussion l'impression d'une matité, en réalité inexistante, due simplement à la contraction du muscle. Ces caractères négatifs sont l'apanage des douleurs discontinues, à l'étude desquelles nous nous attachons surtout. Dans les affections neurologiques, dans les compressions radiculaires, dans certains zonas, il est bien rare que les algies soient dépouillées de tout cortège objectif. L'hyperesthésie, l'hypoesthésie, des phénomènes associés (sensitifs irradiés, trophiques, sympathiques) traduisent les caractères organiques locaux de la réaction douloureuse et empêchent de la considérer comme l'expression réflexe d'une souffrance lointaine.

Discrimination séméiologique de la douleur. — Il est de première importance de situer exactement la région algique. Des problèmes étiologiques tout différents se posent en effet suivant le siège de la douleur. Nous avons dit dès le début de ce travail les principales causes qui s'offrent à l'esprit dès que l'on a individualisé une algie IV. Ce sont des causes dissemblables que l'on évoque en présence des algies chroniques apicales, basilaires, intercostales, vertébrales et précordiales. D'un mot nous dirons que les douleurs du sommet doivent faire penser à la tuberculose pleurale ou pleuro-pulmonaire ou bien au cancer lobaire supérieur ; les douleurs de la base aiguillent vers les affections pleurales, quelle que soit leur origine; les douleurs intercostales, vertébrales ou précordiales suggéreront l'idée d'un néoplasme pulmonaire, d'une aortite, d'un mal de Pott ou d'un cancer vertébral, d'une distension ventriculaire gauche, pour ne citer que les affections les plus démonstratives. On voit par cette rapide incursion dans le domaine des douleurs thoraciques que celles qui ont pour siège la région interscapulo-vertébrale ont une individualité bien tranchée, et que, *parmi les douleurs chroniques, elles sont presque les seules à révéler parfois une affection lointaine, sous-diaphragmatique.*

ETUDE ETIOLOGIQUE

Avant d'aborder ce chapitre, il est utile, croyons-nous, de mettre en relief un point particulier et d'insister sur une cause mise toujours en avant par les malades et leurs médecins, la cause pleurale. C'est en effet avec le diagnostic de pleurite et avec la crainte d'être tuberculeux que nous voyons ces sujets à nos consultations. Rist a insisté sur ces faits, mais ses travaux ne sont pas encore suffisamment présents à l'esprit des praticiens, car nous n'avons jamais rencontré de malades porteurs de ces algies avec une étiquette étiologique exacte. Nous souhaitons que cet article, qui ne fait que reprendre les idées de Rist, remette de nouveau en honneur cette question d'un vif intérêt, on en conviendra, puisqu'il s'agit d'écarter l'hypothèse d'une maladie pénible et d'indiquer au malade la nature exacte de douleurs qui n'ont rien de commun avec la tuberculose ou une pleurite. Ce terme de pleurite est en effet trop souvent prononcé par les médecins ; or ce n'est pas sans ennuis, car nous connaissons certains malades qui, renseignés sur l'étiologie habituelle de la pleurite, s'ancraient de plus en plus dans l'idée qu'ils étaient tuberculeux, et sans espoir de guérir, puisque leurs douleurs n'avaient point de répit.

En résumé, si dans de rares cas l'algie IV peut relever d'une pleurite localisée, il faut bien savoir qu'en général elle n'a aucun point commun avec cette affection, si bien que nous avons coutume de dire que cette localisation douloureuse permet presque à elle seule d'éliminer ce diagnostic. L'examen clinique et radiologique confirme cette opinion. Et d'ailleurs les lignes suivantes vont achever de le démontrer.

Les algies IV sont d'origine sus ou sous-diaphragmatique.

I. Les algies de causes sus-diaphragmatiques, continues, progressivement plus intenses, relèvent, comme nous l'avons déjà indiqué, d'une cause locale.

Les *affections pleurales* ne doivent pratiquement jamais être envisagées.

Les *affections pulmonaires* chroniques peuvent, dans certaines circonstances, ne projeter leurs manifestations douloureuses que dans l'étroit espace envisagé par nous : il en est ainsi pour certaines formes de cancer du poumon, à point de départ hilaire, pour les abcès du poumon à marche chronique développés aux dépens de la région moyenne et postérieure du parenchyme, pour les kystes hydatiques paramédiastinaux enfin.

Les *maladies du médiastin*, quelles qu'elles soient, peuvent entraîner des algies IV particulièrement intenses. Les anévrysmes de l'aorte, les aortites chroniques, sont longtemps caractérisés, dans les formes postérieures, par une douleur tenace qui parfois s'a-

vère très vive, « comme si un fer rouge, disait un de nos malades, s'appliquait violemment entre les deux épaules ».

Les *maladies du cœur* affectent parfois une séméiologie identique. C'est ainsi que dans la sténose mitrale l'on observe le point auriculaire décrit par Vaquez, lié à la médiastinite qui entoure l'oreillette gauche distendue. Dans certaines angines de poitrine, la douleur, en dehors de son siège classique dans la région sternale, peut être aussi marquée dans la zone interscapulo-vertébrale. Cette diffusion douloureuse, vraisemblablement en rapport avec une atteinte large des plexus cardiaques et aortiques, est d'un pronostic sévère.

Certaines affections nerveuses peuvent, pendant longtemps, ne se révéler que par l'algie IV. Dans les maladies du rachis (Pott, Cancer, Spondylites), dans les altérations des racines (radiculites, tumeurs extra-dure-mériennes), dans les séquelles d'un zona intercostal, il y a parfois une longue période où la douleur stagne pour ainsi dire entre l'omoplate et la colonne dorsale. Mais assez rapidement, et c'est là un point intéressant pour le diagnostic, cette douleur déborde sur les régions voisines, irradiant en ceinture ou en demi-ceinture, diffusant vers le haut ou vers le bas. De même, dans certains cas de névrite ascendante du membre supérieur on peut observer des algies brachiales, puis IV ; ces dernières persistent seules, dans certains cas, après la première phase brachiale. Si celle-ci est méconnue, le diagnostic sera particulièrement malaisé.

Il y a aussi, dans ce groupe, des algies IV qui ne sont pas continues, qui sont peu vives, et liées à des *causes musculaires locales*. Il s'agit d'une contracture douloureuse que les attitudes vicieuses imposées par certaines professions déterminent dans les muscles des régions scapulaires ou interscapulo-vertébrales. Ces manifestations sont assez souvent observées chez les couturières (d'où le nom de mal des couturières que Rœderer a donné à cette affection), chez des brodeuses, des dactylographes, des repasseuses, et dans d'autres métiers qui exigent une attitude penchée en avant ou un travail excessif des membres supérieurs. Neel pense que c'est peut-être la cellulite qui est responsable de ces douleurs et il préconise pour faire le diagnostic ce qu'il appelle le « palper massage » ; par la pulpe des doigts, promenée lentement dans la région sensible, on perçoit l'induration cellulitique, dure, dense, en même temps que le sujet accuse une sensation douloureuse plus ou moins vive. Pour Rœderer, il ne s'agit pas de cellulite mais d'une élongation de ligaments et sans doute aussi de petites entorses vertébrales ; le glissement discret des vertèbres serait, pour lui, lié à une insuffisance musculaire vertébrale.

D'autres douleurs sont dues à l'*allaitement au sein*. Il est fréquent, en effet, de constater ces algies chez les nourrices ; elles cessent en général avec le sevrage, mais peuvent parfois, comme nous l'avons personnellement constaté, lui survivre quelques semaines.

II. Les algies de causes sous-diaphragmatiques sont fréquemment discontinues ou, en tout cas, caractérisées par des exacerbations et des rémissions. Elles s'étagent sur des années et sont particulièrement rebelles à la médication ordinaire. Ce n'est que grâce à une thérapeutique étiologique précise qu'on arrive à les faire disparaître.

Les plus communes d'entre elles ont **une origine digestive.** Et ce sont certainement *les affections gastriques* que l'on rencontre surtout. Dans ces affections, l'algie IV est en général localisée à gauche, quelquefois, mais plus rarement, à droite. Nous n'insisterons pas sur leurs signes particuliers, mais nous dirons seulement qu'il faut souvent savoir les rechercher, car les malades, comme hypnotisés par leur douleur thoracique, n'attirent aucunement l'attention sur leurs malaises digestifs. Un point intéressant doit être souligné : c'est l'exacerbation de l'algie pendant ou à la fin de la digestion (en général, 3 à 5 heures après les repas) et la coexistence, à ce moment-là, de lourdeur dans la région sous-costale gauche. Cet horaire si spécial est absolument révélateur. Les maladies de l'estomac susceptibles de déterminer ces algies IV sont nombreuses : ce n'est qu'assez rarement l'ulcère (5 fois sur 87, Violet) ; ce sont rarement aussi les gastrites alcooliques (3 sur 87) ou médicamenteuses. Ce que l'on observe surtout, ce sont : la ptose gastrique (51 cas sur 87, Violet) ; l'aérogastrie — et la plupart des auteurs avec Ameuille et Tarneaud, Rist et Violet ont bien montré l'importance des rhinites postérieures dans le mécanisme de cette aérogastrie, les malades qui en sont atteints déglutissant de l'air avec leurs mucosités (« ils se mouchent dans leur pharynx) » ; les syndromes dyspeptiques hypersthéniques ou hyposthéniques enfin, que nous avons assez souvent décelés. Dans tous ces cas, le traitement de la cause fait disparaître la douleur thoracique. C'est ainsi que dans l'une de nos observations (obs. X), une résection de la cloison nasale entraîna la guérison maintenue depuis un an, de l'aérogastrie et de son algie satellite, que dans d'autres observations un traitement symptomatique de la ptose ou de la dyspepsie eut le même effet curateur.

L'*appendicite chronique* peut entraîner, pendant de longues périodes, une algie IV prédominante à droite. L'ablation de l'appendice fait disparaître cette algie et permet ainsi de la rattacher à sa véritable cause (obs. XI et XIII, par exemple, de la thèse de Fortineau). Les *colites* seront plus rarement incriminées.

La cholécystite chronique détermine aussi une douleur IV prédominante à droite. Ces faits sont bien connus et nous n'insisterons pas davantage.

Certaines affections non digestives, mais abdominales, peuvent, quoique à un moindre degré, offrir la même particularité séméiologique. Nous dirons un mot surtout des *maladies utéro-salpingiennes*, dont les troubles digestifs (qui font partie du syndrome utérin de Pozzi) sont parfois traduits, en plus de leurs manifestations propres, par une algie IV indifféremment droite ou gauche. C'est là une modalité assez fréquente et à laquelle il faudra toujours penser si l'on veut éviter de grossières erreurs diagnostiques. De même, dans deux cas personnels, c'est une *lithiase rénale* que nous avons, avec grande vraisemblance,

incriminée pour expliquer l'algie IV accusée par nos malades.

ETUDE PATHOGENIQUE

Lorsque la douleur IV est de cause sus-diaphragmatique, il faut penser avant tout à une compression nerveuse locale. C'est ainsi que nous concevons la plupart des algies liées à un anévrysme, à un cancer du poumon, etc., écrasant plus ou moins un nerf intercostal. Chez les nourrices, il paraît en être de même et l'on peut penser que les canaux galactophores gonflés au maximum compriment certains filets intercostaux dont la douleur éclate au niveau des perforants postérieurs. Dans la maladie des couturières, chez les sténo-dactylographes, il est vraisemblable que la douleur est le reflet de la contracture musculaire, contracture vérifiée parfois par la palpation, à moins qu'il ne s'agisse de cellulite, ainsi que certains auteurs l'admettent.

Mais, dans tous ces cas, l'interprétation pathogénique est aisée.

Il n'en est pas de même pour les douleurs d'origine sous-diaphragmatique. — Dans ces affections, en effet, on ne conçoit pas bien comment la souffrance d'un organe abdominal peut se localiser, et souvent uniquement, dans la région interscapulo-vertébrale. La théorie de la répercussivité réflexe défendue par Ross, Head et Mackenzie semble cependant expliquer de façon satisfaisante ces faits en apparence mystérieux. Head suppose que l'influx nerveux partant d'un viscère malade emprunte la voie sympathique, passe de ce système par les rami communicantes dans la moelle épinière, gagne les centres supérieurs et est rapportée par la conscience à la zone douloureuse par l'intermédiaire du système cérébro-spinal. Il s'agirait là en somme d'une erreur d'aiguillage, analogue à celle de l'angine de poitrine, par exemple. Et cette erreur résulterait de la concordance embryologique entre une certaine zone cutanée (dermatomère) et la zone viscérale (viscéromère). Avec le développement de l'individu, cette concordance disparaît, et le dermatomère peut, dans certains cas, être relativement éloigné du viscéromère. Mais c'est toujours lui qui réagit quand le viscère souffre, car la sensibilité viscérale est peu vive, et n'est pas perçue habituellement par la conscience. Celle-ci, alertée, projette à la périphérie cutanée, zone de sensibilité, la sensation confuse qui lui vient des viscères. Head a pu ainsi dresser une véritable carte des zones d'hyperalgésie cutanée correspondant aux principaux organes, et, en particulier, il a montré que les projections de la douleur gastrique se faisaient dans les sixième, septième et neuvième segments dorsaux.

Cette théorie nous paraît être la seule qui puisse interpréter, à l'heure actuelle, les répercussions douloureuses lointaines.

***

L'étude rapide que nous venons de faire a surtout un intérêt pratique, sur lequel nous voudrions fixer un moment l'attention. Cet intérêt est d'abord diagnostique : il s'agit d'éliminer l'hypothèse fragile d'une pleurite, mise en avant 9 fois sur 10, source d'affolement et de traitements longs et inutiles, — et de penser aux affections que nous avons énumérées, surtout à celles de l'estomac. Cet intérêt est ensuite thérapeutique, car d'un diagnostic précis découle une médication logique. Sans s'attarder aux petits moyens qui ont cependant leurs avantages (pointes de feu, vésicatoires...), il faudra mettre en œuvre la seule méthode curatrice qui est ici étiologique. Une ceinture antiptosique, l'ablation d'un appendice malade, les soins prolongés nécessités par une métrite, feront disparaître plus ou moins rapidement des douleurs interscapulo-vertébrales tenaces et dont la persistance était, pour le malade, une cause d'inquiétude bien compréhensible.

L'AZOTÉMIE CHLOROPRIVE

et ma théorie de la sécrétion urinaire

Par le Professeur BOUINEVITCH,
Directeur de la Clinique médicale de l'Université de Kowno,
Ancien professeur de l'Université de Moscou.

Il a été publié ces derniers temps beaucoup de cas d'azotémie par manque du sel (Blum), autrement dit d'azotémie chloroprive (Strauss). Dans ces cas, à la suite des pertes du chlore par l'organisme (diarrhée, vomissements, ponctions d'ascite, etc.) se développent des symptômes d'urémie avec rétention de l'azote dans le sang (Chabanier, Lobo-Onel, Kohlschütter et autres). Quant aux relations de l'azotémie et de l'hypochlorémie, les points de vue sont bien différents et la question assez compliquée.

Dans cet article je voudrais attirer l'attention sur ma théorie de la sécrétion urinaire (publiée en 1928, *Z. f. Urol.*), fondée surtout sur les données cliniques et qui donne les réponses directes aux principales questions de la fonction rénale dans les conditions normales et pathologiques (voir *Z. Urol.*, 1932, Bd 26, « Uber Nephritiden, Nephrosen », etc.).

D'après cette théorie, la sécrétion de l'eau et des chlorures a lieu dans les tubes urinifères, tandis que l'urée est éliminée par les glomérules, en échange de l'eau et des chlorures.

Ainsi les glomérules sont les organes de la résorption du liquide éliminé par les tubes urinaires.

Un échange moléculaire dans les glomérules étant nécessaire pour la sécrétion de l'azote, la quantité de l'azote urinaire doit diminuer s'il manque du NaCl dans les reins pour cet échange. Dans les cas de perte de sel par l'organisme, les quantités de NaCl dans les reins (dans les tubes urinifères) diminuent. De ce fait, la sécrétion de l'azote dans les glomérules diminue aussi ; ainsi l'azote s'accumule dans le sang et les tissus et se développe l'azotémie par manque du sel.

En général, ma théorie se trouve en plein accord avec les faits cliniques :

a) S'il s'agit d'une lésion de l'appareil glomérulaire, il faut s'attendre à la diminution des substances éliminées par les glomérules, de l'urée en parti-

culier. Les tubes urinifères intacts continueront à éliminer les chlorures et l'eau, en quantité même plus grande que chez un sujet sain, puisque, grâce aux lésions des glomérules, la résorption par ces derniers de l'eau et des chlorures est entravée. Tout cela a lieu effectivement au cours des néphrites granuleuses, quand prédominent les lésions glomérulaires.

b) Au cours des néphrites parenchymateuses, où dominent les lésions de l'appareil tubulaire, il faut s'attendre à ce que les glomérules, qui fonctionnent à peu près normalement, continuent à éliminer l'urée, à résorber activement l'eau et les chlorures, tandis que l'élimination d'eau et de sel par les cellules malades des tubes urinifères sera troublée. Il en doit résulter une rétention d'eau et de chlorures, de l'œdème, et une diminution de la quantité d'urine qui sera pauvre en chlorures, mais riche en urée. Or, la clinique confirme pleinement toutes ces prévisions théoriques.

c) Le mécanisme du phénomène « urines spastiques » est aussi facile à comprendre : à cause du spasme des artérioles glomérulaires (chez les scléreux, hystériques, etc.), l'urée ne peut pas être excrétée par les glomérules ; en même temps le liquide excrété par les tubes (l'eau et les chlorures), ne pouvant pas être résorbé par les glomérules contractés, s'élimine sans être concentré, en grandes quantités, d'où émission d'urines limpides et aqueuses, contenant seulement de l'eau et des chlorures et très peu d'urée.

d) S'il s'agit d'une stase rénale, le liquide urinaire reste longtemps dans le rein, les glomérules absorbent beaucoup d'eau et de sel et éliminent beaucoup d'urée, il y a peu d'urines et elles contiennent beaucoup d'urée et peu de sel.

La résorption de l'eau et des chlorures qui, pour Ludwig et Koranyi, a lieu dans les tubes urinifères, s'effectue, suivant ma théorie, au niveau des glomérules. Plus la circulation du sang dans le rein sera ralentie ou, en d'autres termes, plus longtemps l'urine restera dans le rein, plus grande sera la quantité de l'eau et des chlorures résorbés, et d'autant plus grande aussi sera la quantité d'urée et des urates éliminés. Les choses se passent ainsi réellement pendant la phase de décompensation cardiaque avec rein congestif : nous avons alors peu d'urines, riches en urates, mais pauvres en chlorures.

On connaît l'antagonisme qui existe entre la quantité de sel et des urates dans l'urine : quand l'urine contient beaucoup d'urates, elle est pauvre en chlorures. L'expérience classique de Ludwig qui, après avoir fait la ligature de l'uretère, trouva dans le rein beaucoup d'urée et fort peu de chlorures, parle également en faveur de ma théorie. Seulement, d'après notre conception, la résorption n'a pas lieu dans les tubes, mais dans les glomérules.

Cette résorption dans les glomérules des chlorures qui viennent d'être excrétés par les tubes urinifères, résorption qui a lieu en échange d'un nombre équivalent de molécules des substances extractives qui sont des déchets de l'activité cellulaire, a une raison d'être profonde ; elle est basée sur le principe de l'économie des forces. Le chlorure de sodium, substance nécessaire à l'organisme, est conservé et l'élimination des déchets inutiles se fait en vertu de la loi de diffusion, sans aucun effort, pour ainsi dire, sans frais. La bile nous offre un autre exemple de récupération des substances utiles pour l'organisme. Sécrétée par le foie, la bile est en grande partie de nouveau résorbée dans l'intestin.

Un échange moléculaire semblable à celui qui a lieu dans le rein s'effectue entre les globules sanguins et le plasma, ainsi qu'au niveau du péritoine, des parois de l'intestin, etc...

Nous pouvons avoir l'idée suivante du mécanisme des échanges moléculaires dans le rein. L'écoulement du liquide sécrété par les canalicules vers les papilles du rein est ralenti, gêné par la forme capillaire de l'anse de Henle, conduit fort étroit. Par suite de cet obstacle, une partie du liquide reflue vers les glomérules, où elle est attirée aussi par une plus haute concentration moléculaire du contenu de la cavité glomérulaire. C'est là où s'effectue, suivant les lois d'osmose, l'échange des molécules des chlorures sécrétés par les tubes, contre les molécules d'urée et d'autres substances extractives contenues dans le sang des glomérules.

Ensuite, l'écoulement des urines formées dans les tubes urinifères se produit par suite de la propriété du bassin et des bassinets rénaux de se contracter et de se dilater rythmiquement ; ils agissent ainsi par aspiration. Ces contractions des bassins rénaux peuvent se voir quelquefois pendant les opérations.

D'après Ludwig, les éléments constitutifs de l'urine sont éliminés au niveau des glomérules ; dans les tubes urinifères, l'urine se concentre par résorption d'eau. Suivant la théorie de Baumann-Heidenhain, l'élimination d'eau et de chlorure de sodium a lieu dans les glomérules ; toutes les autres substances sont éliminées par les tubes urinifères. Sur beaucoup de points, la théorie de Ludwig et celle de Baumann-Heidenhain sont en contradiction formelle avec les données de la posologie rénale.

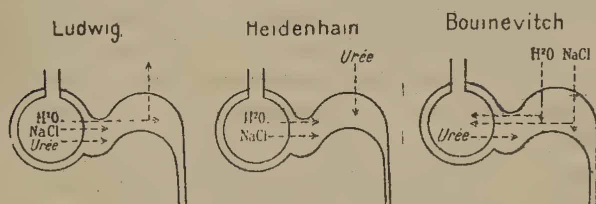
Ainsi, si les glomérules éliminent effectivement le sel et l'eau, on devrait s'attendre à une diminution de la quantité d'urines et de sel, au cours des affections qui frappent les glomérules, tandis que l'élimination de l'urée ne devrait pas être diminuée. De plus, par suite de rétention d'eau et des chlorures, on devrait s'attendre à l'apparition de l'œdème. Or, en réalité, au cours des affections qui s'accompagnent de lésions de glomérules, des scléroses rénales, la quantité d'urine est au contraire augmentée ; les urines contiennent beaucoup de chlorures, mais peu d'urée. Il en résulte un syndrome azotémique, avec des manifestations urémiques mais sans œdème.

Inversement, au cours des néphrites parenchymateuses, des néphroses, avec prédominance de lésions des tubes urinifères, on ne voit pas la rétention d'urée comme cela devrait être d'après les considérations théoriques de Heidenhain. En réalité, en pareil cas, l'élimination d'urée est suffisante, mais on observe une rétention d'eau et de chlorures, avec leur manifestation clinique inévitable : l'œdème.

Chez ces deux types de malades, les symptômes cliniques et les lésions anatomo-pathologiques sont tout

différents de ceux qui devraient s'observer d'après les théories courantes. Cette contradiction flagrante entre les faits et les théories nous porte à considérer ces dernières comme fausses.

Notre théorie au contraire explique bien clairement, sans aucun artifice dialectique, la rétention d'azote, l'azotémie et l'urémie rétentionnelle que l'on observe à la suite des lésions de l'appareil glomérulaire au cours des glomérulo-néphrites et scléroses rénales, ainsi que l'absence dans ces cas de l'œdème, puisque l'élimination d'eau et des chlorures par les tubes urinifères indemnes reste satisfaisante. Dans les néphrites parenchymateuses avec lésions de tubes, on doit s'attendre à la rétention des chlorures et à l'apparition de l'œdème ; tandis que les manifestations d'une urémie vraie doivent manquer, l'élimination d'urée et d'autres corps azotés étant assurée par les glomérules qui fonctionnent d'une manière satisfaisante.



On comprend que le tableau clinique devient plus complexe au cours des affections qui frappent simultanément les tubes urinifères et l'appareil glomérulaire. Il est bien naturel que, dans certains cas, la composition d'urine soit modifiée par des facteurs extrarénaux, par exemple les lésions des capillaires périphériques ou les modifications des colloïdes des tissus. Il est possible que le rein, au cours d'affections diverses, soit capable de modifier son fonctionnement : l'un des deux systèmes étant frappé par processus morbide, l'autre le supplée dans son travail et compense ainsi le déficit fonctionnel. Toutes ces questions demandent une étude spéciale détaillée et conservent leur valeur pour chaque théorie.

Je voudrais encore dire que le prof. A. V. Koranyi (Budapest), clinicien des plus compétents en pathologie rénale, qui considérait autrefois l'excrétion de l'eau et des chlorures comme la fonction glomérulaire, l'excrétion de l'azote comme la fonction tubulaire (voir *Z. f. klin. Mediz.*, 1898) à présent, dans son ouvrage dernier « Nierenkrankheiten » (qui a paru 2 ans après la publication de ma théorie), change radicalement son point de vue et écrit maintenant en plein accord avec mes idées :

« A présent on ne peut plus douter que l'insuffisance de la sécrétion de l'eau et du sel soit un symptôme tubulaire, l'insuffisance de l'élimination de l'azote glomérulaire et l'hypertonie étant le symptôme glomérulo-vasculaire. Parce que nous pouvons maintenant les localiser, nous avons fait un énorme pas en avant. » (Prof. Baron A. V. Koranyi, *Nierenkrankheiten*, p. 310).

Enfin une remarque de la presse médicale française :

« Si une théorie est vraie, quand elle explique tous les faits observés et n'est en contradiction avec aucun, on peut dire que nous tenons une explication synthétique et vraie de la physiologie rénale. » (*Méd. d'Alsace*, 1928, n° 17.)

Ainsi se pose la question au point de vue de la clinique. Quant aux efforts pour résoudre le problème en se basant seulement sur les données de l'expérimentation, voilà l'opinion du prof. Mrenek qui a beaucoup étudié la pathologie rénale :

« Diverses théories qui ont été émises sur la valeur absolue des données des expériences et sont appliquées à la pathologie rénale de l'homme ont souvent produit une pleine confusion des idées et poussé la clinique dans de fausses voies diagnostiques et thérapeutiques. Il est donc nécessaire d'insister sur cette donnée que nos progrès en pathologie rénale sont dus, à présent comme à l'avenir, principalement aux observations cliniques et anatomiques scrupuleuses. » (Munck, *Nierenerkrankungen*, 1925, p. 285.)

ASSISES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

LA PRIMO-INFECTION

Les Assises du 10 janvier 1937, à l'Hôtel-Dieu, étaient consacrées à la primo-infection, la discussion des conclusions eut lieu sous la présidence de M. le professeur Bezançon.

Voici, par Henri Godlewski, la synthèse de ces conclusions :

La primo-infection tuberculeuse est la première atteinte de l'organisme par le bacille de Koch. La tuberculose n'est pas toujours consécutive à une contamination dans l'enfance, nombre d'adolescents et d'adultes n'ont pas encore réalisé l'état allergique et sont exposés aux dangers de la primo-infection.

Les réactions à la tuberculine. — *L'ophtalmo-réaction*, d'une grande sensibilité, n'est pas toujours tolérée ; l'*intradermo-réaction* de Mantoux, méthode fidèle, tend à servir de contrôle à la cutiréaction.

La cutiréaction, la plus répandue, n'est pas encore de pratique courante en maintes régions, où les médecins d'ailleurs le déplorent. Si l'interprétation du résultat est parfois délicate — la réaction est parfois même paradoxale — la répétition des épreuves apporte un élément généralement précieux à la connaissance approfondie du sujet. Sur un nombre important d'adolescents et de jeunes adultes (environ un tiers) à réaction négative et considérés anergiques, on peut guetter, tout spécialement à la puberté et à la période des premiers surmenages (changement de vie, concours, etc.), l'apparition d'une réaction positive ; suivant une expression imagée, ce *virage* est le test de la primo-infection.

La radiographie. — L'apparition d'une tuberculino-réaction positive impose la radiographie thoracique, avec examens répétés et épreuves de face et de profil, afin de juger l'extension, la fixité ou la régression des lésions, un examen séparé étant souvent d'interprétation difficile et pouvant être erronée.

Cliniquement. — On assiste à une primo-manifestation de la tuberculose en constatant un complexe ganglio-pulmonaire, une pleurésie séro-fibrineuse, un érythème noueux, une typho-bacillose, une méningite tuberculeuse, révélations cliniques de la maladie, le plus souvent rapportées.

La constatation d'une primo-infection nécessite la recherche de la contamination originelle. *Le médecin de famille joue, dans ce but, un rôle capital.* Malheureusement les modalités de la primo-infection, très variées, et le plus souvent très discrètes, passent inaperçues ; bien des accidents fébriles avec fatigue générale restent sans étiquette.

Pronostic. — Les médecins considèrent en général que les formes graves sont rares chez l'adolescent et l'adulte et que la primo-infection aboutissant le plus souvent à une localisation minime ganglionnaire ou parenchymateuse, le pronostic immédiat est favorable dans beaucoup de cas.

Ces Assises ont enregistré dans le Bas-Rhin et dans les Alpes-Maritimes l'intérêt pronostic de deux tests (floculation à la résorcine et vitesse de sédimentation globulaire), à la condition que leurs résultats soient concordants et répétés.

Prophylaxie. — La vaccination au B C G est de plus en plus étendue aux collectivités ; elle ne doit pas dispenser du souci du maintien d'un bon état général, condition prophylactique sur laquelle les médecins de ces Assises ont le plus souvent insisté. Il faut avant tout et toujours rendre le sujet fort et résistant, dit-on aussi bien en Anjou qu'en Lorraine et en Provence, et veiller, dans ce but, à une alimentation constamment saine — notamment pour le lait — et substantielle.

Il est notoire que si le médecin tient compte du terrain tuberculisable, *partout il a affirmé avec force qu'il y a à l'origine de la primo-infection un élément de contagion* et l'on admet que les jeunes gens à réaction négative à la tuberculine risquent une contamination dont la gravité ne saurait être prévue. La prophylaxie doit donc comprendre une lutte intensive contre le bacille, spécialement dans la famille (parents et domestiques), à l'école (surveillance des maîtres et élèves) et naturellement au taudis — honte d'une société moderne (les médecins requièrent l'extension de l'œuvre Grancher).

La constatation de la primo-infection impose temporairement la suppression de tout surmenage manuel ou intellectuel et même le repos à la période de puberté. Une attention spéciale est souvent signalée concernant les mesures de surveillance en faveur du personnel hospitalier et des étudiants, victimes fréquentes des infections et surinfections.

A la campagne comme à la ville, l'adolescent et l'adulte — et non pas seulement l'enfant — sont exposés à la première atteinte de l'organisme par la tuberculose.

Le test de la primo-infection est l'apparition d'une tuberculino-réaction positive. Il y a lieu de répandre l'usage de l'épreuve et de sa répétition nécessaire en cas de réaction négative.

La primo-infection passerait cliniquement le plus souvent inaperçue sans le contrôle radiographique dont les examens répétés et comparés sont de plus en plus de pratique courante.

Le pronostic immédiat est, dans le plus grand nombre des cas, favorable : toutefois, surtout à la puberté et lors des premiers surmenages, la primo-infection soumet l'organisme à une épreuve dont la gravité ne saurait être prévue.

En aidant au dépistage de la contagion en foyers domestiques ou collectifs ; en veillant avec le plus de constance et de clairvoyance au maintien du meilleur état général des intéressés, le médecin de famille joue un rôle prophylactique capital.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 26 janvier. — Jury : MM. Lemaître, président ; Lenormant, Marion, Halphen. — M. Mignon. Les méningites à pneumocoques. — M. Cachin. L'intervalle libre dans les contusions à la rate.

Mercredi 27 janvier. — Jury : MM. Abrami, président ; Fiessinger, Loeper, Haguenau. — M. Mercier. L'anatoxine staphylococcique et le traitement des affections à staphylocoques. — M. Maurice André. Etude de l'appendicite sous-hépatique avec cæcum recurvatum. — M. Tcherriakhovsky. Etude de la fonction soufrée des glandes surrénales.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 JANVIER 1937)

M. Jean PERRIN, président sortant, remercie ses collègues et cède le fauteuil au nouveau président, M. Emmanuel LECLAINCHE, qui prononce une allocution très remarquée.

Après avoir rappelé les rites classiques de l'Académie, il ajoute : « Peut-être apprécions-nous d'autant plus cette fixité des choses, qu'à un rythme effréné tout se transforme ou s'efface autour de nous, et que sont révoqués ou méprisés les principes qui régissaient les rapports des individus et des peuples.

« Doté par la science moderne de possibilités indéfinies, l'homme peut les utiliser indifféremment pour le bien ou pour le mal, édifier un monde nouveau ou anéantir sa race. A défaut d'une loi morale qui impose son choix, peut-on espérer que cette lueur vacillante qu'est la raison humaine, ou le simple instinct de la conservation, lui permettront d'éviter le pire destin ?

« Il est attristant qu'une telle question puisse être posée ; il est plus douloureux encore que l'on hésite à y répondre... »

Recherches sur le sérum sanguin et le plasma musculaire chez le fœtus. — MM. Charles ACHARD et Maurice PIETTRE. Deux faits intéressants se dégagent de ces recherches : 1° dans le sérum, chez le fœtus, c'est la myxoprotéine qui occupe la place la plus importante dans les premiers mois de son évolution ; 2° dans le parenchyme musculaire, l'abaissement progressif du pH permet de suivre l'entraînement fonctionnel de la cellule musculaire en fonction de l'âge.

Pendant l'évolution morphologique du jeune être, avant leur spécialisation physiologique, les cellules manifestent donc une *activité trophique* aboutissant à l'augmentation de la masse protoplasmique générale, condition capitale pour la formation des tissus.

L'élimination urinaire du brome après ingestion de bromure de sodium. — Mlle Camille CHATAGNON.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1937)

Rapport sur l'examen médical des candidats à la naturalisation. — Au nom d'une Commission composée de MM. SERGENT, J. RENAULT et TANON, rapporteur, ce dernier soumet à l'Académie le vœu suivant qui, voté par elle, sera transmis à M. le Ministre de la Santé publique. L'Académie estime que les demandes de naturalisation devraient être accompagnées d'un examen médical complet, mentionnant l'absence de toute maladie ou de toute tare organiques et comportant notamment les résultats des recherches sérologiques, radiologiques, bactériologiques et psychiâtriques, pratiquées par des médecins spécialistes désignés par M. le Ministre de l'Hygiène ou par des laboratoires officiels. Ces résultats devraient également être exigés pour tous les membres de la famille.

Sels halogénés de magnésium et anaphylaxie. — MM. Pierre DELBET et PALIOS tirent de leurs expériences cette conclusion que les sels halogènes de magnésium exercent, chez l'animal, une action antianaphylactisante certaine, qu'ils ont retrouvée une fois chez l'homme.

La thoracoplastie, médication équilibrante de l'appareil circulatoire (et accessoirement de l'appareil digestif). — M. Maurice PERRIN (de Nancy) a fait pratiquer la thoracoplastie chez une jeune femme (soignée avec Mlle A.-M. Binet) pour remédier aux déviations provoquées par un fibrothorax gauche, consécutif à un pneumothorax et à une pleurésie purulente, opérée et guérie. Les déviations viscérales considérables entraînaient des troubles circulatoires graves et des troubles digestifs importants ; la malade était condamnée à l'inaction et dépérissait.

La thoracoplastie, qui n'avait alors aucune indication pulmonaire ou pleurale, fut utilisée comme médication équilibrante de l'appareil circulatoire, et accessoirement des fonctions digestives. Elle fut faite par M. André Guillemin, il y a deux ans, et produisit l'effet désiré, c'est-à-dire le retour du cœur, du médiastin et de l'hémidiaphragme, en position normale. Les résultats, rapidement excellents, se sont maintenus.

Rapports. — M. TANON : rapport de la Commission sur l'examen des conditions de la naturalisation.

M. LEREBOULLET : Relations des résultats de la conférence de Genève (S. D. N.) sur l'alimentation dans la première année de la vie.

Elections de deux correspondants étrangers dans la Ve division (médecine vétérinaire). — MM. RUBAY, de Bruxelles, et GERLACH, de Vienne, sont élus.

SOCIETE DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1936)

Schwannome du sciatique. — MM. Paul DAMBRIN et LAURENS. Les auteurs rapportent l'observation d'un volumineux schwannome du tronc du sciatique, qui s'accompagnait de douleurs dans le membre inférieur et dont ils ont pu pratiquer l'exérèse en conservant la continuité nerveuse quoique les fibres fussent dissociées par la tumeur.

M. J. Ducuing fait remarquer que le schwannome n'est pas toujours bénin. En principe, devant l'impossibilité de reconnaître la malignité de la pièce lors de l'intervention, il est bon dans tous les cas de conserver le nerf, quitte à le réséquer dans un second temps, si le microscope a indiqué la malignité de la tumeur.

Tumeur bénigne du cubitus. — MM. Paul DAMBRIN et J. FABRE présentent la radiographie, la pièce opératoire et les coupes histologiques d'une tumeur développée sur un cal de fracture du tiers inférieur du cubitus avec un radius curvus concomitant chez un adolescent. Cette tumeur ressemblant cliniquement à une exostose ostéogénique fournit l'aspect histologique d'un enchondrome.

La roentgenthérapie totale. — M. J. DUCUING définit la roentgenthérapie totale. Il en précise les conditions physiologiques et biologiques et indique les moyens d'obtenir des doses homogènes. L'auteur présente les résultats de ses études expérimentales. Il signale l'intérêt de cette méthode qui cependant a l'inconvénient de nécessiter des doses énormes et difficiles à répartir uniformément. Il est indispensable d'analyser régulièrement le sang au cours du traitement.

M. MARQUES appuie et précise quelques points, notamment l'importance de la surveillance du nombre des plaquettes sanguines.

Rupture spontanée de l'hématocèle vaginale. — MM. RIEUNAU et A. BAUDET, à propos d'un cas personnel, reprennent l'étude de cette rare complication.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

A renvoyer immédiatement au GUIDE ROSENWALD, 99, rue d'Aboukir, PARIS (2e)

RECENSEMENT MÉDICAL ANNUEL

Insertion entièrement gratuite dans la prochaine édition du ROSENWALD

Le GUIDE ROSENWALD 1937-38, qui paraîtra fin 1937, sera remis gratuitement au signataire sur présentation de sa carte, 99, rue d'Aboukir, Paris-2e, jusqu'au 31 janvier 1938.

Port à domicile par poste recommandée, **5 fr.** (en timbres ou en versement au C.C.P. Paris 405-75)

Nom et prénom usuel : ....

Faculté et date de la thèse : .... Décorations : ....

Titres universitaires, hospitaliers, etc. : ....

Spécialité : ....

Adresse complète : ....

Jours et heures de consultations : .... N° de téléphone : ....

Domicile précédent (en cas de changement d'adresse) : (1) ....

Nom et adresse du prédécesseur : (1) ....

Date et signature :

(1) Ces deux renseignements, utiles au contrôle, ne sont pas publiés.

N° 8. — MERCREDI 27 JANVIER 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — JURY DU CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX. — MM. les docteurs Gouverneur, Monod (Raoul), Alglave, Bazy, Charrier, Marion, Guimbellot.

CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT (*chirurgie et accouchements*).

Questions données : Configuration extérieure et rapports du vagin. — Diagnostic et traitement des grossesses extra-utérines.

Questions restées dans l'urne : Canal inguinal chez l'homme. Formes cliniques et traitement de la tuberculose épididymo-testiculaire.

Ligament large. — Indication du traitement chirurgical et technique opératoire dans les ictères par rétention.

Médaille d'or : M. Olivier.

Médaille d'argent : M. Chigot.

— CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT. — *Médecine.* — *Questions données :* L'hémolyse. Les Brucelloses.

Questions restées dans l'urne : La Vitamine D. La maladie de Hodgkin. Le métabolisme de l'eau. Intoxication aiguë par les barbituriques.

Médaille d'or : M. Lemelletier ; Médaille d'argent : M. Macrez ; Accessit : M. Bardin.

Concours de l'Internat en médecine. — Epreuves orales. Séance du 22 janvier 1937 :

Notes attribuées : Mlle Dreulle, 22 ; MM. Roy, 17 ; Lacroix Pierre, 25 ; Hardel, 20 1/2 ; Bancaud, 18 ; Lambert Léon, 16 ; Jardel, 15 ; Mlle Brille, 24 ; M. Barré, 18.

Questions données : Symptômes et diagnostic des arthropathies tabétiques. Symptômes, diagnostic et traitement d'urgence des perforations des ulcères gastro-duodénaux.

Prix Fillioux. — Jury : MM. les docteurs Madura, Moulonguet, Le Mée, Moreau et Gosset.

Hôpitaux de Bordeaux. — Un concours pour une place de médecin résidant à l'Hospice général sera ouvert le jeudi 1er avril 1937.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 18 mars 1937, inclusivement, au Secrétariat de l'Administration des Hospices, cours d'Albret, 91.

Faculté de médecine de Strasbourg. — La chaire d'hygiène et de bactériologie de la Faculté de médecine de Strasbourg est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la date de publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Guerre. — M. le médecin colonel Rebierre, sous-directeur du service de santé de la 1re région, nommé, à compter du 11 février 1937, directeur par intérim du service de santé de la 11e région, à Nantes, prendra ses fonctions le 11 février 1937.

— M. le médecin colonel Goursolas, sous-directeur du service de santé de la 17e région, nommé, à compter du 11 février 1937, directeur par intérim du service de santé de la 4e région, au Mans, prendra ses fonctions le 11 février 1937.

Association pour le développement des relations médicales (A.D.R.M.). — L'assemblée générale annuelle de l'A.D.R.M. aura lieu le vendredi 29 janvier à 17 heures, salle du Conseil, Faculté de médecine, sous la présidence

de M. le docteur Mourier, directeur général de l'Assistance publique.

Société médicale des Hôpitaux de Paris. — PRIX A DÉCERNER : 1° PRIX GINGEOT (1.500 francs, triennal). Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1939. Le sujet mis au concours est le suivant : « Etude fonctionnelle du foie au point de vue du pronostic opératoire dans les interventions hépato-biliaires ».

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1939.

Les arrérages permettront, s'il y a lieu, de décerner plusieurs prix.

2° PRIX PAUL LE GENDRE (3.000 francs, triennal). Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1939. Le sujet mis au concours est le suivant : « Influence de la publicité contemporaine sur la moralité professionnelle et le discrédit médical ».

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1939.

Société d'hydrologie médicale de Paris. — *Prix Albert-Robin.* — Le prix Albert-Robin, d'une valeur de 25.000 fr., fondé par M. André Robin, en souvenir de son père le professeur Albert Robin, ancien président de la Société d'hydrologie, est destiné à récompenser un travail ou un ensemble de travaux d'un auteur français concernant l'hydrologie ou la climatologie médicales, et paru dans les huit années précédentes.

Ce prix sera décerné pour la première fois à la deuxième séance de décembre 1938.

Les candidats au prix Albert-Robin sont priés d'adresser leurs travaux, en double exemplaire, avant le 30 juin 1938, au Secrétaire général de la *Société d'hydrologie*, docteur Sérane, 40, rue Jasmin, Paris (16e) et Saint-Nectaire.

Société de stomatologie de Paris. — *Election du bureau pour* 1937. — Président : docteur Régis ; Vice-Présidents : docteur Gornouec (Paris), docteur Duclos (Lyon) ; Secrétaire général : docteur Lacaisse ; Secrétaires annuels : docteur Friez, docteur Normand ; Archiviste : docteur J. Chatellier ; Trésorier : docteur A.-J. Martin ; Commission des candidatures : docteurs Lacronique, Dauguet, Psaume.

COURS ET CONFÉRENCES

Hôpital Saint-Antoine. — Le vendredi 22 janvier ont commencé, dans le service du docteur Mathieu-Pierre WEIL, des conférences cliniques avec présentation de documents originaux, suivies de discussion, et portant sur la *pathologie ostéo-articulaire.*

Le sujet de la première conférence était : l'ostéochondrite disséquante, par M. Vidal-Naquet.

Les sujets traités dans le premier trimestre seront les suivants :

Vendredi 29 janvier : Généralités sur la physiologie vertébrale, par M. Oumansky.

Vendredi 5 février : Physiologie lombo-sacrée, par M. Oumansky.

Vendredi 12 février : La vie des ligaments, par M. Massart.

Vendredi 19 février : Les traumatismes méconnus de la colonne vertébrale, par M. Langlois.

Vendredi 26 février : Les techniques du massage, par M. Casalonga.

Vendredi 5 mars : Le mal de Pott de l'adulte, par M. Trèves.

Vendredi 12 mars : La spondylolyse, par M. Rœderer.

Conférences préparatoires au concours d'admission à l'Ecole du service de santé militaire. (Candidats à 4 inscriptions de médecine.) — Une série de conférences d'anatomie, d'histologie et physiologie destinées exclusivement à la préparation du Concours d'admission à l'Ecole du service de santé militaire en 1937, est organisée au Val-de-Grâce, à partir du 1er février prochain.

Les auditeurs seront exercés à faire des compositions écrites et à subir des interrogations orales.

Les inscriptions sont gratuites. Elles seront reçues au début de la première séance, qui aura lieu au Val-de-Grâce (petit amphithéâtre de l'Ecole d'application), le lundi 1er février, à 20 h. 30.

Hôpital des enfants, à Bordeaux. — M. le médecin lieutenant-colonel Clavelin, professeur au Val-de-Grâce, fera, le jeudi 28 janvier, dans le service de M. le professeur Rocher, à l'Hôpital des Enfants, une conférence illustrée de présentation de photographies, de films radiographiques et d'appareils, sur : *Le traitement des fractures du fémur.*

A propos d'un Argus très utile. — *J'Analyse* va entrer dans sa dixième année. C'est une publication présentée sous forme d'*argus*, citant 150 journaux et revues de langue française. Elle rend de grands services au praticien, au médecin préparant des concours ainsi qu'au spécialiste, en leur apportant chaque mois une bibliographie bien faite.

Le coût de l'abonnement est minime : 20 fr. France, Belgique et leurs colonies ; 30 fr. Union postale ; 40 fr. autres pays. Un numéro *spécimen* sera envoyé sur demande adressée au docteur Crouzat, 84, boulevard Richard-Lenoir, Paris.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

EXERCICE DE LA MÉDECINE

M. Justin Godart, sénateur, demande à M. le Ministre de la Santé publique et de l'Education physique : 1° si un étudiant en médecine roumain, de quatrième année, marié à une Française, ayant demandé sa naturalisation, peut exercer avec un diplôme d'Université dans les colonies françaises et lesquelles ; 2° si une Polonaise d'origine, naturalisée Française depuis novembre 1932, et qui a transformé son diplôme d'Université en diplôme d'Etat avant la promulgation de la loi de juillet 1935 et a reçu ce diplôme d'Etat en février 1936, doit attendre le délai de deux ans avant de s'installer.

Réponse. — 1° Conformément au décret du 18 janvier 1936 (*Journal officiel* du 22 janvier), et sauf les dispositions spéciales aux praticiens indigènes, nul ne peut exercer la médecine dans les colonies françaises, s'il n'est muni d'un diplôme d'Etat de docteur en médecine, et citoyen ou sujet français ; 2° si l'intéressée ne possédait pas le droit d'exercer avant le 26 juillet 1935, elle est soumise aux dispositions de la nouvelle loi, et doit attendre un temps égal à la durée du service militaire qu'elle n'a pas accompli, le délai comptant à partir du jour de l'obtention du diplôme.

AMAUROSE BARBITURIQUE [1]

par

A. ZWILLINGER et R. TROTOT

Internes des Hôpitaux de Paris

L'amaurose compte certainement parmi les accidents les moins communs, les moins étudiés de l'intoxication barbiturique aiguë. Passée sous silence dans les travaux classiques aussi bien de neurologie que d'ophtalmologie, on ne la trouve pas davantage dans des travaux relativement récents consacrés aux accidents nerveux des barbituriques ou aux amblyopies toxiques en général.

Cependant, le nombre croissant des observations récentes, les discussions d'ordre étiologique et pathogénique qu'elles ont entraînées, les problèmes pronostiques et thérapeutiques que chaque fois cet accident soulève, nous incitèrent à publier, à notre tour, les cinq ou six observations recueillies au cours de l'année 1935 soit dans le service de notre maître F. Bourdier, soit par l'examen ophtalmologique complet et systématique de tous les intoxiqués par les barbituriques fréquemment rencontrés au cours des gardes en médecine du Nouveau Beaujon. Nous essayerons ensuite de grouper les faits à côté des enseignements et conclusions que nous croyons pouvoir en tirer.

Observation I. — Service d'urgence du Nouveau Beaujon. Malade suivie avec notre collègue et ami S. Kaplan.

Mlle C. P..., 23 ans, amenée dans la nuit du 24 septembre, dans un coma complet suite d'ingestion de 4 gr. de véronal six à sept heures auparavant. Coma barbiturique typique : pâleur, sueurs abondantes, respiration rapide, stercoreuse, abolition de tous les réflexes cutanéo-tendineux ainsi que de la sensibilité cornéenne. Les pupilles sont régulières, en mydriase, le réflexe photo-moteur, quoique faible, existe indiscutablement ; le pouls est à 96, la température à 37°2.

On institue la thérapeutique d'urgence habituelle et on applique sous étroite surveillance des réflexes, du pouls, de la courbe thermique, la strychnine à raison de 1 cgr. intra-veineux par heure. La dose totale atteinte ainsi le lendemain s'élève à 8 centigrammes.

25 *septembre*. — L'état comateux persiste, quoique moins profond : réflexes toujours abolis avec ébauche de Babinski à droite, température à 38°, pouls à 110. On continue la strychnine par voie sous-cutanée (5 mgr. toutes les deux heures).

26 *septembre*. — Sortie du coma : malade consciente, reste néanmoins encore fortement obnubilée, est très agitée, accuse une céphalée violente et surtout se plaint de ne rien voir. Et en effet, ni la fenêtre ouverte à 2 m. du lit, ni la main placée devant ses yeux ne sont perçues par la malade, qui conserve cependant une perception lumineuse en rouge plus nette à droite et du côté temporal.

Examen ophtalmologique. — Léger nystagmus transversal, pupilles égales, en mydriase, réagissant normalement, tonus sensiblement normal des deux côtés (14 au Schiötz). Fond d'œil (après homatropine) :

Œil droit : papille aux contours un peu flous, légèrement décolorée dans son tiers temporal ; une T.A.R. à peine modifiée : 40-45 au Bailliart pour une T.A. générale à 11-7 ; région maculaire est sensiblement normale.

Œil gauche : présente un aspect très différent : papille floue, estompée en totalité, œdématiée ; décoloration franche du côté temporal avec à ce niveau artères rétiniennes grêles, filiformes, contrastant avec un volume normal des veines ; la T.A.R. élevée à 55-60 au Bailliart. Enfin, une macula rouge tranchant sur la pâleur rétinienne sans présenter toutefois son aspect caractéristique au cours des oblitérations de l'artère centrale.

L'interrogatoire de la malade et de son entourage permet alors de trouver dans ses antécédents une névrite optique gauche infectieuse ayant fait suite, deux ans auparavant, à une sinusite d'origine dentaire et guérie sans séquelles (semble-t-il) quinze jours environ après l'avulsion de la dent malade.

Nous n'avions à ce moment-là aucune notion précise sur les troubles oculaires d'origine barbiturique et l'idée d'une amaurose toxique strychninique fut la première qui nous vint à l'esprit. Cependant, l'obnubilation persistante, l'hypotonie musculaire, la persistance d'une forte diminution des réflexes tendineux nous incitèrent à continuer prudemment la strychnine en lui associant l'acécholine à forte dose (deux fois 20 cgr. par jour).

27 *septembre*. — Amélioration notable : malade lucide, répond très normalement aux questions, accuse encore une forte céphalée, mais surtout commence à distinguer aussi bien la lumière venant de la fenêtre que les blouses blanches de ceux qui l'entourent.

Fond d'œil : accentuation encore plus marquée de l'inégalité entre les deux côtés du fait de l'aspect presque normal du côté droit, alors que du côté gauche persistent aussi bien le flou papillaire que la décoloration du champ temporal, malgré une augmentation sensible du calibre artériel et une diminution à 45 de la T.A.R. On supprime maintenant la strychnine ; on continue l'acécholine (20 cgr. par jour).

29 *septembre*. — Acuité visuelle augmente : malade compte les doigts à 2 m. du côté droit, à 25 cm. seulement à gauche ; même aspect du fond d'œil ; mêmes chiffres de la T.A.R. ; mais, en plus : le champ visuel normal à droite présente à gauche un scotome central net, d'un rayon de 15°-20°, pour le vert, rouge et blanc, avec conservation parfaite du champ périphérique.

Nous retrouverons les mêmes troubles aux examens suivants jusqu'au 8e jour quand la malade quitte l'hôpital. Nous l'avons revue deux semaines, puis un mois plus tard : l'acuité visuelle était revenue à 10/10 à droite, à 8/10 à gauche, le fond d'œil est absolument normal, la T.A.R. à 35 des deux côtés.

En résumé, chez une malade qui à la sortie d'un coma barbiturique a présenté une amaurose persistante, l'examen oculaire nous a montré deux ordres de signes :

1. L'existence dès les premières heures de signes de spasme rétinien bilatéral dont témoignaient l'aspect filiforme, spasmé des artères rétiniennes avec décoloration papillaire et élévation de la T.A.R. — troubles ayant rapidement réagi au traitement.

2. D'autre part et du côté gauche seulement, œil antérieurement touché par une névrite infectieuse : de l'œdème papillaire, un scotome central avec intégrité de la vision périphérique, signes manifestement en faveur d'une névrite optique rétro-bulbaire et auxquels s'ajoutait une diminution nette de l'acuité visuelle de ce côté. Nous ignorons malheureusement le chiffre de cette acuité avant l'accident toxi-

(1) Nous devons exprimer ici notre respectueuse gratitude à Mme Schiff-Wertheimer, ophtalmologiste des Quinze-Vingts, pour l'appui bienveillant qu'elle nous a accordé au cours de ce modeste travail.

que : lui seul aurait pu nous donner la certitude sur la perte ancienne ou récente des 2/10 de l'acuité visuelle de l'œil gauche constatée ultérieurement chez cette malade.

La fréquence des accidents oculaires au cours de cette intoxication — leur pathogénie vasculaire ou nerveuse — leurs caractères différentiels avec les troubles nerveux de la strychnine et les notions thérapeutiques qui en découlent — tels étaient les points que nous nous étions proposé d'étudier par l'examen ophtalmologique complet et systématique de toute une série d'intoxiqués par les barbituriques observés au cours de nos gardes en médecine du Nouveau Beaujon.

Voici ce qu'à l'heure actuelle il nous paraît possible d'en déduire :

1. *La fréquence du spasme artériel rétinien au cours des intoxications barbituriques* — sur laquelle insistent de nombreuses et récentes publications, nous paraît également considérable dès que la dose toxique a dépassé une certaine limite, essentiellement variable d'ailleurs avec la nature du produit toxique.

Signalé dans les observations de Rivet, Magitot et Bourée (1), de Magitot et Offret (2), de Rivet et Sambron (3), de Dubar, Masquin et Dublineau (4) — le spasme artériel fut trouvé par nous dans 5 cas sur 8 intoxiqués examinés en plein coma et dont *tous* (sauf un mort dans le coma) devaient présenter par la suite une amaurose nette et plus ou moins persistante. Voici brièvement résumés ces cinq cas :

Obs. II. — Mme F. M..., 33 ans. Service Charles Richet, 25 mars.

Examinée en plein coma, 8 heures après ingestion de 3 gr. de gardénal : agitation, pupilles égales, dilatées, réflexe photo-moteur normal, disparition de la sensibilité cornéenne. Fond d'œil : décoloration bitemporale des papilles ; artères transversales rétrécies, sinueuses ; T.A.R. : 40 des deux côtés (pour une T.A.=13-7). Traitement : strychnine, 4 cgr. i.-v. par 12 heures ; acécholine 40 cgr. par jour. Sortie du coma au bout de 36 heures : amblyopie avec vision rouge, puis jaune, pendant 12 heures. Puis amaurose avec conservation de la perception lumineuse pendant 8 heures. Enfin, au troisième jour, récupération complète de la vision (9/10 deux côtés). Fond d'œil, champ visuel central et périphérique normal. Quitte l'hôpital le cinquième jour, guérie.

Obs. III. — Mme E. K..., 33 ans, journaliste. Service Donzelot.

Examinée à son entrée à l'hôpital 12 heures après ingestion d'une dose *x* de véronal : coma toxique complet ; nystagmus, pupilles égales, réagissant normalement. Fond d'œil : pupilles bien limitées, de coloration normale ; aspect et calibre artériel sensiblement normal ; T.A.R. néanmoins à 50-55 au Bailliart (pour une T.A. normale à 13-8). Traitement : strychnine 5 mgr. i.-v. par heure plus acécholine 40 cgr. par jour).

Sortie du coma le soir même : amaurose avec perception lumineuse faible et colorée ; hallucinations visuelles persistant pendant 3 jours. Puis réapparition progressive de la vision coïncidant avec une diminution parallèle de la T.A.R., qui s'établit définitivement à 35.

Guérison sans séquelles après courte rétention d'urine nécessitant cathétérisme.

Obs. IV. — M. Ch. M..., 51 ans, marchand forain. Service d'urgence.

Nuit du 6 juillet : intoxication par 16 gr. de gardénal avec coma profond, stertor-aréflexie totale, pupilles très dilatées, réagissant à peine.

Fond d'œil : papilles floues, aux contours estompés, très pâles ; artères grêles, pâles, comme vidées de sang ; T.A.R. très basse : une pression minime (10-16 au Bailliart) suffit pour faire apparaître, puis disparaître les battements, hypotension qui persistera jusqu'à la fin ; macula chargée et très rouge.

Lendemain, malgré traitement intensif : température à 41°, pouls 140, et mort dans le coma le troisième jour, les signes ophtalmoscopiques ayant persisté jusqu'à la fin.

Obs. V. — Mlle S. P..., 19 ans : intoxication mixte : un tube véronal, un tube dial à quelques minutes d'intervalle. Traitée depuis son entrée par la strychnine, qui atteint actuellement 4 cgr. par voie intra-veineuse. Sort le soir même de son coma et se plaint d'emblée de voir trouble.

Examen oculaire (12 heures après) : amblyopie nette, brouillard devant les yeux, voit du rouge, des mouches volantes, des étoiles colorées. Fond d'œil : papilles floues, non saillantes, franchement décolorées dans le tiers temporal, avec artères rétrécies et T.A.R. élevée (55 pour une T.A. à 11-8).

Guérison après période fébrile de 6 jours, réaction pleuro-pulmonaire de la base gauche ; aucune séquelle oculaire ; acuité 10/10 des deux côtés.

Obs. VI. — Mme G. D..., 27 ans. Amenée au service d'urgence dans un état demi-comateux ; aurait avalé le contenu de trois tubes de véronal. Application immédiate du traitement d'urgence, précédé néanmoins par l'examen du fond d'œil, qui montre, comme dans les cas précédents, un aspect nettement spasmé des artères rétiniennes, une élévation à 45-50 (au Bailliart) de la T.A.R. Sortie du coma au bout de 6 à 7 heures, suivie immédiatement d'une amaurose courte mais manifeste, cédant elle-même au bout de quelques heures au traitement à l'acécholine. Guérison sans séquelles, fond d'œil et T.A.R. ayant repris leurs caractères normaux.

Nous venons de voir une suite de malades chez lesquelles l'examen ophtalmologique pratiqué dès les premières heures et encore en plein coma, avait montré l'existence d'un angio-spasme rétinien qui permettait de prévoir les troubles visuels leur faisant invariablement suite.

La question pathogénique de ce spasme, son origine barbiturique, son indépendance complète des accidents nerveux ou vaso-moteurs de la strychnine à laquelle on aurait à priori tendance à l'attribuer, sont autant de points qui nous paraissent aujourd'hui à peine discutables.

On connaît, en effet, actuellement l'action spasmophile générale des barbituriques qui dans un cas cité par Claude Lamache et Daussy (5) a pu déterminer une véritable gangrène symétrique des extrémités. Nous avons vu d'autre part aussi bien dans le cas de Dubar et Dublineau (4) que dans nos observations 2, 3 et 6 les troubles oculaires apparaître avant toute thérapeutique, en dehors de toute application de la strychnine. Loin donc de constituer une contre-indication à cette médication, les troubles oculaires des barbituriques *demandent au contraire, au même titre que les autres troubles toxiques, la continuation prudente de la strychnothérapie*, suivant les règles aujourd'hui précises auxquelles a été soumise la méthode de Haggard, Greenberg et Ide. Nous avons

constamment suivi cette conduite. Nous n'avons jamais noté le moindre accident.

Beaucoup plus délicate devient la discussion *du rôle qu'il faut accorder au système artériel dans la détermination même de l'amaurose toxique*. Rôle capital pour certains auteurs qui, comme dans l'intoxication par la quinine, voient dans l'angiospasme et l'ischémie qu'il entraîne la cause essentielle et suffisante des troubles visuels ; — rôle accessoire et discutable pour d'autres, auxquels le caractère transitoire et l'intensité souvent minime du spasme paraissent incompatibles avec l'intensité et la durée de l'amaurose qu'on leur attribue.

Nous nous rallions volontiers à cette seconde opinion et ceci pour deux motifs qui nous paraissent également concluants :

a) *Les caractères des troubles visuels dus au spasme artériel sont très différents de ce que nous avons observé au cours des intoxications barbituriques.* En effet, diminution de la vision plus que sa perte, amblyopie plutôt qu'amaurose, s'accompagnant le plus souvent d'inexcitabilité pupillaire et surtout d'un rétrécissement souvent longtemps durable du champ visuel périphérique alors que la vision maculaire revient rapidement, — tels sont les caractères accordés classiquement aux troubles visuels par angiospasme rétinien.

Eléments sensiblement différents avec ce que nous avons observé chez nos malades, notamment en ce qui concerne le champ visuel dont les caractères seuls ont permis à Traquair (6) d'établir la distinction pathologique de deux ordres d'amblyopies toxiques :

— Avec scotome central ou para-central : origine nerveuse ;

— Avec rétrécissement périphérique du champ visuel : origine vasculaire.

b) *La disproportion souvent considérable entre l'intensité du spasme artériel et l'intensité de l'amaurose que présentent ces malades.*

On distingue classiquement et par ordre d'intensité *deux types* du spasme artériel rétinien : l'un massif, touchant le tronc même de l'artère rétinienne, avec ischémie complète, artères vides et pâles, T.A.R. nulle ou insignifiante — l'autre touchant simplement les ramifications capillaires, avec rétrécissement du calibre vasculaire et élévation parallèle de la T.A.R. minimale. Dans le premier cas cécité absolue, souvent définitive avec atrophie optique rapide comme dans les cas signalés par Abadie (7), Luigi Maggiore (8) et Satanowski (9), d'où pronostic grave. Dans l'autre amblyopie transitoire, légère, cédant rapidement aux anti-spasmodiques : acétylcholine et nitrite d'amyle.

Dans nos observations, le premier de ces deux types paraît nettement réalisé dans l'Obs. 4 chez ce malade qui mourra au cours de son coma et qui présentait une forte hypotension rétinienne (1). Tous les autres cas correspondent sensiblement au deuxième type, mais n'expliquent alors nullement l'intensité et la durée de l'amaurose qui, dans deux cas (Obs. 3 et 5), avait persisté même au delà du retour à la normale du fond d'œil et de la T.A.R.

Nous sommes donc obligés de chercher ailleurs et arrivons ainsi au deuxième point, celui-ci sans doute bien plus important, dans la pathogénie de ces troubles :

II. *Le facteur nerveux dans l'amaurose barbiturique* — dont on doit d'emblée distinguer trois éléments : l'atteinte des cellules rétiniennes, la localisation au niveau des centres cérébraux, la névrite optique rétro-bulbaire.

Les cellules rétiniennes subissent sans doute les mêmes altérations qu'on leur a trouvées au cours des intoxications aiguës par la quinine, l'atoxyl, l'alcool, la fougère mâle. Leur fragilité, toute particulière aux toxiques, explique que des doses relativement peu importantes suffisent pour provoquer ce qu'on a appelé « la sidération cellulaire », en réalité première étape de dégénérescence ne lésant d'abord que les bâtonnets rétiniens, mais qui ne manque pas de s'accentuer, de s'étendre à la totalité des nerfs et cellules rétiniennes pour peu que la dose toxique augmente, que la durée de l'intoxication se prolonge.

La localisation des toxiques de la série barbiturique au niveau des centres nerveux supérieurs est depuis longtemps bien connue. Chimiquement Lhermitte et Parturier (10) en démontrent la présence au niveau des centres méso- et diencéphaliques. Cliniquement Hassin et Camps (11) rapportent un cas d'ophtalmoplégie externe nucléaire avec ptosis, Mlle Sentis et Rimbaud (12) une diplopie, Trelles et Lagache (13) un syndrome pédonculaire, Achard (14) une paralysie des élévateurs des paupières et signale chez un malade le phénomène des yeux de poupée.

Ces constatations concordent avec des récents travaux anatomo-pathologiques aussi bien étrangers (15) que français (16) qui montrent au niveau du cerveau des barbiturisés un œdème diffus considérable, une vaso-dilatation importante, des hémorragies pie-mériennes et intra-parenchymateuses, enfin une infiltration graisseuse des ganglions, de la glie et des cellules des parois vasculaires.

Il ne nous semble pas qu'on puisse dans l'un de nos cas parler d'une atteinte nerveuse haute. Avant tout ordre expérimental ces lésions n'ont été rencontrées en pratique que dans les intoxications massives, tuant le plus souvent au cours même du coma.

La névrite rétro-bulbaire barbiturique constitue enfin un point qui nous intéresse tout particulièrement : bien qu'elle devrait logiquement exister comme dans bien d'autres intoxications exogènes, il n'en existe, à notre connaissance, aucun cas publié jusqu'ici. Et cependant notre malade de l'Obs. 1 en présentait manifestement des signes. Avec toutefois cette restriction : elle était unilatérale, elle touchait un œil déjà antérieurement lésé par une névrite infectieuse, d'origine sinusale. Devons-nous donc considérer les signes que présentait notre malade comme des séquelles de son ancienne affection, ou avons-nous néanmoins le droit de les attribuer à une névrite toxique rétro-bulbaire touchant un faisceau maculaire fragilisé par l'atteinte antérieure ?

(1) Deux autres cas d'intoxications massives par les barbituriques morts dans le coma avaient présenté la même hypotension minima extrême, sur la valeur pronostique de laquelle nous reviendrons.

La seconde hypothèse nous paraît — malgré tout — la plus tentante et ceci basé sur le simple motif du *caractère évolutif des troubles observés chez cette malade et leur rétrocession complète*, contrôlée depuis par plusieurs examens objectifs ; fait indiscutablement impossible dans le cas d'une ancienne lésion cicatricielle et partant définitive. Il s'agissait ainsi pour nous d'une véritable névrite toxique rétrobulbaire dont l'unilatéralité avec localisation sur un œil antérieurement lésé peut avoir deux causes : *nerveuse :* fragilité spéciale et pré-existante des cellules et fibres nerveuses les rendant ainsi plus facilement vulnérables ; *vasculaire :* état spasmophile particulier des vaisseaux rétiniens, angiospasme entrant pour lui seul dans la pathogénie de certaines névrites rétrobulbaires (Luigi-Maggiore).

En conclusion : qu'il nous soit permis de résumer les points principaux de ce que nous avons essayé d'exposer jusqu'ici :

I. *La fréquence pour nous considérable des troubles oculaires au cours des intoxications barbituriques aiguës*, manifestés subjectivement par une amaurose — objectivement par l'apparition dès les premières heures de signes d'angiospasme rétinien révélé par l'examen ophtalmoscopique de ces malades, examen qu'on aurait ainsi intérêt à pratiquer le plus souvent et le plus précocement possible, au cours même du coma, afin d'associer utilement au traitement habituel les antispasmodiques, l'acétylcholine en particulier.

II. *La double pathogénie de cette amaurose — pathogénie vasculaire :* angiospasme rétinien touchant, suivant la gravité du cas, les capillaires rétiniens ou le tronc même de l'artère centrale de la rétine, donnant dans le premier cas, de beaucoup le plus fréquent, une amaurose précoce, transitoire bénigne, réagissant favorablement à l'acétylcholine.

— *Pathogénie nerveuse :* atteinte en premier lieu des cellules et fibres nerveuses de la rétine rendant compte des troubles prolongés, persistant au delà du spasme artériel rétinien. De degrés également variables avec l'importance de l'intoxication elle peut aboutir à l'atrophie et à la cécité définitive, d'où son pronostic infiniment plus redoutable. Enfin sans aucun rapport avec l'amblyopie strychninique à laquelle elle fut tout d'abord assimilée, l'amaurose barbiturique indique au contraire la continuation prudente de la strychnine au même titre que les autres accidents aigus du toxique.

Dans ce même ordre d'idées, dans le cadre des lésions nerveuses des barbituriques, croyons-nous pouvoir rapporter ici un cas de *névrite optique barbiturique*, véritable névrite toxique rétrobulbaire maculaire, identique à celles des intoxications alcooliques, tabagiques, quininiques dont elle paraît entièrement partager la pathogénie, l'évolution et le pronostic. Nous avons détaillé plus haut les critiques auxquelles ce cas nous exposait, critiques que nous avons nous-mêmes soigneusement et impitoyablement envisagées avant de céder à la tentation de croire et de défendre l'authenticité de ce cas. L'absence d'expérimentation nous empêche à l'heure actuelle d'être plus affirmatifs.

III. *L'importance au point de vue pronostique de l'examen du fond de l'œil dans le coma barbiturique* — et en particulier la gravité du pronostic qui se rattache à une forte hypotension rétinienne traduisant le spasme massif du tronc artériel rétinien et partant l'intoxication grave. Les chiffres de 25-20 de tension minima (au Bailliart) nous paraissent approximativement la limite supérieure des tensions rétiniennes permettant encore d'espérer l'effet du traitement, la sortie du coma et la guérison.

BIBLIOGRAPHIE

1. L. Rivet, A. Magitot et J. Bourée. — *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 3 avril 1936.
2. A. Magitot et G. Offret. — *Soc. d'opht. de Paris*, 1936.
3. L. Rivet et Sambron. — *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, janvier 1934.
4. Dubar, Masquin et Dublineau. — *Soc. d'opht. de Paris*, octobre 1931.
5. Claude Lamache et Daussy. — *Soc. d'opht. de Paris*, 1934.
6. Traquair. — *Congrès d'opht. d'Oxford*, 1930.
7. Abadie. — *Soc. d'opht. de Paris* et *Presse méd.* 1925, n° 6.
8. Luigi Maggiore. — L'importanza degli angiospasmi in alcune forme di atrofia ottica et di nevrite retrobulbare, *Clin. oculist. Univ. Bari.*
9. Satanowski. — Two cases of spasm of central retinal artery, *Soc. Brit. d'opht.*, octobre 1931.
10. Lhermitte et Parturier. — *Revue neurol.*, nov. 1930.
11. Hassin et Camps. — *Soc. de thérapeut.*, février 1924.
12. Mlle Sentis et Rimbaud. — *Montpellier méd.*, 1920.
13. Trelles et Lagache. — *Ann. Méd. psych.*, mai 1932.
14. Achard. — *Revue gén. de méd. et chir. de l'Afrique du Nord*, 1929.
15. Else Petri (in Hecke Lubarsch). — *Anat. path. der Barbiturunvergiftungen.*
Hasuzawa. — Pathology of central nervouis system in experimental dial poisoning, *Nagasaki Igakai-Zassi, VI*, 1932.
Jankowitch. — *Monatschifd f. Psych. u. Neurol.*, octobre 1932.
16. Jean Lhermitte. — *Anesthésie et Analgésie*, fév. 1936.
Carrière, Huriez et Willoquet. — *Paris médical*, N° 29, 21 juillet 1934.
Euzière, Vidal, Viallefont et Bert. — *Revue d'O. N. opht.*, mai 1934.
Le Loupp. — *Thèse de Paris*, 1934.
Levy. — *Thèse de Paris*, 1926.
L. Ramond. — *Presse méd.*, septembre 1933.
Parinaud. — *Journal de méd. et ch.*, 1896.
Morax. — *Soc. d'opht. de Paris*, 1923.
Bailliart. — *Soc. d'opht. de Paris*, 1927.
Terrien. — *Progrès médical*, 1929, et *Concours médical*, 1932.
G. Weill. — *Revue d'oto-neuro-opht.*, mai 1933.
P. Vallery-Radot et Israel. — *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1936.
Willefeld et Leroy. — *Groupement belge d'études oto-neuro-opht.*, mai 1936.
Heindl. — *Arch. Klin. Chirurgie*, 1930.
Creveling. — *California and West. med.*, févr. 1930.
Buzzard-Gunn. — 50e *Congrès de la Soc. Opht. Britannique*, 1930.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LE SECRET PROFESSIONNEL MÉDICAL ET LES DÉPOSITIONS EN JUSTICE

Le médecin est parfois, dans son souci de respecter le secret professionnel, en proie à de sérieuses perplexités. Celles-ci sont particulièrement justifiées s'il est appelé à déposer devant les tribunaux. Le fait sur lequel il est interrogé constitue-t-il le secret envisagé par l'art. 378 du Code pénal ? La prohibition édictée par la loi répressive l'autorise-t-elle à refuser son témoignage ?

Délicate pour le médecin, la question l'est bien souvent aussi pour le juriste, en raison des variations fréquentes de la jurisprudence qui n'a point jusqu'à présent fixé une norme à l'abri de laquelle on aime à pouvoir donner en toute sécurité son conseil.

Tout d'abord, que dispose l'article 378 ? « Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 francs à 500 francs. »

L'un des éléments du délit est donc que le fait révélé constitue un secret, et il est clair que ne peut être considéré comme tel indistinctement tout ce qui a été appris par un médecin dans l'exercice de sa profession. C'est ce qu'exprimait très parfaitement M. le conseiller Tanon, en une note relative à un arrêt de Cassation du 18 décembre 1885 (voir *Gazette du Palais*, 1885-I-225) : « Il faut que les faits aient été confiés sous le sceau du secret ou, à défaut de cette condition, qu'ils soient secrets de leur nature et que la connaissance en ait été acquise par le dépositaire dans l'exercice de sa profession. »

Quelques années plus tard, le 18 juillet 1904, la Chambre des Requêtes de la Cour de Cassation rendait, sous la présidence du même éminent magistrat, un arrêt faisant application de ces principes. Rien, peut-on lire dans cette décision, au point de vue légal, n'interdit à un médecin de délivrer une attestation de sanité d'esprit d'un testateur auquel il a donné des soins, ni au juge d'y puiser un élément de preuve à l'appui de sa décision, si la nature de la maladie n'est point précisée et s'il n'apparaît pas que le fait attesté par le médecin lui ait été confié sous le sceau du secret, ni qu'il fut secret de sa nature.

Mais cet arrêt si sage était demeuré isolé et la jurisprudence dominante avait considéré que l'intention criminelle n'était pas un élément essentiel à l'existence du délit et qu'il n'y avait pas lieu de rechercher si la révélation était susceptible de causer un préjudice à celui qui avait confié le fait.

La Chambre Civile vient récemment de revenir aux principes affirmés par l'arrêt du 18 juillet 1904, en une décision du 13 juillet 1936 d'un intérêt non seulement théorique, mais encore pratique, parce que rendue en matière de maladie d'origine professionnelle et susceptible par suite d'être invoquée dans les instances nombreuses nées de l'application de la loi du 25 octobre 1919 qui a étendu à cette matière les dispositions de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

Un médecin avait été cité comme témoin dans une enquête, à l'effet de dire si le décès d'une jeune ouvrière, à laquelle il avait donné des soins au cours de l'affection dont elle était morte, devait être attribué à une intoxication imputable aux produits employés par son patron.

Requis de déclarer ce qu'il savait à cet égard, le médecin avait refusé de déposer, à moins d'y être autorisé par toutes les parties en cause.

Délié du secret par les ayants-droit de la victime, le médecin ne l'avait point été par le patron et avait dès lors refusé son témoignage.

Saisie du litige, la Cour d'Orléans n'avait pas admis que le médecin pût ainsi échapper à l'obligation de déposer.

Le médecin avait alors formé un pourvoi à l'appui duquel il avait invoqué le moyen unique suivant : « Violation de l'article 378 du Code pénal en ce que l'arrêt attaqué oblige un médecin cité comme témoin par les héritiers d'une personne qu'il a soignée et délié par eux du secret professionnel à déposer en justice sur des faits dont il a eu connaissance par l'exercice de sa profession, alors que le secret professionnel étant général et absolu il est interdit au médecin de rien révéler aux tiers à quelque occasion que ce soit de ce qu'il a connu comme médecin traitant. »

L'arrêt du 13 juillet 1936 a rejeté le pourvoi et décidé que le médecin pouvait, sans qu'il soit contrevenu aux dispositions de l'art. 378 du Code pénal, être entendu comme témoin, motif pris de ce que le fait articulé par le père de la défunte à l'appui de sa demande, à savoir que le décès était consécutif à un empoisonnement attribuable aux substances employées dans les fabrications, d'où ne pouvait résulter aucune atteinte à la mémoire de la défunte, n'était pas de ceux qui, par leur nature et les conséquences qui s'y rattachent, doivent être considérés comme rentrant dans les prévisions de l'article 378 et comme présentant les caractères d'un secret.

La Cour de Cassation est ainsi revenue à son interprétation ancienne, la seule susceptible d'éviter l'abus de la notion du secret professionnel, et il semble que, pour l'instant tout au moins, les médecins puissent trouver dans les termes d'un arrêt de la Chambre Criminelle du 25 juillet 1830, remis en honneur, les normes et les apaisements nécessaires à leur conscience : « L'article 378 du Code pénal a pour objet de punir les révélations indiscrètes inspirées par la méchanceté et le dessein de diffamer ou de nuire ; mais il ne s'ensuit pas que les personnes qui exercent les professions visées par ce texte doivent être dispensées de faire à la justice la révélation des faits à leur connaissance lorsqu'elles sont entendues comme témoins et que, dans l'intérêt de l'ordre public, leurs dépositions sont jugées nécessaires pour parvenir à la découverte de la vérité. »

C. NATTAN-LARRIER,
Docteur en Droit,
Avocat à la Cour de Paris.

LIVRES NOUVEAUX

La vie dictée par la science, par Mme, née KACHPEROFF et M. MACAIGNE. — Paris, Amédée Legrand, 1936.

Si, au cours des maladies, le développement harmonieux des facultés psychomorales est sans conteste un facteur des plus importants de la résistance du terrain, cette harmonie n'a pas moins d'importance pour la santé morale de l'homme, tant au point de vue individuel qu'au point de vue collectif.

C'est l'éducation première qui, plus que tout, peut développer et modeler les facultés utiles ; la culture humaine scientifique bien comprise est inspiratrice de l'altruisme qui seul peut provoquer cet épanouissement.

On lira avec intérêt cette étude psychologique où les auteurs, partant des données les plus générales, les plus objectives et apparemment les plus indépendantes de toute éthique, édifient une méthode générale d'éducation psychomorale conciliable avec les conceptions philosophiques

les plus diverses. Ils reprennent et développent ici les idées exprimées dès 1903 à l'occasion d'un congrès médico-pédagogique, idées auxquelles le temps ni une méditation prolongée n'ont apporté aucune correction essentielle.

Dans le désarroi présent du monde, la science doit étendre sa bienfaisance au delà du domaine matériel ; elle peut, si elle est bien comprise, fournir à l'homme une aide précieuse pour échapper à une confusion où peut disparaître tout ce qui fait la valeur de la vie et cela même qui est la raison de vivre.

L. B.

Anatomie de la tête et du cou, par le docteur E. OLIVIER, professeur à la Faculté de médecine de Paris. *Etude du système dentaire*, par le docteur RAISON, stomatologiste des hôpitaux de Paris. Un volume in-8° de 372 pages et un atlas de 235 figures. A Paris, 1936, chez Amédée Legrand, 93, boulevard Saint-Germain. Prix des 2 volumes : 65 fr.

CONGRÈS

VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE HAUTE CULTURE MÉDICALE

Sous les auspices du Gouverneur général de l'Algérie, du 25 mars au 6 avril 1937, à Alger

Président d'honneur du Congrès : M. Jean Perrin, sous-secrétaire d'Etat à la Recherche Scientifique, Paris.

Président : Prof. G. Hardy, recteur de l'Académie d'Alger.

Vice-Président d'honneur : Prof. Leblanc, doyen de la Faculté de Médecine, d'Alger.

Président de la Section Scientifique : Prof. Dr E. Brumpt, de l'Académie de Médecine, professeur à la Faculté de Paris.

Vice-Président : Prof. A. Dustin, recteur de l'Université de Bruxelles.

Sujets traités : 1. *Maladies tropicales, sub-tropicales, infectieuses.*

Président : Sénateur Maragliano, président de la Société italienne de Médecine, Gênes.

2. *Syphilographie et Dermatologie.*

Président de la Section Clinique : Prof. Milian, président de la Ligue française contre le Péril vénérien.

Président de la Section Scientifique : Prof. Levaditi, professeur à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de Médecine.

3. *Affections cardiovasculaires.*

Président : Prof. Laubry, directeur de la Clinique Cardiologique, Faculté de Médecine, Université de Paris.

4. *Maladies du sang.*

5. *Médecine générale, Conférences libres.*

6. *Médecine sociale.*

Président : Dr Hazemann, chef du Cabinet technique du ministre de la Santé publique, Paris.

Vice-Président de la Section Scientifique : Dr Cavaillon, ministère de la Santé publique, Paris.

Commémoration. — Durant le Congrès aura lieu une commémoration internationale en l'honneur de *Laveran*, Manson, Ross, Marchiafava, Golgi, Celli, Grassi, illustres savants aujourd'hui disparus, qui ont contribué par leurs recherches et leurs travaux à la solution du problème d'une lutte efficace contre le *paludisme* (Malaria).

Cette commémoration sera radiodiffusée simultanément, avec relais internationaux. Conférenciers : Prof. Brumpt, Université de Paris ; Dr Sergent, directeur de l'Institut Pasteur, Alger ; Dr Manson Bahr, Londres ; Prof. Alessandrini, Rome ; Mme Celli.

Deux concerts seront dirigés par le célèbre compositeur Franz Lehar.

Pour tous renseignements, inscription (gratuite pour les étudiants), réductions de chemins de fer et bateaux, excursions, s'adresser *sans retard* aux Agences des Wagons-lits-Cook. Secrétariat L. W. Tomarkin, Institut Alfred Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e). (Téléphone : Glacière 06-65).

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

VACCINE

La vaccine est une maladie infectieuse fébrile et contagieuse des bovidés, qui peut déterminer chez eux une éruption localisée aux muqueuses ou une éruption généralisée.

Transmissible à l'homme par inoculation, elle détermine chez lui une *éruption pustuleuse* bénigne, qui lui confère l'immunité contre la variole.

C'est la constatation de cette immunité pour la variole chez les vachers qui avaient été atteints de cow-pox qui est à la base de la vaccination préconisée par Jenner.

Préparation. — On choisit des génisses sevrées de 3 à 6 mois. On les inocule sur le flanc et la mamelle.

Le 5e jour après l'inoculation, on pratique un grattage à la cuisse et on recueille aseptiquement la lymphe vaccinale.

Conservation. — On broie, puis on tamise cette lymphe vaccinale ;

On l'incorpore dans de la glycérine ;

Enfin, on la répartit dans des ampoules.

Le contrôle du vaccin doit être rigoureux et doit porter à la fois :

— *Sur sa pureté*, par des cultures ;

— *Sur son activité*, par inoculation au lapin.

Vaccination : Indications. — La vaccination est obligatoire en France (loi de 1902) :

— Chez le nourrisson.

— A 11 ans.

— A 21 ans.

Mais en période d'épidémie, il est indiqué de revacciner tout le monde et surtout les sujets qui n'ont pas été vaccinés depuis 5 ans, car l'immunité est de 5 à 7 ans.

L'immunité survient entre le 5e et le 7e jour après la vaccination.

Technique. — La vaccination se pratique à la région deltoïdienne, ou à la face externe de la cuisse.

Après avoir aseptisé la peau avec de l'éther ou de l'alcool qu'on essuie pour éviter la destruction du vaccin par les antiseptiques, on dépose le vaccin en trois points différents, puis on pratique des inoculations intradermiques par scarification légère avec le vaccinostyle.

Evolution. — L'évolution de la vaccine est variable, suivant qu'il s'agit de primo ou de revaccination.

En cas de primovaccination, elle est remarquablement constante.

— L'*incubation* dure trois jours pendant lesquels on voit seulement le léger trait rouge de la scarification.

Parfois le 3e jour survient une fièvre légère.

— *Le 4e jour*, apparaît une *macule*.

— *Le 5e jour*, celle-ci se transforme en une *papule*.

— *Le 6e jour*, il existe une *vésicule* transparente, opaline, entourée d'une auréole rouge.

— *Le 7e jour*, la vésicule s'est étalée, elle s'ombilique en son centre et devient trouble.

Le 8e jour, il s'agit d'une pustule typique, déprimée en son centre, de couleur nacrée, toujours entourée d'une auréole.

Le 9e jour et le 10e jour, la réaction inflammatoire est à son maximum, la peau voisine se tuméfie, s'œdématise, les ganglions de voisinage sont tuméfiés et douloureux.

Puis la pustule se flétrit, la réaction inflammatoire s'atténue.

Le 12e jour, la dessiccation commence, une croûte se forme, il existe un prurit très marqué.

Vers *le 20e jour*, la croûte tombe, laissant une cicatrice d'abord rougeâtre, puis blanchâtre, pointillée, gaufrée, indélébile et caractéristique.

Aux phénomènes locaux s'associent des *signes généraux* légers. Poussée fébrile à 38.

Pouls légèrement accéléré.

Anorexie.

Dans *le sang*, apparaît une leucocytose à mononucléaires avec légère myélocytose, une réaction passagère de déviation du complément en présence de pulpe vaccinale, un pouvoir neutralisant.

FORMES CLINIQUES

Vaccine retardée, exceptionnelle avec période d'incubation de 8 à 10 jours.

Vaccine accélérée, avec suppuration dès le 7e jour.

Vaccine généralisée, due généralement à des auto-inoculations par grattage.

Elle se voit surtout lorsqu'il existe des lésions cutanées préexistantes : eczéma, prurigo.

REVACCINATION

Les revaccinations n'ont pas la même évolution que la primovaccination.

Bien plus, l'évolution n'a plus aucun monomorphisme, tout dépend de l'état allergique du sujet.

— Tout d'abord, si l'immunité persiste, la réaction peut être nulle aussi bien au point de vue local qu'au point de vue général.

— D'autres fois, on aura une réaction très précoce simplement maculeuse ou maculopapuleuse.

— Parfois, la réaction sera vésiculopapuleuse, la vésicule apparaissant dès la fin du 2e jour ou au 3e.

— Enfin on pourra avoir une forme pustuleuse comme dans la primo-infection, mais la réaction commence au bout de 24 heures, est maximum vers le 5e jour et la régression est rapide.

En somme, il s'agit donc de formes atténuées, précoces et abortives et l'atténuation est d'autant plus forte que l'allergie de l'organisme est plus grande.

FORMES ASSOCIEES

La vaccine est incompatible avec *la rougeole*.

Cette affection entraîne un état d'anergie et le vaccin « ne prend pas ».

La vaccination pratiquée en cours d'incubation de la *variole* atténue généralement celle-ci.

Chez le *diabétique*, la lésion peut se compliquer, d'abcès, de furoncles, de phlegmons, de gangrène.

Chez le *leucémique*, des accidents graves peuvent survenir et la vaccination est formellement contre-indiquée.

Enfin Sergent a vu la vaccination provoquer *la généralisation d'un sarcome.*

COMPLICATIONS

La vaccine est une affection bénigne qui préserve contre une maladie fort grave, « la variole ».

Il faut savoir cependant que la maladie est susceptible parfois de complications :

Eruptions à types morbilliformes, miliaires, plus rarement scarlatiniformes ou polymorphes.

Infection secondaire des pustules, chez les enfants infectés ou mal soignés, d'où ecthyma, impétigo et même érysipèle.

Beaucoup plus importantes sont les *complications nerveuses.*

Ces cas étaient autrefois fort rares.

Depuis 1924, ils sont beaucoup plus fréquents et surtout dans certains pays (Grande-Bretagne, Hollande).

Ces accidents surviennent le 4e ou 5e jour de l'éruption, c'est-à-dire vers le 10e jour après la vaccination.

Le *début* est brutal.

— Soit par un grand syndrome méningé avec céphalée, vomissements, élévation thermique à 40.

— Soit par des signes encéphalitiques, convulsions suivies de paralysie et de coma.

— Soit par un coma d'emblée avec cyanose et dyspnée.

La ponction lombaire montre un liquide contenant des lymphocytes, quelquefois des polynucléaires au début avec souvent dissociation albuminocytologique.

La mortalité est élevée (25 % au moins).

Si l'enfant survit, des séquelles peuvent exister : hémiplégie, aphasie, troubles intellectuels, arrêt du développement.

Ces faits sont d'autant plus angoissants, qu'il s'agit d'une maladie provoquée.

On a donc recherché les éléments qui semblaient jouer un rôle :

Or, il est à noter que : 1° la revaccination donne cinq fois moins d'accidents que la primovaccination.

2° La primovaccination en donne d'autant plus qu'elle est pratiquée plus tardivement, ce qui explique peut-être les accidents nombreux rencontrés en Hollande et en Grande-Bretagne.

3° La souche vaccinale ne semble avoir aucun rôle (Mollaret).

Au point de vue anatomo-pathologique, il s'agit de foyers de démyélinisation peu extensifs, souvent centrés par un vaisseau, la cellule noble est peu touchée ; il n'y a pas de réaction mésenchymateuse. Il s'agit donc d'une maladie de la substance blanche.

NATURE DE LA VACCINE

I. La vaccine est considérée par les Allemands comme une forme atténuée de la variole, en se basant sur :

L'expérimentation : les deux affections sont inoculables à la cornée du lapin et y déterminent la formation de corpuscules de Guarnieri.

La *réaction croisée de déviation du complément ;*

L'immunité réciproque, fait unique en pathologie.

II. L'école française est dualiste :

On admet que l'agent pathogène est un virus filtrant doué expérimentalement d'une affinité élective pour les tissus d'origine ectodermique, le revêtement cutané et le système nerveux.

Mais la théorie vaccinale des troubles encéphaloméningés a été très discutée. On a incriminé le virus filtrant, un état d'hyperallergie, des contaminations vaccinales, un virus spécial (la vaccine ne jouant qu'un rôle biotropique).

En tous cas, on voit l'intérêt de la vaccine :

— Intérêt pratique, puisque sa pratique a fait disparaître à peu près complètement la variole des pays où la vaccination est obligatoire.

— Intérêt biologique, puisque les revaccinations illustrent la notion d'allergie, certaines vaccinations celle d'anergie et qu'enfin, les complications méningées permettent d'étudier quasi expérimentalement le problème si délicat et si important des encéphalomyélites des fièvres éruptives.

JEAN FERROIR.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 9. — SAMEDI 30 JANVIER 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat en médecine de* 1936-1937. — Epreuves orales. Séance du samedi 23 janvier 1937 :

Notes attribuées : MM. Campagne, 20 ; Sérane, 25 ; Huber, 24,5 ; L'Hirondel, 16 ; Delabroise, 17 ; Toufesco, 18 ; Mlle Rist, 23 ; MM. Lacombe, 17 ; Musset, 24 ; Dourgine, 13.

Questions données : Symptômes et diagnostic des embolies du rétrécissement mitral. — Symptômes et diagnostic des fractures du col du fémur.

Séance du mardi 26 janvier :

Notes attribuées : Mlle Darhowsky, 19 ; Mlle Wolfromm, 19 ; M. Prochiantz, 20 ; M. Froidefond, 20 ; M. Piguet, 18 ; M. Guiot, 21 ; M. Castaigne, 20 ; M. Robert (Jean), 21 ; M. Deguillaume, 23.

Questions données : Symptômes, diagnostic et complications des anévrysmes artériels poplités. — Symptômes et diagnostic de l'angine diphtérique sans les complications.

— CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT. *Chirurgie et accouchements.* — A la suite d'une épreuve supplémentaire, l'accessit a été décerné à M. Delinotte.

Académie de chirurgie. — *Prix décernés :* Le prix Duval-Marjolin est décerné à M. Boudreaux.

Le prix Laborie, à MM. Oscar Gilson (de Bruxelles) et André Gratia (de Liége).

Le prix Dubreuil, à M. Tchen-Siang-Tsiuen (de Shanghaï).

Le prix de la fondation Le Dentu, à M. Olivier.

Enfin, la médaille Lannelongue est décernée à M. Lambotte (d'Anvers), pour l'ensemble de ses travaux.

Faculté de médecine de Lyon. — Sont nommés chefs de travaux temporaires pour 1936-1837 : MM. Desjacques, médecine opératoire ; R. Latarjet, physique biologique ; Badinand, chimie organique.

Faculté de médecine de Marseille. — M. Poursines, agrégé à Nancy, est délégué dans les fonctions d'agrégé d'anatomie patholgique, remplaçant de M. Mosinger et chargé à ce titre de la direction des travaux pratiques.

— M. le docteur Paul VIGNE, chargé de cours de clinique dermatologique, a été pérennisé dans ses fonctions.

MM. G. JAYLE, MALMÉJAC, MOSINGER, agrégés, ont été pérennisés dans leurs fonctions.

Ont été nommés chefs de clinique :

Clinique médicale infantile : chef de clinique, M. LEGRAND ; adjoint : M. CAPUS.

Clinique dermatologique : chef de clinique, M. J. DUSAN ; adjoints : MM. J. BOURRET et LOMBARD.

Clinique médicale (prof. Olmer) : chef de clinique, M. AUDIER ; adjoint : M. JOUVE.

Clinique de pathologie exotique : chef de clinique, M. SARDOU ; adjoint : M. FLORI.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Pierre Rimbaud, agrégé, est chargé de la suppléance de M. Boulet, agrégé pérennisé, en congé.

Faculté de médecine de Genève. — M. le docteur Théodore Reh a été nommé professeur extraordinaire d'hygiène et de bactériologie à la Faculté de médecine de Genève.

Collège de France. — M. Farat est nommé administrateur en remplacement de M. Joseph Bédier, admis à la retraite.

— M. Frédéric Joliot est nommé professeur titulaire de chimie nucléraire au Collège de France.

Guerre. — *Section technique.* — Sont désignés comme membres externes de la Section technique du Service de santé, pour l'année 1937 :

M. Junquet, médecin colonel, médecin des hôpitaux militaires, médecin chef de l'hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé ;

M. Fribourg-Blanc, médecin colonel, professeur agrégé au Val-de-Grâce, de l'hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé ;

M. Bolotte, médecin lieutenant-colonel, de l'hôpital militaire Dominique-Larrey, à Versailles ;

M. Bouissou, médecin lieutenant-colonel, médecin chef de l'Ecole supérieure de guerre ;

M. Delaye, médecin lieutenant-colonel, professeur agrégé du Val-de-Grâce, professeur à l'Ecole d'application du service de santé militaire ;

M. Cier, médecin commandant, du Bureau central de recrutement de la Seine ;

M. Bergeret, médecin commandant, ministère de l'Air, chef du laboratoire d'études médico-physiologiques de l'armée de l'air, à Paris ;

M. Didiée, médecin commandant, professeur agrégé du Val-de-Grâce, professeur à l'Ecole d'application du service de santé militaire ;

M. Franchi, médecin commandant, médecin chef du régiment de sapeurs-pompiers de Paris ;

M. Ferrabouc, médecin commandant, professeur agrégé du Val-de-Grâce, à l'Ecole d'application du service de santé militaire ;

M. Chavialle, médecin commandant, médecin chef de l'Ecole supérieure d'éducation physique à Joinville ;

M. Carillon, médecin capitaine, professeur agrégé du Val-de-Grâce, à l'Ecole d'application du service de santé militaire ;

M. Willemin, médecin capitaine, professeur agrégé du Val-de-Grâce, à l'Ecole d'application du service de santé miliitaire ;

— Un concours s'ouvrira en 1937 pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux militaires.

Les épreuves d'admissibilité auront lieu au chef-lieu de région (hôpital ou salles militaires de l'hospice mixte) et à Paris et à Lyon, aux hôpitaux militaires d'instruction du Val-de-Grâce et Desgenettes, à 8 heures, aux dates fixées ci-après :

Section de médecine. — 1re épreuve : 2 avril 1937 ; 2e épreuve : 3 avril 1937.

Section de chirurgie. — 1re épreuve : 5 avril 1937 ; 2e épreuve : 6 avril 1937.

Section d'électroradiologie. — 1re épreuve : 7 avril 1937 ; 2e épreuve : 8 avril 1937.

Les demandes d'inscription des candidats devront parvenir au ministre de la Guerre (Direction du S. S., 1er bureau, personnel), avant le 25 février 1937. (*J. O.*, 24 janvier 1937.)

Ministère de la Santé publique. — *Asiles publics d'aliénés.* — Le poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Clermont (Oise) est vacant par suite du départ de M. le docteur Lauzier, appelé à d'autres fonctions.

Le poste de médecin chef de service de l'asile public d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire) est vacant par suite du départ de M. le docteur Renaux, appelé à d'autres fonctions.

Le poste de médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Saint-Lizier (Ariège) est vacant par suite du départ de M. le docteur Lasalle, appelé à d'autres fonctions.

Nécrologie. — Nous apprenons avec tristesse la mort du docteur Léon Gernez, chirurgien de l'hôpital Tenon, directeur du Centre anticancéreux, officier de la Légion d'honneur, croix de guerre, décédé à Paris le 27 janvier 1937, et de M. Louis Mangin, membre de l'Académie des Sciences, ancien directeur du Muséum, grand officier de la Légion d'honneur.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU PROJET DU TITRE DE DOCTEUR DENTISTE

Le Comité de l'*Association corporative des étudiants en médecine de Paris* nous prie d'insérer le communiqué suivant :

« Le docteur Béliard, président du *Syndicat général des médecins stomatologistes français*, a publié dans la *Gazette des Hôpitaux* du 2 janvier 1937 une note critiquant l'attitude de l'*Association corporative* au sujet du projet de création du titre de *docteur-dentiste* pour les chirurgiens-dentistes.

« L'*Association corporative* ne veut pas engager une polémique à ce sujet, qui ne devrait cependant souffrir aucune discussion. En effet, le titre projeté prêtera toujours à confusion, qu'on le veuille ou non.

« Qui dit *docteur*, en France, dit *médecin* ; QUI SE DIRA DOCTEUR-DENTISTE LAISSERA SUPPOSER AU PUBLIC QU'IL EST MÉDECIN-DENTISTE. Ne s'occupant que de la défense des intérêts généraux de la profession médicale (ce qui est conforme à ses statuts), l'*Association corporative* défend l'intégrité du Diplôme de *docteur en médecine*, bien commun des plus modestes praticiens, comme elle a défendu *victorieusement*, il y a trois mois, la situation des maîtres de la médecine (limite d'âge, exercice de la profession).

« Fidèle à sa ligne de conduite, l'*Association corporative* ne s'occupe pas d'intérêts particuliers ; elle persiste à trouver dangereux le projet de morcellement du doctorat en médecine actuellement envisagé. Se plaçant uniquement sur le terain des principes, l'*Association corporative* affirme toujours que le grade de *docteur* (grade d'Enseignement supérieur) doit être réservé aux *seuls* bacheliers ayant fait des études supérieures en vue du doctorat, subi divers examens à cet effet et soutenu une thèse. Le Comité de l'Association fait remarquer qu'il vient de recevoir une motion de l'*Office central de médecine* de l'*Union nationale des étudiants de France* s'associant à sa protestation contre le projet du titre de docteur-dentiste, *qui constituerait un précédent néfaste et diminuerait la valeur du doctorat en médecine d'Etat, puisqu'il tend à établir confusion entre ce dernier et le titre de docteur-dentiste.*

« Faire du titre de *docteur* un élément de compensation serait le *dévaluer* gravement : ce serait créer à la Faculté de médecine deux classes de docteurs : la première pour les médecins, la deuxième pour les dentistes.

« C'est pourquoi l'*Association corporative* maintient énergiquement et intégralement sa position *contre le titre projeté de docteur-dentiste.*

« *Le délégué permanent de l'A.C.E.M.P.* :
« MAURICE MORDAGNE. »

CLINIQUE MEDICALE

LES LÉSIONS DU PLEXUS BRACHIAL

Par G. CARRIÈRE,
Professeur de clinique médicale
à la Faculté de Médecine de l'Université de Lille.

MESSIEURS,

J'ai l'intention d'étudier avec vous les lésions du Plexus Brachial en me basant sur 115 observations recueillies dans les trois Centres Neurologiques que j'ai dirigés pendant la guerre, dans mon service de Clinique Médicale et dans ma pratique professionnelle.

Mais avant d'aborder l'étude étiologique et clinique de ces lésions, il est indispensable, me semble-t-il, de bien connaître les notions anatomiques et physio-pathologiques qui se rapportent à cette question.

ANATOMIE DU PLEXUS BRACHIAL

Il est classique d'admettre que ce plexus est constitué par les 5e, 6e, 7e, 8e racines cervicales et la 1re racine dorsale.

Comme toutes les racines émanées de la moelle épinière, les racines cervicales et dorsales proviennent des racines antérieures, motrices, nées des cornes antérieures de la moelle ; et des racines postérieures, sensitives, se rendant aux cornes postérieures. Les racines postérieures, avant de s'unir aux racines antérieures, pénètrent dans un renflement ganglionnaire, le ganglion spinal ; elles en ressortent pour s'unir au rameau antérieur et constituer la racine rachidienne.

Chaque racine se dirige vers le trou de conjugaison par lequel elle émergera du canal vertébral. Elle doit par conséquent forcément traverser les trois enveloppes de la moelle ou méninges. Or chacune d'entre elles se comporte à leur égard d'une manière spéciale. La pie-mère, membrane cellulo-vasculaire, s'étale régulièrement sur chaque racine d'abord, puis sur le nerf mixte qui la continue en formant le névrilème. L'arachnoïde, membrane séreuse, n'est en rapport avec les racines que jusqu'au point où ces racines s'engagent dans l'orifice que leur offre la dure-mère. La dure-mère, membrane fibreuse, se réfléchissant en dehors au niveau du point où elle est perforée par les racines, forme à celle-ci des gaines tubulaires qui les accompagnent dans les trous de conjugaison et se fusionnent au delà de ces trous, avec la gaine conjonctive du nerf.

Ces notions anatomiques sont des plus importantes à connaître. Elles vous permettent de comprendre que toutes les lésions inflammatoires ou néoformatives des méninges puissent, en étouffant les racines, entraîner leur dégénérescence.

COMMENT LES RACINES CONSTITUENT-ELLES LE PLEXUS BRACHIAL

Le schéma habituellement donné est le suivant :

La 5e cervicale s'unit à angle aigu avec la 6e pour former le tronc primaire supérieur. La 8e cervicale s'unit à la première dorsale pour former le tronc primaire inférieur.

La 7e cervicale forme le tronc primaire moyen.

Chacun de ces trois troncs primaires se divise en deux branches, l'une antérieure, l'autre postérieure.

La branche antérieure du tronc primaire supérieur s'unit à la branche antérieure du tronc moyen, pour former le tronc secondaire supérieur externe qui donnera la racine interne du médian et le musculo-cutané.

La branche antérieure du tronc primaire inférieur forme le tronc secondaire inférieur externe qui donnera la racine externe du médian, le cubital et le brachial cutané interne.

Les branches postérieures des trois troncs primaires s'unissent pour former le tronc secondaire postérieur qui donnera le radial et le circonflexe.

L'ensemble de la figure ainsi formée par les branches constitutives du Plexus Brachial représente bien, suivant la comparaison habituelle, un Y couché entre deux X couchés.

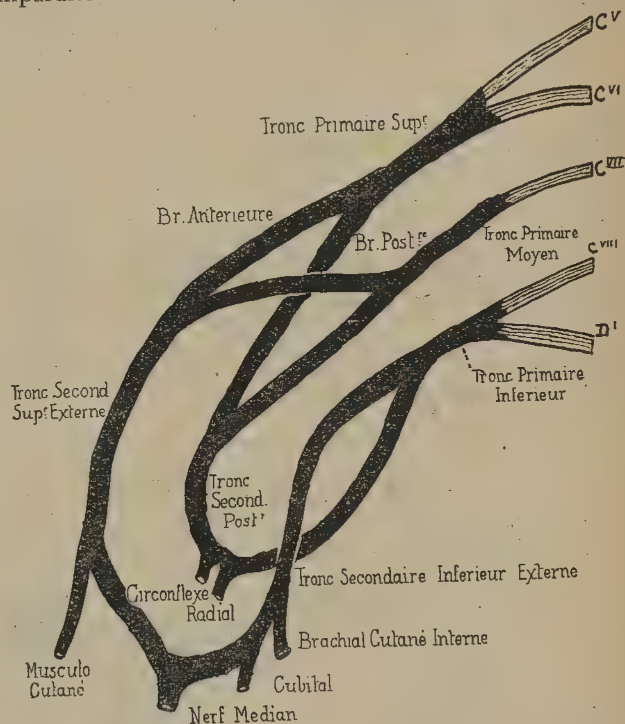


FIG. 1. — Schéma de la constitution du Plexus Brachial.

BRANCHES COLLATERALES DU PLEXUS BRACHIAL

La 5e cervicale émet un filet nerveux pour l'angulaire de l'omoplate, un pour le sous-clavier, un filet anastomotique pour le phrénique.

Les 5e et 6e cervicales constituent un filet qui se rend au rhomboïde, des filets respectifs pour le sus et le sous-épineux, le sous et le sus-scapulaire ; le petit rond.

La 7e cervicale s'unit à des fibres provenant de la C^5, de la C^6 et de la C^8 pour innerver le grand dorsal, les scalènes, le grand dentelé, avec des filets venant de C^5 C^6 pour innerver les pectoraux.

La 8e cervicale envoie des filets anastomotiques qui, s'unissant à des fibres provenant de D^1, constitueront le nerf vertébral et iront jusqu'au ganglion cervical inférieur.

Branches terminales. — Elles constituent, nous l'avons vu, les troncs nerveux du membre supérieur : le circonflexe, le radial, le médian, le musculo-cutané, le cubital et le brachial cutané interne.

Il est établi que ces troncs nerveux peuvent recevoir des filets nerveux provenant des cinq racines constitutives du Plexus Brachial. Seul le circonflexe ne proviendrait généralement que de C^5 et de C^6.

Le brachial cutané interne de C^8 D^1.

Le cubital de C^7 C^8 D^1. Le musculo-cutané de C^5 C^6 C^7.

Le radial de $C^{5-6-7-8}$.

Le médian des 5 racines.

RAPPORTS DU PLEXUS BRACHIAL

Il faut les considérer :

1. A la sortie des trous de conjugaison.
2. Au niveau du creux sus-claviculaire.
3. Au sommet du creux de l'aisselle.
4. Dans le creux axillaire.

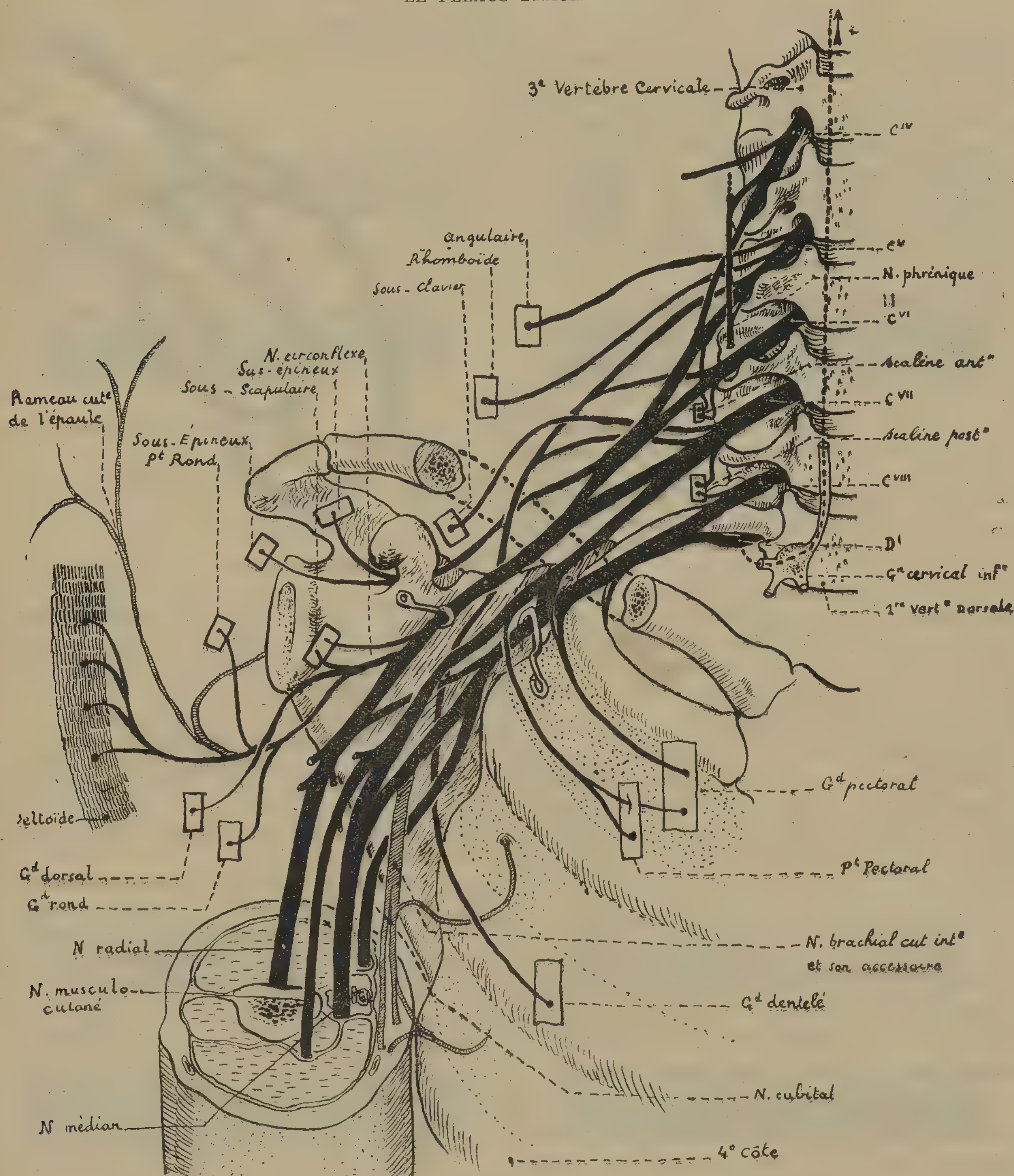
I. *Rapports des racines.* — Les 5e, 6e, 7e racines cervicales, à leur sortie des trous de conjugaison, se placent dans une gouttière à la face supérieure des apophyses transver-

ses, puis se logent entre les muscles intertransversaires. Elles sont croisées par l'artère et la veine vertébrale, et le nerf vertébral.

Obliques en bas et en dehors, elles se trouvent entre le scalène moyen et le scalène antérieur, qu'elles perforent. A ce niveau elles se trouvent au niveau du Point d'Erb si-

La 8e racine cervicale se porte en avant et en dehors vers la face supérieure de la première côte, surplombe l'apophyse transverse de la 7e vertèbre cervicale ; elle est masquée par le ganglion cervical inférieur. Elle surplombe le dôme pleural, masquée par le ligament transverso-pleural entre le bord interne de ce muscle et le bord interne du scalène

LE PLEXUS BRACHIAL



d'après S. Dupret
(tiré de l'ouvrage de Pitres et Testut, *Les nerfs en schéma*).

tué à 2 ou 3 cm. de la clavicule, au-dessous du tubercule de Chassagnac, en dehors du bord externe du sterno-cléido-mastoïdien.

L'on conçoit dès lors que ces racines puissent être comprimées et lésées par les lésions des corps vertébraux et de leurs apophyses transverses et aussi par les anévrysmes de l'artère vertébrale.

postérieur et s'unit à la première racine dorsale au niveau du tiers postérieur du bord interne de la côte.

La première dorsale s'engage sous le col de la première côte, se dirige en dehors, croise le bord interne de cette côte, masquée par le ganglion stellaire, passe derrière le muscle transverso-pleural, s'accole au dôme pleural et s'unit à C8.

Il est donc aisé de comprendre que les lésions de la première côte et de la plèvre puissent entraîner des altérations de ces racines.

II. *Rapports du Plexue Brachial au niveau du creux sus-claviculaire.* — Les troncs primaires du plexus brachial reposent sur la face antérieure du scalène moyen et du scalène postérieur auxquels ils sont accolés par leur aponévrose.

Ils sont croisés par l'omo-hyoïdien, l'artère sous-clavière et ses branches, l'artère cervicale transverse et l'artère scapulaire postérieure. Ils s'engagent ensuite sous la première côte. Ils sont recouverts par l'aponévrose cervicale moyenne et superficielle, la boule graisseuse de Merckel, le peaucier et la veine jugulaire externe.

Ils peuvent donc être lésés par les lésions de la première côte et les anévrysmes de la sous-clavière.

III. *Le Plexue Brachial au sommet du creux de l'aisselle.* — Les troncs secondaires, ici constitués, sortent par un orifice formé par la première côte doublée du grand dentelé, la clavicule doublée du sous-clavier, l'apophyse coracoïde. Ils peuvent donc être altérés par les lésions de la première côte, de la clavicule et de la coracoïde.

Etagés en marches d'escalier, ils sont immédiatement accolés à l'artère et à la veine sous-clavière, et à quelques ganglions. Les anévrysmes de ces vaisseaux et les lésions ganglionnaires peuvent donc les comprimer et les altérer.

IV. *Le Plexus Brachial dans le creux de l'aisselle.* — Les branches terminales, accolées, passent en arrière et en dehors des vaisseaux et des nerfs du petit pectoral. Elles sont situées en arrière de ce muscle. Les rameaux médian-cubital-brachial cutané passent entre l'artère et la veine axillaire, le tronc radial, le musculo-cutané, en arrière de l'artère. Noyés dans la graisse du creux axillaire, ils reposent sur le sous-scapulaire, et sont au voisinage de l'articulation scapulo-humérale. L'on comprend qu'ils puissent être lésés par les lésions et les luxations de cette articulation.

Lorsque le bras pend, ils sont au contact du grand dentelé, au voisinage de la première, la deuxième, la troisième côte et les espaces intercostaux correspondants. Quand le bras est en abduction, ils n'ont de rapport qu'avec le premier espace et la première digitation du grand dentelé.

Par les méthodes physiologiques, anatomiques, et anatomo-cliniques, l'on a essayé d'établir des rapports entre les nerfs, les muscles et les fibres constitutives du plexus brachial.

Voici, en deux tableaux, l'innervation radiculaire et périphérique des muscles du membre supérieur.

ACTION DES MUSCLES INNERVES PAR LE PLEXUS BRACHIAL

Pour la compréhension des lésions du Plexus Brachial, il me paraît utile de résumer ici l'action des différents muscles qu'il innerve.

L'Angulaire abaisse l'épaule, attire en haut l'angle supérieur de l'omoplate.

Le Rhomboïde entraîne en dedans l'omoplate, rapproche son angle inférieur de la ligne médiane, abaisse le moignon.

Le Sous-clavier abaisse l'épaule et la clavicule.

Les Scalènes, inspirateurs, inclinent le cou, contribuent à la rigidité de la colonne cervicale.

Le Sus-épineux élève le bras.

Le Sous-épineux contribue à la rotation du bras en dehors.

Le Petit Rond également.

Le Grand Rond porte le bras en dedans et en arrière et l'omoplate en avant et en haut.

Le Deltoïde élève le bras en avant, en arrière et en dehors jusqu'à l'horizontale.

TABLEAU I

Racines	Nerf	Muscles
5e CERVICALE		Angulaire de l'omoplate. Rhomboïde. Sous-clavier. Petit Rond.
6e CERVICALE		Grand Rond. Grand Dorsal. Grand Dentelé.
	MÉDIAN.	Palmaires. Fléchis. propre du pouce. Opposant. — Court adducteur. —
7e CERVICALE	RADIAL.	Extens. com. des Doigts. Long extenseur du Pouce. Long abducteur du — Court extenseur du — Radiaux. Court supinateur.
	CUBITAL.	Court adducteur du pouce. Court fléchisseur.
	MUSCULO-CUTANÉ.	Coraco Brachial.
8e CERVICALE	MÉDIAN.	Fléchis. com. des Doigts.
	RADIAL.	Triceps.
1re DORSALE	CUBITAL.	Cubital antérieur. Interosseux. Abducteur du petit doigt. Court fléchisseur.
C5 C6		Sus-scapulaire. Sous-scapulaire. Sous-épineux. Sus-épineux.
	CIRCONFLEXE	Deltoïde.
	MUSCULO-CUTANÉ.	Biceps. Brachial antérieur
	RADIAL.	Long supinateur.
C5 C6 C7		Grand Pectoral.
C7 C8	RADIAL.	Cubital Postérieur.
	CUBITAL.	Fléchisseur propre du pouce.
C6 7 8 D1	RADIAL.	Extenseur propre du petit doigt.
C7 C8 D1		Petit Pectoral
	MÉDIAN.	1er LOMBRICAL. 2e LOMBRICAL.
	CUBITAL.	3e LOMBRICAL. 4e LOMBRICAL.
	MEDIAN.	Fléchis. commun des doigts.

Tableau II

SEGMENT	MOUVEMENTS	MUSCLES	RACINE	NERFS
Omoplate.	Fixation.	Angulaire.	C 5.	Branches collat. du P.B.
		Rhomboïde.	C 5.	
		Grand dentelé.	C 5, 6, 7.	»
		Trapèze.	C 3.	Pl. cervical.
	Rotation.	Angulaire.	C 5.	Collat. P. B.
		Rhomboïde.	C 5.	»
	Ecartement.	Petit pectoral.	C 7, 8.	»
Epaule.	Elévation.	Trapèze.	C 3.	Pl. cervical.
		Rhomboïde.	C 5.	Coll. P. B.
		Grand pectoral.	C 5, 6, 7.	»
		Grand dentelé.	C 5, 6, 7.	»
	Abaissement.	Grand dorsal.	C 5, 6, 7.	»
		Grand rond.	C 6, 7.	»
		Grand Pectoral.	C 5, 6, 7.	»
		Grand dentelé.	C 5, 6, 7.	»
		Sous clavier.	C 5.	»
	Effacement.	Trapèze.	C 3.	Pl. cervical.
		Grand dorsal.	C 5, 6, 7.	Coll. P. B.
		Grand rond.	C 6, 7	»
Bras.	Abduction.	Deltoïde.	C 5, 6.	Circonflexe.
	Adduction.	Grand pectoral.	C 5, 6, 7.	Coll. P. B.
		Sous-scapulaire.	C 5, 6.	»
	Projection avant.	Deltoïde.	C 5, 6.	Circonflexe.
		Coraco-brachial.	C 6, 7.	Musculo cutané.
	Projection arrière.	Deltoïde.	C 5, 6.	Circonflexe.
	Rotateur dehors.	Sous-épineux.	C 5, 6	Coll. P. B.
		Petit rond.	C 5.	»
	Rotateur dedans.	Sous-scapulaire.	C 5, 6.	»
		Grand dorsal.	C 5, 6, 7.	»
	Abaissement.	Grand pectoral.	C 5, 6, 7.	»
		Sous-scapulaire.	C 5, 6.	»
Avant-Bras.	Flexion.	Biceps.	C 5, 6.	Musculo-cutané.
		Brachial antér.	C 5, 6.	»
	Extension.	Triceps.		
		Long supinateur.	C 6, 5.	Radial.
Main.	Pronation.	Rond pronateur.	C 6, 7.	Médian.
		Carré pronateur.	C 5, 6,	»
		Grand palmaire.	C 5, 6,	»
		Petit palmaire.	C 5, 6,	
		1. Radial.	C 6, 7.	Radial.
	Supination.	Biceps.	C 5, 6,	Musculo-cutané.
		Court supinateur.		Radial.
		Long supinateur.	C 6, 5.	»
	Flexion.	Grand palmaire.	C 7, 8.	Médian.
		Petit palmaire.	C 7, 8 D'.	»
		Fléchiss. superficiel.	C 7, 8 D'.	»
		Fléchiss. propre pouce.	C 6, 7.	»
		Cubital antérieur.	C 8 D'.	Cubital.
		Long abducteur pouce.	C 7.	Radial.
	Extension.	Radiaux.	C 6, 7.	»
		Extenseur commun.	C 6, 7.	»
		Extens. propre index et V.	C 6, 7, 8.	»
		Cubital postérieur.	C. 7, 8.	»
		Court extenseur pouce.	C 6, 7.	»
		Long extenseur pouce.	C 6, 7.	»
	Abduction.	Grand palmaire.	C. 7, 8.	Médian.
		Radiaux.	C 6, 7.	Radial.
		Long abducteur pouce.	C 6, 7.	»
		Long extenseur pouce.	C 6, 7.	»
		Court extenseur pouce.	C 6, 7.	»
	Adduction.	Cubital antérieur.	C 8 D'.	
		Cubital postérieur.	C 7.	
Doigts. 1re Phalange.	Flexion.	Interosseux.	C 8, D'.	Cubital.
		Lombricaux I, II.	C 7, 8.	Médian.
		Lombricaux III, IV.	D'.	Cubital.
		Court fléchisseur de V.	D.	»
	Extension.	Extenseur commun.	C 6, 7.	Radial.
		Ext. propre index.	C 6, 7.	»
	Adduction.	Interosseux palm.	C 8, D'.	Cubital.
		Opposant de V.	D.	»
	Abduction.	Interosseux dors.	C 8, D'.	»
		Abducteur de V.	»	»
2e Phalange.	Flexion.	Fléchiss. superf.	C 7, 8, D'.	Médian.
	Extension.	Interosseux.	C 8, D'.	Cubital.
		Lombricaux I, II.	C 7, 8.	Médian.
		Lombricaux III, IV.	D.	Cubital.
3e Phalange.	Flexion.	Fléch. profond II, III.	C 7, 8.	Médian.
		Fléch. profond IV, V.		Cubital.
	Extension.	Interosseux.	C 8, D'.	Cubital.
		Lombricaux III, IV.	C 8.	»
		Lombricaux I, II.	D'.	Médian.

Pouce. Métacarpe.	Flexion.	Court abducteur.	C 6, 7.	Médian.
		Opposant.	C 6, 7.	»
		Court fléchisseur.	C 8, D'.	Cubital.
		Long abducteur.	C 7.	Radial.
	Extension.	Long extenseur pouce.	C 8.	Radial.
		Court extenseur pouce.	C 8.	»
	Adduction.	Court adducteur.	C 6, 7.	Médian.
		Opposant.	»	»
		Court fléchisseur.	C 8, D'.	Cubital.
		Long extenseur.	C 8.	Radial.
	Abduction.	Long abducteur.	C 8.	Radial.
		Court extenseur.	C 7.	»
	Opposition.	Court abducteur.	C 6, 7.	Médian.
		Court fléchisseur.	C 8, D'.	Cubital.
Pouce. 1re Phalange.	Flexion.	Court abducteur.	C 6, 7.	Médian.
		Court fléchisseur.	C 8, D'.	Cubital.
	Extension.	Long extenseur.	C 8.	
		Court extenseur.	»	»
2e Phalange.	Flexion.	Long fléchisseur.	C 7.	Médian.
		Court abducteur.	C 6, 7.	»
		Court fléchisseur.	C 8, D'.	Cubital.
		Long extenseur.	C 8.	

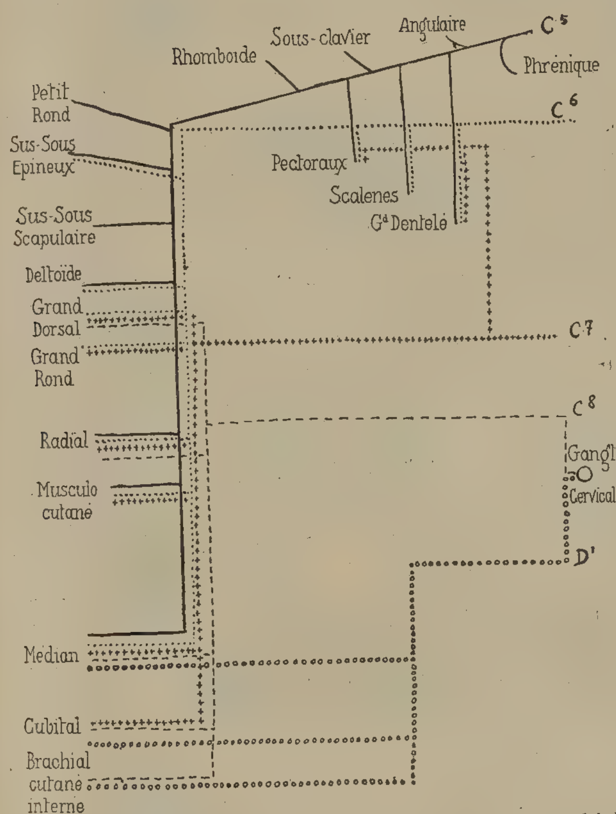


FIG. 2. — Schéma de la constitution du Plexus Brachial de ses collatérales et de ses branches terminales.

Le Grand Dorsal porte le bras en arrière, la paume en dedans : ani Tersor.

Le Grand Dentelé attire l'omoplate en avant, élève le moignon, élève les côtes : c'est un inspirateur.

Le Grand Pectoral est un adducteur du bras, abaisse et élève les côtes : c'est un muscle respiratoire et qui joue un rôle capital dans l'acte de grimper.

Le Petit Pectoral abaisse le moignon de l'épaule, rapproche l'angle inférieur de l'omoplate : c'est un inspirateur.

Par ses branches terminales, le Plexus Brachial commande tous les mouvements du bras, de l'avant-bras, de la main et des doigts.

Le Circonflexe élève le bras en avant, en arrière et en dehors.

Le Radial commande l'extension du bras par le triceps ; la supination de l'avant-bras ; l'extension de la main et de la première phalange des doigts ; l'extension et l'abduction du pouce.

Le Cubital commande la flexion des doigts et de la main, la flexion des premières phalanges, l'extension des deux autres ; l'écartement et le rapprochement des doigts ; l'écartement du petit doigt, la flexion et l'extension de sa troisième phalange.

Le Médian transmet les ordres de pronation de l'avant-bras, la flexion des doigts et de la main, l'opposition du pouce.

Le Muculo-cutané préside à l'adduction du bras, la flexion de l'avant-bras.

En ce qui concerne la topographie sensitive des racines, il est établi, à l'heure actuelle, que la région externe de l'épaule est innervée par C^5.

Le bord externe du bras et de l'avant-bras par C^5 et C^6.

Le bord interne du bras et de l'avant-bras par C^8 et D^1, sauf sa partie supérieure innervée par D^2.

La partie médiane de l'avant-bras est innervée par C^7 et C^8.

Les schémas ci-après (p. 146) permettront de systématiser cette topographie.

LES LESIONS DU PLEXUS BRACHIAL. LEURS CAUSES

On peut les diviser en deux grandes classes :

A. — Les lésions non traumatiques.
B. — Les lésions traumatiques.

A. *Lésions non traumatiques du Plexus Brachial.* — Etant donné ce que nous a appris l'anatomie, nous concevons aisément que ces lésions peuvent atteindre les racines entre leur émergence et les trous de conjugaison (lésions intra-rachidiennes) — au niveau des trous de conjugaison (lésions rachidiennes) ou en dehors de ceux-ci (lésions extra-rachidiennes).

I. LÉSIONS RADICULAIRES INTRA-RACHIDIENNES. — Toutes les lésions inflammatoires, néo-formatrices, développées aux dépens des enveloppes de la moelle, du périoste vertébral, des vertèbres elles-mêmes faisant saillie dans le canal rachidien, sont susceptibles de comprimer, d'étrangler et d'entraîner la dégénérescence des racines cervicales et de produire des paralysies du Plexus Brachial.

A ce titre, je signalerai les pachyméningites cervicales hypertrophiques ; les tumeurs primitives ou secondaires, métastatiques, des méninges, du tissu cellulo-adipeux intrarachidien, du périoste vertébral et des vertèbres ; la tuberculose en plaques des méninges, les pachyméningites tuberculeuses. Les abcès froids saillant dans le canal vertébral sont aussi fréquemment en cause.

La syphilis par ses méningites gommeuses, ou scléro-

gommeuses, ses gommes, ses lésions périostées ou vertébrales, agit très souvent dans le même sens.

Bien plus rarement les kystes hydatiques.

II. Au niveau des trous de conjugaison. — Les racines très à l'étroit, sont encore beaucoup plus souvent et beaucoup plus rapidement atteintes par les processus inflammatoires, néo-formateurs ou destructifs des vertèbres. Les fractures spontanées des vertèbres avec effondrement dues aux lésions tuberculeuses, syphilitiques, néoplasiques ou inflammatoires agissent ainsi.

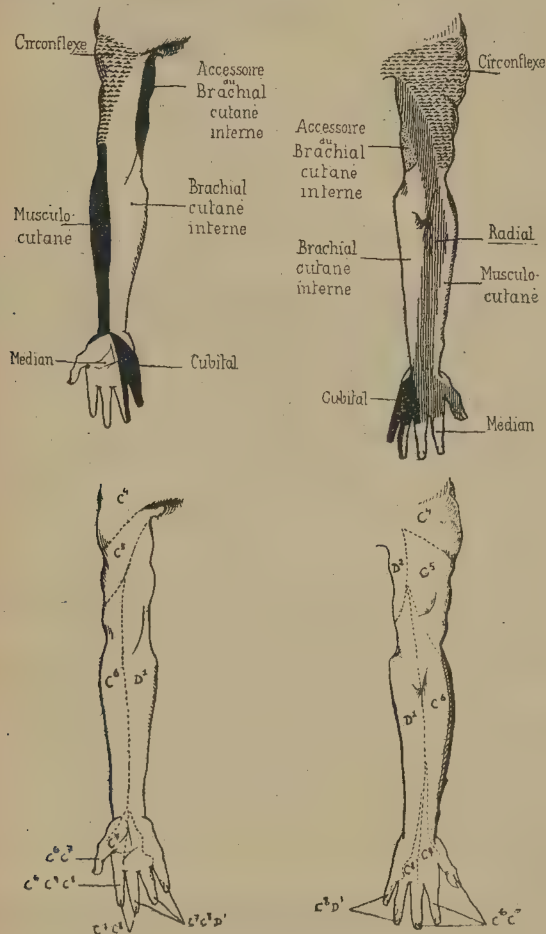


Fig. 3. — Schéma de sensibilité.

Le Mal de Pott est le plus fréquemment en cause par les abcès froids qu'il détermine, les lésions méningées qui l'accompagnent, les périostites qu'il entraîne, la stase et l'œdème de voisinage qu'il produit, les effondrements vertébraux auxquels il aboutit.

Puis vient la syphilis avec ses exostoses, ses syphilomes, ses gommes, ses caries vertébrales ; et l'effondrement des vertèbres.

Enfin les tumeurs primitives ou secondaires, des vertèbres : cancer, fibromes, sarcomes, névromes, etc.

III. Lésions extra-rachidiennes. — Toutes les lésions inflammatoires ou suppurées, les tumeurs, les hémorrhagies qui se développent dans les tissus cellulo-adipeux, les muscles, les os qui avoisinent les troncs et les branches du Plexus Brachial peuvent, secondairement, lui porter atteinte.

A signaler aussi la malformation congénitale des apophyses transverses, la dorsalisation de la 8e cervicale.

Je citerai pour mémoire les tumeurs bénignes ou malignes du creux sus-claviculaire et de l'aisselle, les inflammations ou les tumeurs du Dôme pleural, les exostoses de la clavicule, de la première côte et des apophyses transverses, les tumeurs anévrysmales, les suppurations, les abcès ganglionnaires.

Enfin les lésions des nerfs eux-mêmes : névrites apoplectiformes, les névrites toxiques ou infectieuses, exceptionnellement les névrites ascendantes comme dans le cas de Gowers et de Gilles de la Tourette.

B. *Lésions traumatiques du Plexus Brachial.* — Ce sont de beaucoup les causes les plus fréquentes de paralysie du Plexus B : elles l'ont été surtout au cours de la dernière guerre.

I. Traumatismes indirects du plexus. — Parmi ceux-ci, je parlerai d'abord des :

a) Lésions obstétricales. — Les causes en sont diverses :

1° Traction sur la tête pour dégager l'épaule amenant un tiraillement de la 8e racine cervicale et de la première racine dorsale.

2° Manœuvres pour dégager l'épaule par introduction du doigt dans le creux de l'aisselle (tiraillement du tronc).

3° Dans les présentations du siège décomplété mode des fesses les bras sortent les derniers en extension forcée (tiraillement de C^8 D^1).

4° Dans les applications du forceps.

Presque toujours, il y a eu brutalité dans les manœuvres.

b) Les 5e et 6e racines cervicales peuvent être tiraillées sur les apophyses transverses par *la chute d'un corps pesant sur l'épaule.* J'en ai recueilli une très belle observation chez un mineur qui avait reçu un bloc de pierre sur le moignon de l'épaule.

Le port d'un lourd fardeau sur l'épaule peut entraîner également des lésions du Plexus Brachial, en abaissant le moignon (tiraillement de C^5, C^6 et C^7), dans l'hyperélévation et l'abduction du bras (tiraillement de D^1 sur l'apophyse transverse sus-jacente).

c) 1° Le Plexus Brachial peut être lésé dans *les chutes sur la main* soit par abaissement du moignon, le bras restant engagé sous le corps (tiraillement de C^5 et de C^6 sur les apophyses transverses sous-jacentes), soit par tiraillement de D^1 sur l'apophyse transverse sus-jacente, le bras étant en hyperextension ou le moignon de l'épaule étant refoulé vers le haut.

2° Les 5e, 6e, 7e racines cervicales peuvent être tiraillées sur les apophyses transverses sous-jacentes *dans l'acte de porter ou de soulever un lourd fardeau* avec la main.

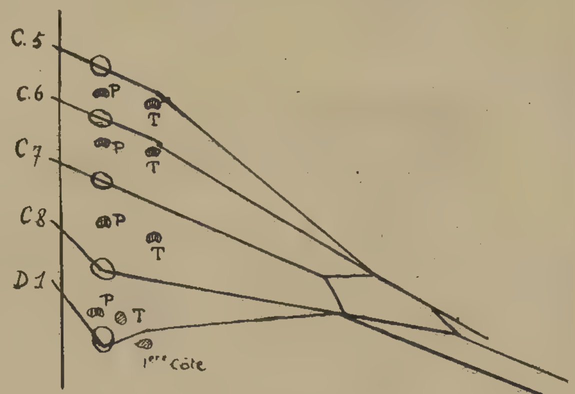


Fig. 4. — Schéma destiné à montrer comment les racines peuvent être lésées sur les apophyses transverses, soit dans l'abaissement du moignon de l'épaule et du bras, soit dans l'élévation et le tiraillement en haut du bras.

3° La première dorsale est lésée et tiraillée dans l'acte de se tenir par un bras comme je l'observais une fois chez un gymnaste au trapèze volant.

4° Enfin toutes les racines sont tiraillées lorsque le membre supérieur est pris et attiré par un engrenage et chez les sujets qui sont entraînés ou traînés par un cheval, une vache ou un âne qui s'emportent.

5° L'on a signalé des lésions du Plexus Brachial à la suite de mauvaises positions dans *le sommeil naturel ou chloroformique, les mains étant croisées derrière la tête* ou le bras étant placé en abduction et en élévation forcée pour des fins opératoires (cas de Raymond).

6° Je citerai encore des cas de *lésions du Plexus Brachial chez de jeunes enfants que l'on soulève par le bras étendu* pour descendre un trottoir ou un escalier.

7° *Les fractures vertébrales ; celles de la clavicule, celles de l'Acromion ou de la coracoïde, de la première côte* peuvent léser les racines ou les troncs du plexus, soit en écrasant les racines, soit en blessant les troncs, soit par leurs esquilles, soit par un cal exubérant, soit par les hémorrhagies qui les accompagnent.

8° *Dans les luxations de l'épaule*, le P.B. peut être lésé soit par la tête luxée, surtout en avant, ou dans les manœuvres de réduction par moufles, poulies ou lacs.

II. Traumatismes directs du plexus. — Ce sont eux que nous avons surtout rencontrés dans les centres neurologiques que j'ai dirigés au cours de la grande guerre. Il s'agissait de lésions directes par coup de sabre ou de baïonnette, balles, schrapnells, éclats d'obus ou de grenades, fléchettes. Tantôt il s'agissait de blessures directes intéressant les racines ou les troncs avec section complète ou incomplète ; tantôt le plexus était lésé mais non sectionné par les lésions du voisinage : hémorrhagies ou fibrose, anévrysmes, esquilles, exostoses ou cal.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(Séance du 11 janvier 1937)

De l'influence de la gémellité et de l'âge maternel sur la proportion des sexes. — MM. Raymond Turpin et Alexandre Caratzali. Le nombre des naissances mâles décroît d'autant plus que l'âge de la mère s'écarte de la période de l'existence la plus favorable à la fécondité, c'est-à-dire au-dessous de 20 ans et surtout au-dessus de 40 ans.

ACADEMIE DE MEDECINE

(Séance du 26 janvier 1937)

Notice nécrologique. — M. Siredey lit une notice nécrologique sur M. Le Gendre, récemment décédé.

A propos de l'origine de l'hypertrophie de la prostate. — M. Georges Marion rappelle que l'adénome prostatique se développe constamment au-dessus de la région de l'utricule, entre le sphincter vésical et la muqueuse, qu'il provient des glandes urétrales banales de cette région et que celles-ci n'ont probablement pas une origine mullerienne. Si l'opothérapie donne des résultats dans certaines hypertrophies, il faut se souvenir que la maladie en question n'est nullement progressive de façon fatale et peut parfaitement rétrocéder spontanément.

Sels de magnésium et anaphylaxie. — M. P. Delbet.

Médications gazeuses et brouillards médicamenteux. — MM. E. et H. Biancani ont créé un appareil destiné à réaliser des atmosphères gazeuses ayant chacune des caractères physiques et chimiques bien définis et tenant en suspension des particules actives, permettant ainsi l'introduction dans l'organisme, par la voie pulmonaire, de gaz et de vapeurs, et aussi de particules solides ou liquides.

Introduction de substances médicamenteuses dans l'organisme par voie pulmonaire. MM. Biancani et Delaville ont réalisé deux expériences :

Dans la première, ils ont pu faire inhaler du fer colloïdal des laboratoires Clin (Electromartiol) à l'état de brouillard. Dans la deuxième, ils ont utilisé de l'iodure de potassium à 10 p. 100.

Ces deux expériences ont montré la possibilité de faire absorber des médicaments par voie pulmonaire.

Considérations sur quatre années d'aspiroclyse. — MM. Frumuzan et de Mendosa.

Election de deux correspondants nationaux dans la première division (médecine). — M. Michel d'Oelsnitz, médecin des hôpitaux de Nice, et M. Pierre Mauriac, professeur de clinique médicale et doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, ont été élus.

PRATIQUE MÉDICALE

LES ALGIES DES CARDIAQUES (1)

d'après le docteur J. Bonnet

Les algies des cardiaques méritent de retenir l'attention du clinicien, car elles retentissent fortement sur le moral de tels malades. L'aortique, l'hypertendu décompensé sont hantés par le souvenir d'une crise d'œdème aigu du poumon ou d'asthme cardiaque. On sait aussi combien l'angineux craint sa crise.

Les médications vaso-dilatatrices proposées sont diverses et n'ont pas encore résolu, de façon définitive et univoque, le problème de la douleur des cardiaques.

C'est la raison qui a fait essayer l'aminophylline comme médication antalgique (Pr. Hazard).

Cet effet antalgique est lié, en majeure partie, à l'action de l'aminophylline sur les vaisseaux coronaires qu'elle dilate, en même temps qu'elle lève le spasme, origine de la plupart des crises d'angine de poitrine.

On l'emploiera donc :

1° Dans l'*angine de poitrine*, comme préventif des crises, à la dose de 0 gr. 50 à 1 gr. par jour, en 3 ou 4 fois. Elle éloigne indiscutablement le retour des crises et peut les supprimer définitivement. Son action est beaucoup plus prolongée et beaucoup plus élective que celle des nitrites sur les coronaires.

2° Dans l'infarctus du myocarde, dans les douleurs atroces de la thrombose coronarienne, pendant la période qui succède à la phase aiguë, il faut recourir à l'aminophylline (caréna).

3° Dans l'oppression douloureuse des cardiaques, des aortiques, des urémiques, l'aminophylline lève cette sensation de poids, de barre thoracique si particulière et si pénible. Les aortites, les insuffisances aortiques, les anévrysmes aortiques avec algie médiastinale devraient constituer des indications formelles. Chez les cardio-aortiques qui restent facilement anhélants après une cure toni-cardiaque, l'aminophylline fait disparaître l'oppression : elle donne du souffle aux cardiaques. De même, l'insomnie des cardiaques est heureusement influencée par cette médication, l'oppression de décubitus est supprimée.

L'aminophylline fournit une arme de choix avant d'entreprendre la morphine. Le plus souvent, il ne sera pas nécessaire d'utiliser la morphine, car caréna s'est toujours révélé comme une médication antalgique, parfaitement tolérée et sans accoutumance, même après un usage quotidien de plusieurs mois ou de plusieurs années.

(1) *Paris Médical*, 26 septembre 1936.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

X N° 10. — MERCREDI 3 FEVRIER 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat* (oral). Séance du jeudi 28 janvier 1937 :

Notes attribuées : MM. Durupt, 18 ; Placa, 26 ; Lobayle, 23 ; Dufourmentel, 22 ; Statlender, 24 ; Sclafer, 18 ; Brault, 18 ; Tricot, 17 ; Alison, 18 ; Rousset, 19.

Questions données : 1° Symptômes et diagnostic des broncho-pneumonies de la rougeole. — 2° Symptômes, diagnostic et complications des luxations antéro-internes de l'épaule.

— Séance du vendredi 29 janvier 1937 :

Notes attribuées : Mlle Damiens, 21 ; MM. Thaon, 19 ; Wetterwald, 17 ; Bibas, 20 ; Di Chiara, 19 ; Vermenouze, 25 ; Chartrain, 15 ; Meyer (Henri), 20.

Questions posées : Symptômes et diagnostic des adénites inguinales d'origine vénérienne. —Symptômes et complications des kystes de l'ovaire (sans le diagnostic différentiel).

— *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Jury (tirage au sort) : MM. Gouverneur, R. Monod, Alglave, Bazy, Charrier, Marion, Guimbellot. — Censeurs : MM. Patel, Oberlin, Seillé, Leibovici. — Lecteurs : MM. Redon, Fèvre, Wilmoth, Huard, Huet, Sicard, Merle d'Aubigné, Gueullette.

Faculté de médecine de Paris (5e année 1937). — Les épreuves de thérapeutique commenceront le vendredi 26 février. Ecrit : 26 et 27 février. Oral : à partir du lundi 1er mars. Affichage : le 18 février.

Légion d'honneur. — INTÉRIEUR. — *Officier :* docteur Bertrand, à Marseille.

Chevaliers : docteur Fernet, chef de service de l'hôpital Saint-Lazare, à Paris ; docteur Mercier, à Montluçon.

Médaille d'honneur des épidémies. — *Médaille d'or :* M. Gustave Jourdin, à Pouancé (Maine-et-Loire).

Médaille de vermeil : M. Roger Montant, à Paris.

Médaille d'argent : M. Ernest Pringault, à Marseille ; M. Jean Bachy, à Phalempin (Nord) ; M. Georges Pellier, à Liancourt.

Médaille de bronze : M. Georges Soulayrol, à Marseille ; M. André Roussanne, interne de l'hôpital de Saint-Denis (Seine) ; M. Eugène Klein, à Paris ; M. Pierre Bordier, à Amiens.

Ministère de la Marine marchande. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Marseille, les 16 et 17 mars 1937.

S'inscrire auprès du directeur de l'inscription maritime, à Marseille.

Bourses de la Fondation Roux. — La Fondation Roux offre, cette année, pour contribuer au recrutement de l'Institut Pasteur, 10 bourses de 15.000 francs qui seront attribuées, par une Commission, à des jeunes gens en fin d'études désireux de se consacrer à la recherche appliquée aux sciences pastoriennes.

Ces bourses partent du 1er novembre 1937.

Elles sont données pour un an, mais, après avis du conseil scientifique, elles peuvent être renouvelées deux fois et, suivant la valeur des travaux produits, être portées à 18.000 fr. la 2e année, à 20.000 francs la troisième.

Les demandes doivent être adressées à l'administrateur de la Fondation Roux, 205, rue de Vaugirard, avant le 1er mai 1937.

Comité France-Italie. — La section médicale du Comité France-Italie vient d'organiser pour les médecins français un cours collectif d'enseignement en 12 leçons (nombre d'auditeurs limité).

La connaissance de l'italien est facilitée par l'origine commune du vocabulaire et par une grammaire très voisine. La différence de prononciation, qui constitue la grande difficulté apparente, répond en réalité à une technique de l'accent tonique relativement facile à acquérir.

Une première série de cours aura lieu chaque mardi, de 18 h. 30 à 19 h. 30, et sera faite par le professeur A. Fiorentino, vice-président de l'Association Dante Alighieri, docteur ès lettres, docteur en droit. Le droit d'inscription est de 50 francs par mois ou de 150 francs pour les douze cours.

(Adresser toutes demandes au docteur Marcel Martiny, secrétaire général de la section médicale du Comité France-Italie, 10, rue Alfred-Roll, Paris (17e).

Nécrologie. — M. le docteur Joseph Gautier (à Marseille).

— Le docteur Louis de Santi, à Avignonet (Haute-Garonne).

— Le docteur Albert-Just Monier, à Coudekerque-Branche.

— Le docteur Gélani, à Saint-Pol-sur-Mer.

— Le docteur Léon Jammes, professeur à la Faculté des Sciences de Toulouse.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSOCIATION DES FAMILLES NOMBREUSES MÉDICALES

Chers confrères,

Au moment où les forces et les bonnes volontés se groupent, nous nous devons de nous unir pour défendre nos familles et pour défendre la Famille. En l'état de trouble et d'inquiétude où se débat le monde entier, nous sentons que l'institution familiale doit rester la base de la civilisation et la raison d'espérer.

Devant le déclin de la natalité, entraînant ruines matérielles et morales, notre rôle social se révèle comme primordial, et nous avons pour devoir d'étudier tous les problèmes médico-familiaux ; notre avenir en dépend.

D'autre part, *devant les difficultés matérielles croissantes, nous devons aider et soulager les familles nombreuses médicales en respectant leur dignité. Nous voulons les grouper pour qu'elles se connaissent.*

Ce qui a été réalisé en faveur de leurs familles en France, depuis huit ans, par les notaires et, à l'étranger, par une corporation médicale, doit être fait pour les familles médicales françaises. Elles seront ainsi soulagées de certaines charges injustes, sans avoir jamais à tendre la main ni à solliciter.

Un milieu d'élite comme le nôtre, désormais informé, réalisera, sous une forme ou sous une autre, une certaine compensation entre les foyers médicaux, suivant qu'ils ont ou non charge d'enfants.

Nos organisations de prévoyance et d'entr'aide médicales, si généreuses pour les médecins, leurs veuves et leurs orphelins, ne peuvent assurer un programme aussi général de propagande et d'action familiale. Malgré tout le dévouement de leurs dirigeants et le but limité qui leur est assigné par les statuts, leurs tâches n'en restent pas moins souvent très lourdes.

Loin de disperser les efforts, notre association veut travailler sans ambition personnelle avec tous et pour tous, en collaboration avec toutes les œuvres médicales et toutes les associations professionnelles et syndicales.

Voilà pourquoi nous comptons sur vous tous, confrères de France et d'outre-mer, sans distinction de convictions religieuses et politiques, ni de situation de famille.

Confrères qui, même sans enfant, avez l'esprit familial,
Le souci de la justice,
Le souci de l'avenir du Pays,
Envoyez-nous tous votre adhésion.

Apportez-nous, tous, votre concours effectif par vos relations et vos suggestions.

Le Conseil d'administration :

Président général : M. Georges Labey (Paris), ancien président de l'Académie de chirurgie ; Président pour la province : M. André Cauchois (Rouen), président de la Fédération des Associations de familles nombreuses de Normandie, membre du Conseil supérieur de la Natalité ;

Vice-Présidents : Mme Jean Camus (Paris), vice-présidente de la Fédération des Associations de familles nombreuses de France ; M. Monsaingeon (Paris), vice-président de la Fédération des Associations de familles nombreuses de France ; M. Fougerat (Bonneuil-sur-Marne), secrétaire général du Syndicat des médecins pro-pharmaciens ;

Secrétaire général pour la province : M. Riberolles (Châtel-Guyon) ; Secrétaire général adjoint pour la province : M. P. Morin (La Bourboule) ; Secrétaire du Conseil d'administration : M. Maurice Renaudeaux (Paris) ; Secrétaire archiviste : M. Raymondaud (Paris) ; Trésorier : M. Jean Quivy (Paris) ;

Conseiller technique : M. F. Vieuille (Paris), membre du Conseil supérieur de la Natalité ;

Mme Grégoire (Paris), membre du Conseil supérieur de la Natalité ; Mme Lortat-Jacob (Paris) ; M. Jean Bitterlin (Saint-Maur-des-Fossés), président de l'Association des familles nombreuses de Saint-Maur ; M. G. Cousin (Paris), député de Paris, membre du Groupe de la Famille et de la Natalité à la Chambre des députés ; M. H. Cambessédès (Paris) ; M. G. Nora (Paris) ; M. le professeur agrégé Okinczyc (Paris), représentant les Amis des familiaux ; M. le professeur agrégé Charles Richet fils (Paris) ;

Délégué régional : M. le professeur Boudet (Montpellier) ;

Comité juridique : Me Aur. Payen, avocat à la Cour (Paris) ; Me André Toulemon, avocat à la Cour, président de la Ligue pour le vote familial (Paris).

P. S. — L'Association accueille en leur qualité de chefs de famille les veuves de confrères ayant des enfants, les orphelins aînés de famille médicale. Les veuves ayant trois enfants à leur charge, les orphelins aînés chefs de famille sont exemptés de toute cotisation, ainsi que les médecins ayant ou ayant eu dix enfants.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège social : 84, rue de Lille, Paris (7e).

Les Acides Aminés contre les accidents auriques

Dans la réunion du 26 mars 1936 de la Société des Médecins d'Hauteville, les Drs Delong et Max Thompson ont fait une intéressante communication sur les résultats obtenus par les injections intraveineuses d'un Acide Aminé, le Glycocolle, en solution à 5 0/0 contre les accidents cutanés et muqueux dus à la Chrysothérapie.

Chez leurs cinq malades, ils ont, disent-ils, obtenu un plein succès, la fréquence et l'intensité du traitement étant proportionnées à la gravité des accidents.

Rappelons que l'Okamine, solution n° 2, du Dr Hervouët est à base de Glycocolle et de Méthylglycocolle, ce dernier ayant une activité de beaucoup supérieure au premier.

C'est une raison de plus pour justifier la faveur dont l'Okamine jouit de plus en plus dans le corps médical, nulle autre médication antituberculeuse et revivifiante n'étant à la fois aussi active et aussi inoffensive,

◆

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DU PIED PLAT VALGUS DOULOUREUX CHEZ L'ADOLESCENT ET CHEZ L'ADULTE

Par P. PADOVANI et J. DRAGOMIRESCO

(Travail de la Clinique de Chirurgie orthopédique de l'adulte, Professeur : P. Mathieu, Hôpital Cochin.)

Le problème du traitement du pied plat valgus douloureux chez l'adolescent et chez l'adulte se pose avec une assez grande fréquence au chirurgien.

Deux cas se présentent en pratique.

Ou bien il s'agit d'un pied plat valgus dont les manifestations douloureuses sont d'apparition récente. L'examen révèle un pied souple sans contracture. Si celle-ci existe à un faible degré, elle cède aisément par le repos.

Ou bien il s'agit d'un malade qui souffre depuis longtemps, dont la musculature présente un état de contracture persistante et chez lequel existent des signes cliniques et radiologiques d'arthrite sous-astragalienne et médio-tarsienne.

Pour la première catégorie de malades le traitement orthopédique classique aboutira le plus souvent à une atténuation très marquée des douleurs, surtout si le sujet est jeune et s'il lui est possible d'exercer une profession ne nécessitant pas une station debout prolongée.

Le traitement chirurgical deviendra par contre une nécessité en présence des malades de la seconde catégorie. Il sera même indiqué chez des sujets qui, de par leur condition sociale, ne peuvent satisfaire aux exigences d'un traitement long et coûteux et par ailleurs ne peuvent changer de profession et demeurent astreints à un métier pénible. Seul le traitement chirurgical leur permettra une guérison durable et leur donnera les possibilités de travail indispensables.

Le redressement forcé, le modelage effectué à l'aide d'appareils tels qu'ils sont pratiqués dans de nombreux pays ne nous paraissent pas présenter d'avantages sur le traitement opératoire. Comme celui-ci ils nécessitent une anesthésie et une immobilisation plâtrée de plusieurs mois. Par contre, la guérison qu'ils procurent est de qualité bien inférieure à celle qui fait suite à une intervention bien conduite.

Le traitement opératoire du pied plat a été généralement dominé par l'idée que la déformation était la lésion essentielle et que l'opération devait avoir pour but principal de la faire disparaître et d'empêcher qu'elle ne se reproduise par la suite.

En fait cette conception n'est juste que si l'on a en vue le traitement de lésions récentes, c'est-à-dire précisément les cas que l'on n'a en général pas à traiter chirurgicalement. Dans les formes invétérées de pied plat c'est l'arthrite médio-tarsienne et sous-astragalienne qui est la cause des phénomènes douloureux et sa guérison doit en conséquence être le but essentiel du traitement chirurgical.

Aussi considérons-nous comme nettement insuffisantes les interventions tendineuses de même que les interventions osseuses ayant pour but unique la correction de la déformation sans toucher aux articulations de l'astragale.

L'opération d'Ogston marque un premier pas dans le sens des interventions destinées à bloquer les articulations de torsion. Insuffisante dans sa technique initiale, la résection osseuse fut étendue par Cauchoix à l'articulation calcanéocuboïdienne. Cependant, après son exécution l'astragale n'est pas complètement immobilisé sur le calcanéum. En outre si l'effondrement de la voûte plantaire est assez bien corrigé, la déviation en valgus, la bascule du calcanéum ne sont nullement modifiées.

Seule l'arthrodèse des articulations sous-astragalienne et médio-tarsienne, complétée par les résections osseuses destinées à corriger les déviations du pied, nous paraît devoir remplir les conditions nécessaires pour amener la disparition des phénomènes douloureux.

L'idée d'appliquer au traitement du pied plat la double arthrodèse sous-astragalienne et médio-tarsienne est née somme toute le jour où Jaboulay a montré qu'un pied plat invétéré cesse d'être douloureux lorsque le processus d'arthrite sèche qui se développe à la longue, aboutit à une ankylose des articulations sous-astragalienne et médio-tarsienne. Le pied redevient apte à la marche même si la déformation persiste.

Cette méthode, d'abord utilisée par Cotte en 1920, a été rapidement adoptée par de nombreux chirurgiens, à Lyon d'abord, puis dans toute la France.

Technique et indications. — La technique de l'intervention a été bien réglée par Ducroquet et Launay. Ombrédanne puis Mouchet et Toupet y ont apporté quelques modifications.

C'est assez dire que nous ne saurions parler ici d'une technique chirurgicale nouvelle. Nous désirons seulement indiquer de quelle manière on pratique couramment cette intervention dans le service de M. le Professeur Mathieu, et surtout préciser quelques détails d'exécution qui peuvent, à notre avis, présenter un certain intérêt.

Nous tenons également à insister sur l'importance capitale des soins post-opératoires bien conduits qui permettront seulement d'avoir la certitude d'un bon résultat fonctionnel.

Soins pré-opératoires. Position du sujet. — Les précautions habituelles concernant la préparation de la région à opérer seront observées. Un pansement aseptique sera, après iodage de la peau, placé sur le pied et la jambe la veille de l'intervention.

L'hémostase préventive par application d'une bande d'Esmarch n'est pas strictement obligatoire mais son emploi simplifie considérablement l'intervention, en raccourcit la durée et par ailleurs n'offre aucun inconvénient.

Le membre inférieur sera placé en rotation interne, la jambe à demi-fléchie sur la cuisse, elle-même un peu fléchie sur le bassin.

Le pied reposera par son bord interne sur un coussin constitué par deux alèzes stérilisées de manière à

bien exposer la face supérieure et le bord externe du pied.

Deux aides sont nécessaires. L'un placé en face de l'opérateur, aura pour mission de maintenir la jambe fléchie et le pied en bonne position. C'est lui qui exécutera les mouvements de varus et de valgus à la demande du chirurgien. Pour faire ces manœuvres avec facilité, il devra d'une main tenir solidement la partie moyenne du mollet, l'avant-bras appuyant sur la face externe du genou pour en maintenir la rotation ; l'autre main empaumera la partie antérieure du pied entouré d'un petit champ, et lui imprimera les mouvements nécessaires.

Incision. Relèvement du lambeau cutané. — Commence (à droite) en arrière de la malléole péronière, descend verticalement pour se recourber en avant et suivre le bord externe du pied en restant à 3 cm. environ de celui-ci.

Arrivée à un bon travers de doigt en arrière de l'apophyse styloïde du 5° métatarsien, elle se recourbe à nouveau en dedans, un peu en avant, traversant la face dorsale du pied pour s'arrêter au bord externe du relief formé par le tendon du jambier antérieur.

L'incision sera faite prudemment, surtout dans sa partie antéro-interne, pour ménager les tendons sous-jacents.

Dans le tissu sous-cutané, on coupera de nombreuses veines dont on fera l'hémostase.

Après avoir bordé de petits champs la **plaie sur** toute son étendue, on procédera au **relèvement du** lambeau ainsi délimité. Ce faisant, il conviendra de tenir **la lame du bistouri** obliquement dirigée vers les plans profonds, de façon à conserver un lambeau bien étoffé au niveau duquel il n'y aura pas à craindre de sphacèle. On poursuivra le décollement cutané de façon à bien découvrir en dedans les tendons extenseurs.



FIG. 1. — Arthrodèse sous-astragalienne et médio-tarsienne. Tracé de l'incision.

Libération des tendons. — On incisera dans toute la longueur découverte les coulisses fibreuses des tendons péroniers et leurs gaines.

Un écarteur de Farabeuf sera passé au-dessous des tendons. On se rendra facilement compte à ce moment si leur simple libération donne suffisamment de jour sur la face externe de l'articulation sous-astragalienne. C'est ce qui se passe le plus souvent et il suffit de confier alors l'écarteur au 2° aide qui aura pour mission de protéger à tout instant les tendons en déplaçant l'écarteur selon le point où travaille le chirurgien.

Dans les cas où les tendons ne se laissent pas récliner aisément, ils constitueraient une gêne au cours de l'intervention. Il faut alors d'emblée en pratiquer la section. Pour ce faire il convient de couper d'abord un seul tendon sur les deux bouts duquel on prépare une suture en lacet à l'aide du fil de lin n° 0 ou 1, dont les deux extrémités sont munies d'une aiguille de couturière.

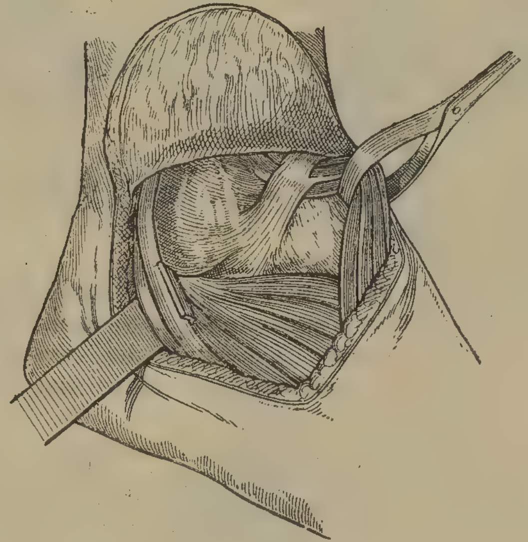


FIG. 2. — Arthrodèse sous-astragalienne et médio-tarsienne. Désintertion du pédieux.

Les aiguilles sont enlevées et les chefs du fil repérés par des pinces. On peut alors faire la section du second tendon sur lequel on ne prépare aucune suture, ce qui permet de reconnaître aisément à la fin de l'intervention le tendon du long péronier, de celui du court, et de ne point pratiquer d'anastomose intempestive.

Les tendons extenseurs déjà libérés sur leur face superficielle le seront soigneusement aussi par leur face profonde.

On pourra dès lors faire le tour de leur ensemble et les entourer d'une pince d'Ombrédanne qui les écartera et les protégera au cours des manœuvres portant sur l'articulation astragalo-scaphoïdienne.

Désinsertion du Pédieux. — A l'aide du bistouri, manié d'arrière en avant, on fera alors la désinsertion du muscle pédieux, de son attache sur la grande apophyse du calcanéum.

En suivant ainsi la face supérieure du calcanéum, la lame pénètre fatalement dans l'interligne calcanéo-cuboïdien qui est ainsi facilement ouvert.

Ouverture de l'articulation médio-tarsienne. — Il suffit de compléter la section capsulaire en dehors pour avoir complètement ouvert la partie externe de la médio-tarsienne.

Il est dès lors facile d'en ouvrir la moitié interne en incisant la capsule dorsale.

Il faut pour cela passer le bistouri sous les tendons extenseurs soulevés et inciser sur le relief de la tête

astragalienne. Il ne reste plus alors qu'à sectionner le ligament de Chopart à l'aide de la pointe du bistouri tenu comme une plume.

L'articulation s'ouvre dès lors dans son entier par la simple flexion de l'avant-pied aidée au besoin d'une légère pesée effectuée par l'intermédiaire de la rugine de Lambotte.

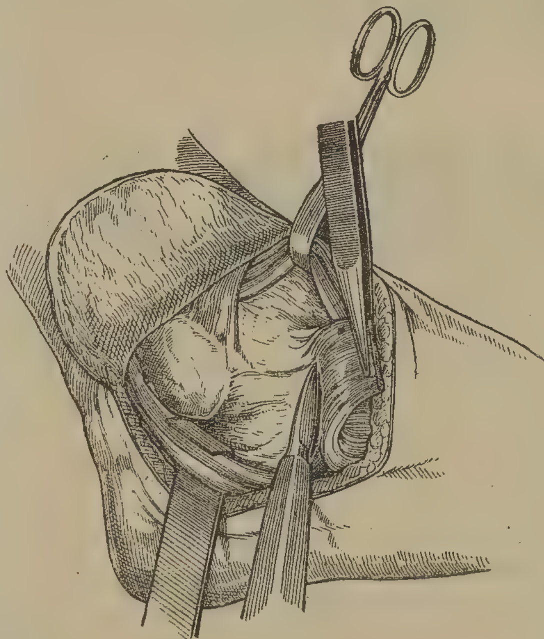


Fig. 3. — Arthrodèse sous-astragalienne, et médio-tarsienne. Ouverture de l'interligne calcanéo-cuboïdien.

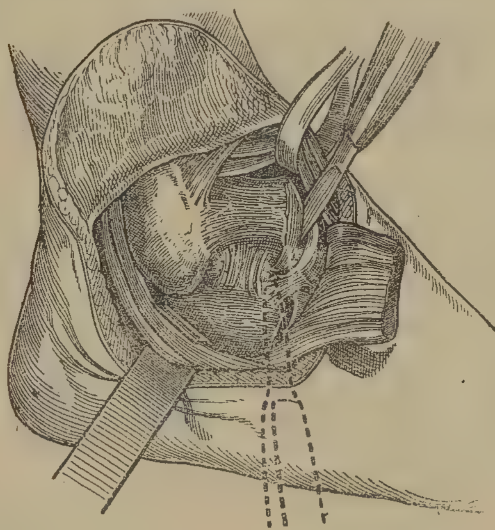


Fig. 4. — Arthrodèse sous-astragalienne et médio-tarsienne. Ouverture des articulations astragalo-scaphoïdienne et sous-astragalienne.

Ouverture de la sous-astragalienne. — Partant de la tête astragalienne, il est facile, surtout à gauche, d'entrer dans la partie antérieure de l'interligne sous-astragalien, puis d'ouvrir sa partie postérieure aussi en arrière que possible.

C'est à ce niveau qu'il faudra avoir grand soin d'éviter les tendons péroniers (si l'on n'en a pas pratiqué la section).

Puis la lame du bistouri, introduite dans le sinus tarsi, sectionnera la partie antérieure, puis la partie postérieure du ligament en haie, autant que possible dans toute son étendue.

A ce moment seulement, le pied étant maintenu par l'aide en valgus avec flexion de l'avant-pied, la grande rugine de Lambotte passera par un mouvement de spirale sur la face antérieure, puis sous la face inférieure de la tête astragalienne, pénétrant ainsi facilement dans l'interligne sous-astragalien. Il ne restera plus qu'à effectuer une légère pesée en poussant le manche de la rugine vers le bas pour faire bâiller largement l'interligne sous-astragalien.

Ablation des cartilages articulaires. — C'est avec les excellentes gouges de Ducroquet que l'on réalisera l'avivement des surfaces osseuses.

On enlèvera successivement chaque cartilage articulaire méthodiquement, pour n'en point oublier, (faire attention en particulier à la petite surface antérieure de la face supérieure du calcanéum, souvent peu visible).

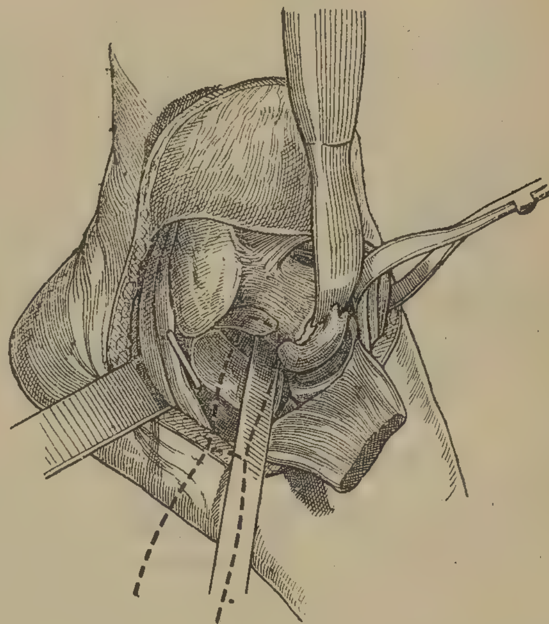


Fig. 6. — Arthrodèse sous-astragalienne et médio-tarsienne. Ablation des cartilages.

Au niveau de chaque surface articulaire, on enlèvera bien complètement le copeau cartilagineux. Avec un peu d'habitude, on passe facilement dans le bon plan de clivage et la plus grande partie du cartilage est enlevée du premier coup.

Pour exécuter facilement ces manœuvres, il est indispensable d'avoir un très bon jour sur le point où l'on travaille. La rugine de Lambotte constitue un excellent petit levier coudé qui, placé dans un sens puis dans l'autre entre les surfaces articulaires correspondantes, écarte bien celles-ci et dégage successivement l'une et l'autre d'entre elles.

Il est des cas, rares d'ailleurs, où la déformation très marquée du pied en valgus entraîne une situation de la tête astragalienne très profonde par rapport à l'incision externe.

On peut éprouver alors quelques difficultés à bien dégager et à bien peler la tête astragalienne.

Il suffit de pratiquer une petite incision interne, longitudinale, sur la saillie de la tête, pour libérer la partie interne de celle-ci et exécuter correctement l'ablation de son cartilage articulaire.

En tout cas, une fois le cartilage enlevé à l'aide des gouges de Ducroquet, il convient de faire une révision minutieuse des diverses surfaces osseuses et d'enlever à la curette les débris cartilagineux qui peuvent persister.

Ceux-ci se retrouvent surtout à la partie interne, au-dessus du sustentaculum, au-dessous de la tête astragalienne, lieu où ils ont été refoulés par la manœuvre de la gouge.

Il y aura intérêt, en cas de grosse déformation, à combiner à l'arthrodèse proprement dite l'ablation plus étendue du tissu osseux à la partie plantaire de l'interligne, pour réaliser une résection cunéiforme permettant la correction plus parfaite de la voûte plantaire. Cette résection s'exécutera aisément à l'aide d'un ciseau.

Reconstitution des plans superficiels. — Le pied remis par l'aide dans sa position normale, on commencera par rabattre sur l'interligne le lambeau musculaire du pédieux et le fixer par quelques points de catgut aux débris ligamenteux de la partie supérieure et externe du calcanéum.

Si les tendons péroniers ont été sectionnés, aides et opérateurs noueront en même temps les chefs du lacet déjà préparé, puis on fera une suture semblable sur le second tendon.

Quelques points de catgut fin reconstitueront à peu près les gaines tendineuses.

Enfin la peau sera suturée aux crins fins.

Soins post-opératoires. — Un gros pansement ouaté, entièrement stérile, sera appliqué et maintenu par quelques tours de bande de gaze stérilisée.

Puis immédiatement une gouttière plâtrée sera mise en place, prenant la jambe et le pied, dépassant les orteils. Le pied y sera mis en rectitude, sans hypercorrection.

Les suites opératoires sont toujours très simples. Les douleurs sont d'abord assez vives et nécessitent l'administration de calmants pendant deux jours en général.

Le 15e jour, on procédera à l'ablation de la gouttière plâtrée et à l'enlèvement des fils cutanés.

(Nous avons observé 2 fois un très léger sphacèle en bordure de la ligne de suture. Il s'agit là d'un incident sans importance et la cicatrisation définitive ne fut nullement troublée.)

Puis on applique une couche de coton cardé bien uniforme et on exécute une botte plâtrée circulaire remontant un peu au-dessous du genou et maintenant les orteils.

A ce moment, on corrige facilement une petite déformation, si elle existe encore, et on place vraiment le pied dans sa position définitive. Le lendemain, on échancre légèrement l'appareil au niveau du talon.

Lorsqu'une intervention doit être pratiquée sur l'autre pied, il est facile de la faire ce même jour avant de retoucher le pied primitivement opéré.

L'appareil doit être laissé en place jusqu'au 100e jour au moins.

A cette date on pourra l'enlever, mais l'opéré devra rester au lit, se contentant de faire quelques mouvements actifs de flexion, extension, qui lutteront contre la raideur de la tibio-tarsienne et faciliteront la marche ultérieure.

Celle-ci sera reprise 15 jours plus tard avec une bonne chaussure orthopédique exécutée au moment de l'ablation du plâtre et du lever du maalde.

La récupération fonctionnelle sera grandement favorisée si lors de la confection du second plâtre on met en place un système métallique permettant la mobilisation de l'articulation tibio-tarsienne tout en laissant strictement immobilisées les articulations sous-astragaliennes et médio-tarsiennes. Le malade exécute des mouvements de flexion, extension et lors de l'ablation de l'appareil plâtré il n'existe aucune raideur de l'articulation tibio-tarsienne.

Nous avons pu retrouver 23 malades opérés selon cette technique ; 12 d'entre eux avaient subi une intervention semblable au niveau des deux pieds.

Le résultat anatomique n'est pas parfait dans tous les cas et chez un certain nombre d'entre eux la déformation de la voûte plantaire a persisté en partie.

Pour remédier à l'effondrement transversal de la voûte plantaire et à l'étalement en éventail des métatarsiens, Huc a adjoint à l'arthrodèse sous-astragalienne et médio-tarsienne une intervention complémentaire au niveau du tarse antérieur. Par une incision verticale, branchée sur l'incision transversale, on libère un ensemble osseux constitué par le scaphoïde (dont on résèque un coin externe égal au cinquième du volume de cet os), le deuxième cunéiforme et le deuxième métatarsien. On énuclée en partie cet ensemble et on maintient cette énucléation en rapprochant fortement les deux bords du pied, attitude dont on assure la conservation par un appareil plâtré. Cette technique reconstitue la concavité transversale de la voûte plantaire. Nous n'avons pas personnellement l'expérience de cette intervention et nous ne pouvons apporter ici que les résultats ayant trait à l'arthrodèse isolée des articulations sous-astragalienne et médio-tarsienne.

Les résultats fonctionnels ont été à peu près constamment parfaits. Nous n'avons observé qu'un échec véritable. Il s'agissait d'un malade particulièrement indocile qui, sorti sur sa demande de l'hôpital, n'a pas cessé de marcher avec son plâtre. Celui-ci n'a pas tardé à casser et à ne plus remplir son rôle de soutien. Lorsque nous avons revu le malade il présentait une luxation astragalo-scaphoïdienne. Nous avons appris depuis qu'une astragalectomie avait été pratiquée sur lui dans un autre service.

Un second malade avait été opéré auparavant dans un service d'enfants (opération d'Ogston). Il présentait une pseudarthrose douloureuse astragalo-scaphoïdienne. Après arthrodèse sous-astragalienne des phénomènes douloureux ont persisté qui ont nécessité

une arthrodèse complémentaire scapho-cunéenne. Celle-ci a amené la disparition des douleurs.

L'étude des opérés permet de conclure que l'arthrodèse des articulations sous-astragalienne et médio-tarsienne constitue l'intervention de choix dans le traitement du pied plat valgus douloureux lorsque le degré d'évolution des lésions rend inefficace le traitement orthopédique.

Elle permet d'obtenir presque à coup sûr la disparition des phénomènes douloureux et la reprise d'une marche normale.

L'AMYLODIASTASE ET LA RADIOLOGIE

Par le docteur Alfred THÉPÉNIER

Les gaz *gastro-intestinaux* sont les pires ennemis des radiologues. Ils rendent les images des viscères imprécises et laissent un doute sur nombre de diagnostics.

Il faut donc, de toute nécessité, éviter cet obstacle.

Les gaz du tube digestif reconnaissent les causes suivantes : aérophagie, fermentations et putréfactions.

L'*aérophagie,* bénigne et intermittente chez certains, devient souvent constante et définitive chez d'autres, provoquant des troubles à allure *gastrique, respiratoire ou cardiaque*.

Ces phénomènes, bien connus des cliniciens, sont trop souvent négligés et insuffisamment traités. Ces accumulations gazeuses gagnent l'intestin, séjournant soit dans le grêle ou le gros intestin et, en particulier, aux angles *hépatique et splénique ;* leur présence à ce niveau masque les reins dont il est impossible de délimiter les contours radiologiquement, ainsi que la vésicule biliaire.

Les *fermentations* peuvent être gastriques ou intestinales. La stase alimentaire par atonie avec dilatation, par spasme ou sténose du pylore, sont toutes deux à incriminer. Sans doute, trouve-t-on dans le contenu gastrique des microorganismes (colibacille, entérocoque, levures, etc...), mais leur rôle dans la pathogénie des gaz gastriques est bien peu importante. La flore microbienne dépend surtout du milieu alimentaire dans lequel elle évolue. Les fermentations stomacales sont dues avant tout à la décomposition des *hydrates de carbone* fournies par les aliments amylacés. Chez les hyperchlorhydriques, ceux-ci au lieu d'être solubilisés en quelques heures macèrent, surtout chez le ptosique, dans un contenu gastrique (pepsine, acide chlorhydrique) favorable au développement des microorganismes : flore acide. La mie de pain, en particulier celle préparée à la levure, renferme un ferment acétique très actif qui provoque la fermentation avec formations gazeuses abondantes. Chez les hypochlorhydriques, au contraire, la fermentation est due à des acides lactique et butyrique qui décomposent, eux aussi, les *hydrates de carbone* avec dégagement de gaz.

Dans l'intestin la majorité des gaz est également provoquée par des fermentations alimentaires encore et toujours déterminées par les *hydrates de carbone.* Le colibacille sévit surtout dans le gros intestin. Toutes ces fermentations donnent naissance à des acides gras, des matières protéiques et des produits aromatiques (scatol et indol) s'accompagnant invariablement de *dégagements gazeux importants* composés *d'azote*, de trace d'oxygène, *d'acide carbonique*, de méthane et, très souvent, *d'acide sulfhydrique.*

On constate, en outre, la décomposition des acides aminés en ammoniaque et en bases toxiques, telles que : la ptomato-curarine, la ptomato-tropine, aux dépens de la lysine et de l'ornithine se forment la cadavérine et la putrescine. La résultante de ces décompositions est la production dans l'intestin d'acides gras et surtout de gaz : hydrogène 52 %, acide carbonique 19 à 34 %, méthane 3 à 14 %. Tels sont les phénomènes principaux des *putréfactions intestinales.* Signalons encore la putréfaction de la cystine, qui donne du sulfure *d'hydrogène* et du méthyl mercaptan gazeux.

Enfin, certaines conditions occasionnelles peuvent être citées dans la *pathogénie des gaz.* Le Docteur Darricau de Vittel signale la fréquence des productions aérogastriques et aérocoliques dans les stations hydro-minérales.

« Sans doute, dit-il, le fait de boire de l'eau, souvent dans la journée et par petites gorgées, provoque-t-il des déglutitions qui amènent de l'air dans l'estomac, mais il y a autre chose.

« Les eaux de Vittel, tant la Grande Source que la Source Hépar, introduites dans l'organisme, amènent de par leur composition l'introduction simultanée des sulfates alcalino-terreux dans le métabolisme stomacal et intestinal. Ces sulfates subissant une réduction forcée, l'oxygène disparaît et est remplacé par de l'hydrogène ; l'ion sulfaté est transformé en sulfure, d'où production d'hydrogène sulfuré qui compose, en grande partie, les gaz intestinaux qui se forment en cours de cure. »

Peut-on éviter la production de ces gaz anormaux ?

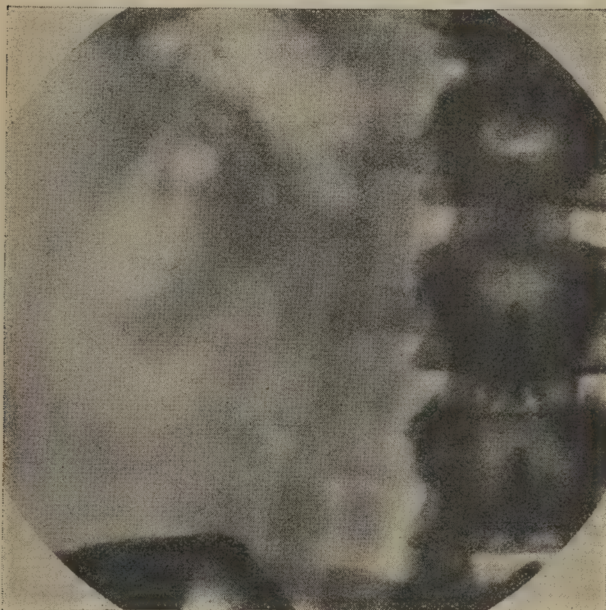
De nombreux médicaments ont été proposés, aucun d'entre eux ne s'est montré particulièrement efficace. Qu'il s'agisse de *gaz gastriques ou intestinaux* on a eu recours à des antiseptiques agissant contre les ferments lactique et butyrique, tels que le fluorure d'ammonium. Les poudres absorbantes, comme le charbon animal ou végétal, peuvent donner des résultats dans certains cas, mais leur pouvoir est limité. Les alcalins ont été également employés dans le but de saturation des acides. Enfin et surtout le régime est à la base de tout traitement : aliments frais très cuits, suppression des farineux, de la mie de pain, en un mot de tous les aliments qui fermentent avec *dégagement de gaz.*

Un fait prédomine, c'est le rôle prépondérant joué par les hydrates de carbone dans la pathogénie des gaz, il s'agit presque toujours, comme il a été dit, d'amidons mal digérés.

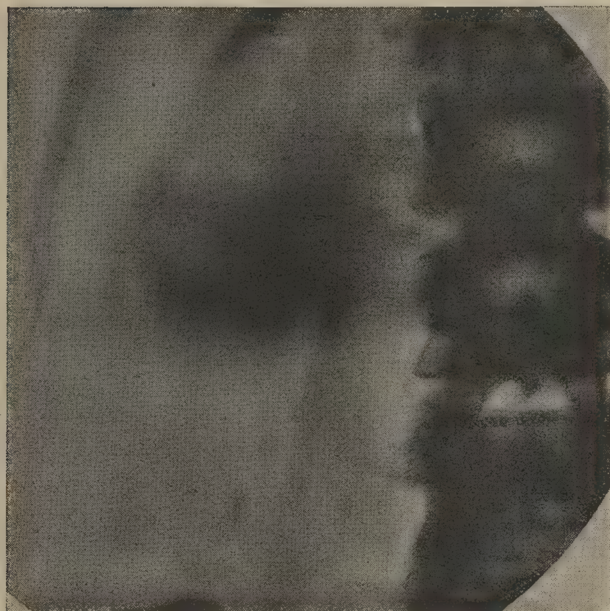
Il est donc de toute nécessité d'accélérer la digestion des amylacés, même en milieu acide, en pres-

crivant de l'Amylodiastase (en sirop ou en comprimés).

C'est le régulateur idéal de ces digestions défectueuses. Il corrige le chimisme déficient : le laboratoire en fournit les preuves irréfutables. Le test radiologique n'est pas moins probant, car après une préparation de 4 à 8 jours par l'Amylodiastase on constate la disparition presque complète des gaz gastro-intestinaux.



M. G... Rein droit. *Avant* tout traitement au Sirop Amylodiastase.



M. G... Rein droit. *Après* 4 jours de traitement au Sirop Amylodiastase.

Les radiographies que nous exposons sont des exemples entre mille de cette action biologique en quelque sorte spécifique. Il n'y a pas absorption de gaz, mais bien suppression de leur cause essentielle par digestion des amidons sans formation de molécules intermédiaires mal clivées.

Afin d'obtenir des résultats rapides et certains en radiologie, il est préférable de supprimer le pain éminemment fermentescible et de prescrire, pendant 4 à 8 jours avant l'examen, du Sirop Amylodiastase comme il suit :

1° Deux cuillerées à café ou mieux une cuillerée à soupe le matin à jeun, afin de vider l'estomac de ses déchets amylacés ;

2° Deux cuillerées à café ou mieux une cuillerée à soupe après chacun des trois principaux repas (petit déjeuner, déjeuner, dîner) ;

3° Supprimer le pain actuel, souvent mal cuit et contenant des débris hémicellulosiques extrêmement fermentescibles ;

4° Le remplacer, à chaque repas, par deux pommes de terre cuites à l'eau, prises en nature, ou mieux découpées en tranches et dorées au four.

Ce procédé dextrine la fécule, supprime une partie de l'eau et donne aux gros mangeurs de pain l'illusion de ne pas être privés de ce dernier.

Nota. — L'Amylodiastase peut être prise dans une boisson chaude, infusion d'anis ou de menthe par exemple, ne dépassant pas 60°, afin de ne pas détruire les diastases naturelles vivantes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1936)

Cellulite et rhumatisme. — M. PARTURIER fait jouer un rôle important aux parathyroïdes, dans la genèse de la cellulite. Il a donc employé la paratyrone dans le traitement de cette affection et il donne les résultats qu'il en a obtenus.

Expérimentation personnelle dans le cancer provoqué par le 1-2 Benzopyrène. (Présentation d'animaux et de pièces.) — MM. DELATTRE et LOU-CHANG.

Pince restée dans l'abdomen deux ans et six mois après une opération. — M. BERNARD. Femme de 53 ans, opérée d'un fibrome. Pendant deux ans et six mois, elle souffre de crises douloureuses abdominales, avec phénomènes de subocclusion. L'examen fradiologique montre une pince de Kocher, restée au milieu des anses intestinales. A l'intervention, on constate la formation de nombreuses adhérences, serrées autour des anneaux ; ceux-ci avaient pénétré dans la lumière intestinale et étaient rongés par les sucs digestifs.

L'auteur rappelle d'autres cas analogues ; il note la réaction inflammatoire et la possibilité d'une irritation de voisinage. Persistance et latence sont les termes qui traduisent le mieux l'interprétation des faits.

(SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1936)

Sciatique rebelle, tumeur de la queue de cheval ; extirpation et guérison. — MM. LANGERON et CAMELOT. Présentation de malade.

Les auto-bouillons-vaccins en thérapeutique rhinologique. — MM. ARCHER et DIDIER.

Radiographies et pièces d'une lésion vertébrale, intéressant le ménisque C6-C7, ayant amené une compression médullaire, suivie de quadriplégie et de mort. — MM. Langeron, d'Hour, Sorrent et Telle.

L'épreuve du vertige voltaïque dans l'étude du tonus sympathique. — M. Le Grand.

Sur la radiothérapie du sympathique. — MM. Langeron et Desplats.

Interprétation des résultats personnels, obtenus dans les cancers provoqués. — MM. Delattre et Lou-Chang.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

CALCULS DE LA VESSIE

ETIOLOGIE

D'observation assez fréquente, se voient bien plus souvent chez l'homme que chez la femme ; et ceci s'explique par l'absence chez la femme de bas-fond, par la brièveté de l'urètre qui peut laisser s'échapper de petits calculs ou de petits corps étrangers qui, chez l'homme, resteraient emprisonnés.

Maximum de cas aux environs de la cinquantaine ;

Très fréquents aussi chez l'enfant.

Ces calculs sont de *trois types* :

a) *Calculs primitifs ;*
b) *Calculs secondaires ;*
c) *Calculs mixtes.*

a) Développés en dehors de toute lésion urinaire préexistante :

Liés à une maladie d'ordre général ;

Peuvent se constituer d'emblée dans la vessie ;

Bien plus fréquemment sont des calculs migrateurs du rein.

b) Développés à l'occasion d'une infection urinaire :

Liés donc à une maladie locale ;

Se constituent dans la vessie autour d'un corps étranger minime, d'un caillot, d'un amas cellulaire qui en constituera le noyau ;

Bien plus rarement le calcul naît dans un bassinet atteint de pyélonéphrite et migre secondairement dans la vessie.

c) Un calcul primitif s'accroît secondairement à l'occasion d'une infection vésicale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Volume. — Extrêmement variable :

Du simple petit gravier à l'œuf de poule ;

A titre exceptionnel, calculs encore plus considérables.

Forme. — Ovoïdes ;

En galet ;

Polyédriques, surtout lorsqu'il y a de multiples calculs ;

En étoiles rugueuses, constituées par le conglomérat de plusieurs calculs ;

Lisses, ou au contraire irréguliers, granités, hérissés d'aspérités.

Nombre. — Du calcul unique à l'amas calculeux.

Siège. — Soit mobiles — soit fixés (par une aspérité : calculs développés autour de corps étrangers ; par un enchatonnement ; par des végétations de cystite). Le calcul tend à se fixer à mesure qu'il grossit.

Coloration. — Variable : brun noirâtre, grise, blanche.

Consistance. — Dépend de la nature du calcul :

Les calculs d'oxalate sont les plus durs ;

Les calculs phosphatiques, au contraire, sont extrêmement friables.

Texture. — C'est la section du calcul qui permet de préciser deux zones :

1° Le noyau ;
2° L'écorce.

1° *Le noyau* est le plus souvent très petit : c'est l'élément autour duquel s'est faite la précipitation minérale ;

2° *L'écorce :* c'est la zone caractéristique du calcul. Elle est le plus souvent stratifiée, d'autres fois granuleuse, non régulière.

Composition. — a) *Calculs primitifs :*

Ceux d'*observation courante* sont constitués d'acide urique, d'oxalate de chaux ;

Bien plus rares sont les calculs de : carbonate de chaux, cystine, urate de soude ou de potasse.

b) *Calculs secondaires.* Ce sont le plus souvent des calculs de phosphates *ammoniaco-magnésiens ;*

D'autres fois : phosphates tribasiques, urate d'ammoniaque, phosphate de chaux.

Il faut insister sur ce fait que le calcul, qu'il soit primitif ou secondaire, est rarement de constitution pure ; presque toujours, il est le résultat de sels associés, dont l'un, prédominant, donne son type au calcul.

Etat de l'arbre urinaire. — La vessie peut être et rester longtemps saine (calculs primitifs).

Le plus fréquemment, lésions de cystite. Et cette infection peut devenir ascendante.

ETUDE CLINIQUE

Signes fonctionnels. — Dans la forme typique, trois symptômes amènent le malade à consulter :

a) *La pollakiurie :* surtout marquée lorsque le malade se déplace, marche, se fatigue.

b) *Les douleurs :* à l'occasion des mouvements, des secousses (voyages en voiture, marche, etc.) ;

A la fin de la miction : le calcul venant s'appliquer sur le col vésical ;

Les douleurs cèdent rapidement au repos, sont déclenchées à nouveau par les secousses ;

Elles siègent au niveau de l'hypogastre, du périnée. Leurs irradiations sont très variables vers le voisinage.

Une localisation douloureuse assez fréquente et assez particulière : le gland.

c) *L'hématurie :* c'est le plus souvent une hématurie de la fin de la miction ;

Elle est d'importance variable : quelques gouttes ou, au contraire, hémorragie notable ;

Elle est aussi déclanchée par la fatigue, les secousses ;

Arrêtée par le repos.

Nous ne ferons que citer, car bien plus rares :

L'arrêt brusque du jet au cours de la miction ;

La rétention d'urine ou, au contraire, l'incontinence par obstruction de l'orifice par un calcul ou par engagement d'un calcul dans le col vésical.

Ce qui est important, c'est de bien mettre en valeur le *caractère commun de tous ces symptômes :*

Ils sont d'ordre purement mécanique ;

Les secousses, les traumatismes les déclenchent ;

Le repos les calme ;

Il n'existe encore aucune manifestation de cystite.

(A suivre.)

LUCIEN DAVID.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 11. — SAMEDI 6 FEVRIER 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat* (oral). — Séance du 30 janvier 1937 :

Notes attribuées : MM. Delouche, 18 ; Castany, 22 ; Rochlin, 21 ; Blancard, 19 ; Lecointe, 20,5 ; Bricaire, 17 ; Sénéchal André, 23 ; Filippi, 15 ; Grislain, 24 ; Wolfromm, 21.

Questions données : Symptômes et diagnostic des orchi-épididymites tuberculeuses. — Symptômes et diagnostic de la spirochétose ictérohémorragique.

Séance du 2 février 1937 :

Notes attribuées : M. Bourdeau, 19 ; Mlle Lotte, 20 ; MM. Blinder, 17 ; Germani, 18 ; Mlle Montalant, 20 ; MM. Lange, 19,5 ; Danion, 7 ; Coblentz, 19 ; Mlle Raymond, 18 ; M. Trémolières, 21.

Questions données : Symptômes et diagnostic des suppurations gangréneuses périurétrales (dites infiltration d'icrine). — Symptômes et diagnostic des polynévrites alcooliques.

Jury du concours d'admissibilité de médecin des hôpitaux. — MM. les docteurs Chiray, Hallé, Marquézy, Boulin, Louis Ramond, Turpin, Gandy, Dufour, Jacquelin, Crouzon, Nobécourt, Gougerot.

Censeurs : MM. les docteurs Escalier, Coste, de Sèze, Rachet, Mollaret, Lelong, Lemaire, Pollet.

— *Concours* pour la nomination aux places d'interne en médecine qui pourront être vacantes en 1937 :

1° A l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise) ;

2° A l'Institution Sainte-Périne et à la Fondation Chardon-Lagache ;

3° A l'Asile pour enfants de la Ville de Paris, à Hendaye (Basses-Pyrénées) ;

4° A l'hôpital Raymond-Poincaré, à Garches (Seine-et-Oise).

Ce concours sera ouvert le vendredi 5 mars 1937, à 9 heures, dans la salle des concours, rue des Saints-Pères, N° 49.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de santé), à partir du vendredi 5 jusqu'au mercredi 17 février 1937 inclusivement, de 14 à 17 heures.

Prix Fillioux. — Sont nommés membres du jury du concours qui doit s'ouvrir le lundi 8 mars 1937, pour l'attribution en 1937 des prix annuels fondés par M. le docteur Fillioux.

MM. les docteurs Gosset, Le Mée, Moreau, Moulonguet, Maduro.

Hôpitaux d'Alger. — Un concours sera ouvert à Alger le 12 avril 1937, en vue du recrutement d'un pharmacien adjoint des hôpitaux civils d'Alger.

La liste d'inscription sera irrévocablement close le 24 mars 1937.

Pour tous renseignements, s'adresser à la direction de l'hôpital civil de Mustapha, les dimanches et jours fériés exceptés, le matin de 7 h. 30 à 11 h. 30, et le soir de 14 heures à 17 heures.

Hôpitaux de Toulouse. — Après concours, M. Maurice Escat, ancien chef de clinique O.R.L., a été nommé chirurgien oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Toulouse.

Faculté de médecine de Paris. — 1re année. — N. R. — Anatomie. — Ecrit : lundi 1er et mardi 2 mars. — Oral : lundi 8 mars et jours suivants.

2e année. — N. R. — Ecrit (dans le cas où l'anatomie serait désignée par le tirage au sort) : jeudi 25 février. — Oral d'anatomie : lundi 1er mars et jours suivants.

Les convocations seront distribuées dans les pavillons.

Faculté de médecine de Nancy. — Sont chargés des fonctions de chefs de clinique à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, à dater du 1er janvier 1937 : *maladies tuberculeuses*, Mlle Binet ; *maladies contagieuses*, M. Helluy ; *ophtalmologie*, M. Charles Thomas.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. Thivolle est nommé agrégé pour une période de 9 années à dater du 1er novembre 1936, et attaché à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg (chimie médicale).

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — M. Germain Petit est institué pour neuf ans professeur suppléant de la chaire d'anatomie pathologique.

Ecole de médecine de Dijon. — M. Kuhn, prof. d'anatomie pathologique, est chargé en outre du cours d'histologie normale, en remplacement du docteur Gault, décédé.

Légion d'honneur. — EDUCATION NATIONALE. — *Chevalier :* MM. Caillau, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen ; Champy, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; Durand, de Montreuil-sus-Bois ; Maurin, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse ; Sinaud, à Guéret ; Villemin, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Guerre. — Un concours s'ouvrira, à 9 heures, à l'école d'application du Service de santé militaire, pour l'obtention du titre de professeur agrégé du Val-de-Grâce :

Le 3 novembre 1937 : pour deux emplois de professeur agrégé de médecine.

Le 15 novembre 1937 : pour un emploi de professeur agrégé de chirurgie.

En 1937, les concours institués pour l'obtention des titres de :

Médecin des hôpitaux militaires ;

Chirurgien des hôpitaux militaires ;

Pharmacien chimiste du Service de santé militaire, auront lieu à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce aux dates ci-après :

Le 7 octobre 1937 : pour les titres de médecin des hôpitaux militaires et de pharmacien chimiste du Service de santé militaire.

Le 14 octobre 1937 : pour le titre de chirurgien des hôpitaux militaires.

Ecole du Service de santé militaire. — Le *J. off.* du 29 janvier publie le décret suivant

Art. 1er. — Le premier alinéa de l'article 2 du décret du 15 juillet 1929 est abrogé et remplacé par le suivant :

« Nul ne peut être admis au concours pour l'admission à l'Ecole du service de santé militaire si, au 1er janvier de l'année du concours, il avait moins de dix-sept ans ou s'il avait à cette date :

« Plus de ving-six ans pour les candidats concourant à douze inscriptions de médecine ;

« Plus de vingt-quatre ans pour les candidats concourant à quatre inscriptions de médecine ou de pharmacie ;

« Plus de vingt-trois ans pour les candidats possesseurs du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques ou concourant avec le titre de stagiaire en pharmacie. »

Ministère de la Santé publique. — M. le docteur Bizard, médecin de la santé à Saint-Nazaire, a été nommé directeur de la 3e circonscription sanitaire maritime, à Saint-Nazaire, à dater du 1er janvier 1937, en remplacement de M. le docteur Durand, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Comité consultatif de biologie aérienne de l'Armée de l'Air. — Le Comité consultatif de biologie aérienne de l'Armée de l'Air sera constitué pendant l'année 1937 par les membres titulaires ci-après :

Le médecin général, inspecteur des services médico-physiologiques, président ; M. Léon Binet, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris ; M. Jean Gautrelet, professeur agrégé de physiologie des Facultés de médecine, directeur du laboratoire de biologie expérimentale de l'Ecole des Hautes-Etudes ; M. André Mayer, professeur au Collège de France (chaire d'histoire naturelle des corps organisés), membre de l'Académie de médecine ; M. André Strohl, professeur de physique à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine ; le médecin adjoint à l'inspection des services médico-physiologiques de l'Armée de l'Air remplira les fonctions de secrétaire du Comité.

Commission permanente du rhumatisme. — Le docteur Terray, d'Aix-les-Bains, a été nommé membre de la Commission permanente créée par le décret du 11 novembre 1936.

Union médicale latine (U.M.F.I.A.). — L'assemblée générale de l'U. M. F. I. A. aura lieu le jeudi 11 février 1937 à 21 heures, au siège social, 81, rue de la Pompe, Paris (16e), chez le président-fondateur, le docteur L. Dartigues.

Fondation « Lady Tata ». — Le fondateur fait appel aux candidats désireux d'obtenir allocations ou bourses en vue de faciliter leurs recherches sur les MALADIES DU SANG et plus particulièrement la LEUCÉMIE, pendant l'année académique commençant le 1er octobre 1937. Les allocations, d'un montant variable, sont octroyées pour couvrir des frais de recherches ou pour procurer à des chercheurs âgés l'aide scientifique d'assistants plus jeunes. Les bourses, allouées sous forme de rémunération personnelle, sont ordinairement de £ : 400 (quatre cents livres sterling) par an. Allocations et bourses sont accessibles aux chercheurs de toute nationalité.

Adresser les demandes avant le 31 mars 1937, et pour tous renseignements, écrire à M. Georges Maître, 9, rue Buffault, Paris (9e).

Clinique médicale propédeutique de l'hôpital Broussais, 96, rue Didot (professeur Emile SERGENT). — Un cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire aura lieu du lundi 15 mars au samedi 20 mars 1937.

Une affiche donnera prochainement le programme détaillé.

(*Voir suite des Informations, p. 180.*)

CLINIQUE MEDICALE

LES LÉSIONS DU PLEXUS BRACHIAL (1)

Par G. CARRIÈRE,
Professeur de clinique médicale
à la Faculté de Médecine de l'Université de Lille.

ETUDE CLINIQUE

Décrire, cliniquement, les lésions du Plexus Brachial n'est assurément pas chose facile ; et il est aisé de le comprendre si l'on se reporte aux notions anatomiques.

Dans son excellent traité sur l'Anatomie des nerfs rachidiens, A. Hovelacque nous montre les variations innombrables de la constitution du Plexus Brachial en ce qui concerne ses origines radiculaires et la formation de ses troncs; ses anastomoses ; les anomalies de son trajet et de ses rapports, celles des origines de ses branches collatérales et la formation de ses branches terminales.

Il y a là une telle diversité anatomique que le plan tant soit peu schématique que je dois adopter sera et restera forcément schématique et sera susceptible de présenter des exceptions cliniques très nombreuses.

La multiplicité des causes capables de provoquer les lésions du Plexus Brachial et leur pathogénie souvent complexe vous expliqueront aussi la variabilité des formes cliniques. Ces lésions en effet, même en cas de traumatismes directs, tels que les blessures de guerre, sont en effet susceptibles d'agir sur le Plexus Brachial, soit par action directe, soit indirectement par fractures, esquilles, hyperostose, fibrose ou hémorrhagies.

Cependant, pour la commodité de la description et en me basant sur les observations cliniques qu'il m'a été donné de recueillir, je décrirai :

I. Les paralysies radiculaires, totales ou partielles.

II. Les paralysies tronculaires.

III. Les paralysies funiculaires ou des branches terminales.

I. PARALYSIES RADICULAIRES.

A. *Totales.* — Elles sont rares. L'éventail radiculaire est rarement atteint en entier par un traumatisme. Il peut l'être, à un moment donné, par des lésions méningées ou des tumeurs développées dans le canal vertébral.

Cependant au cours de la guerre, j'en ai recueilli quelques observations. Je me souviens d'un homme chez qui une balle de schrapnell entrée au niveau de la 4e cervicale avait suivi la gouttière et s'était arrêtée au niveau de la 2e côte, lésant C^5, C^6, C^7, C^8, et D^1. Il avait ressenti un grand choc puis une douleur très violente dans tout le membre supérieur droit, immédiatement, entièrement paralysé.

Dans ces cas : le membre supérieur est inerte, pendant, en pronation légère, collé au corps, mais ballant et flasque pendant la marche, la main à la braguette. Si on le soulève, il retombe inerte. Tout mouvement est impossible.

Le moignon de l'épaule est surélevé : action antagoniste du trapèze sur les abaisseurs paralysés (angulaire, sous-clavier, pectoraux).

L'omoplate est déviée, écartée de la ligne épineuse (paralysie du rhomboïde).

Son angle supérieur est abaissé (paralysie de l'angulaire).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des Hôp.* n° 9, du 30 janv. 1937.

Elle est parfois rapprochée de la ligne épineuse (paralysie du grand dorsal) ; décollée (paralysie du grand dentelé).

Objectivement, le sujet ne peut se mettre au port d'arme (paralysie du grand dorsal).

L'atrophie frappe tous les muscles innervés par le Plexus Brachial : le sus et sous-épineux (saillie de l'épine de l'omoplate), le deltoïde (saillie de l'articulation de l'épaule). Tous les méplats normaux sont exagérés : l'omoplate est creuse, détachée. Les saillies des pectoraux et les seins sont affaissés ; le pli sous-mammaire est effacé, les creux sus et sous-claviculaire sont exagérés.

L'hémithorax est diminué en apparence et en réalité ; les digitations du grand dentelé sont effacées, la partie postérieure du creux axillaire est amincie.

Dans l'inspiration profonde et si l'on met les bras en croix, l'ampliation du thorax est notablement diminuée du côté malade.

A l'écran, on note une parésie ou une paralysie du dôme diaphragmatique (lésion de l'anastomose du phrénique).

Du fait de ces atrophies, le volume du membre est diminué, de 4, 5 cm. et plus.

L'articulation de l'épaule est intacte, tous les mouvements passifs sont possibles mais parfois douloureux ou limités par des rétractions fibro-tendineuses secondaires.

Tous les réflexes sont abolis.

L'excitabilité faradique et galvanique est diminuée, voire même abolie pour tous les muscles de l'épaule, du bras, de l'avant-bras, de la main et des doigts avec réaction de dégénérescence.

Tout le membre supérieur est anesthésié, sauf à la partie supéro-interne du bras innervée par D^2.

Il est cyanosé, refroidi quelquefois de 3 à 5°.

Habituellement on observe le syndrome de Claude Bernard-Horner (enophtalmie, rétrécissement de la fente palpébrale et myosis).

Dans les cas anciens, on note des attitudes vicieuses des doigts par rétraction fibro-tendineuse (griffe médio-cubitale-main de singe).

Les ongles croissent moins vite, sont striés, opaques et ternes, les empreintes digitales sont effacées, il y a de l'hypertrichose, ou du glossy skin et de l'adipose sous-cutanée.

B. — *Paralysie radiculaire supérieure.* — 5e et 6e cervicales. — Elle porte le nom de Duchenne Erb.

Elle entraîne la paralysie de l'angulaire, du sous-clavier, du rhomboïde, du sus et du sous-épineux, du petit rond, du sus et du sous-scapulaire, du deltoïde et une atteinte partielle du diaphragme et des pectoraux, des scalènes, du grand dentelé, du grand dorsal et du grand rond. De plus, certains groupes innervés par le radial, le musculo-cutané et le médian peuvent être touchés.

Le bras est pendant, collé au corps, l'avant-bras en pronation.

L'épaule est surélevée par antagonisme des élévateurs sur les abaisseurs paralysés.

Les méplats sus et sous-claviculaires sont exagérés, le deltoïde est atrophié, les méplats sus et sous-épineux sont creusés ; l'épine de l'omoplate est saillante.

L'omoplate est abaissée et décollée.

L'articulation scapulo-humérale est détachée (ronds et sus-scapulaire).

La saillie des pectoraux et celle du sein sont diminuées.

L'hémi-thorax est rétréci (grand dorsal, grand dentelé).

La partie supérieure du creux de l'aisselle est amincie (grand dentelé).

D'autre part, du fait de la paralysie des groupes musculaires innervés par C^5 et C^6, l'épaule ne peut être abaissée. Le sujet ne peut élever le bras, ni le mettre en abduction. L'adduction est en partie conservée (intégrité de certains faisceaux des pectoraux).

Le sujet ne peut se peigner. Il ne peut déplacer son bras dans l'acte d'écrire, il ne peut se mettre au port d'armes (grand dorsal) ; il ne peut croiser les mains derrière le dos (rhomboïde) ; il ne peut embrasser avec ses membres supérieurs ni accomplir l'acte de bénir (grand pectoral).

Il lui est presque impossible d'étendre et de fléchir l'avant-bras (biceps, coraco-brachial, brachial antérieur, triceps), cependant une certaine flexion est possible du fait de l'action des épicondyliens et des épitrochléens.

Il ne peut étendre la main, ni fléchir ni opposer le pouce ou l'écarter.

En revanche sont conservés en partie : les mouvements de supination de l'avant-bras, ainsi que la flexion des doigts, des phalanges, l'écartement des doigts, l'adduction, la flexion et l'extension du petit doigt.

A l'écran, on note une paralysie partielle de l'hémidôme du diaphragme du côté atteint, que j'ai pu souvent déceler à l'écran.

On note l'anesthésie du bord interne du bras et de l'avant-bras, de la moitié interne de la main et du pouce.

Les troubles trophiques et vaso-moteurs font défaut au niveau de l'avant-bras et de la main ou sont localisés au bord externe.

C. — *Paralysie radiculaire inférieure. Type Déjérine Klumpke.* Par lésions de C^8 D^1. — Elle est caractérisée par l'existence du syndrome de Claude Bernard-Horner ; enophtalmie, myosis ; hypotonie ; la paralysie partielle d'une partie des muscles innervés par le radial, du médian et du cubital, une atteinte totale du brachial cutané interne.

Par contre tous les muscles de l'épaule, du bras et les groupes musculaires innervés par C^5, C^6, C^7 sont intacts.

En conséquence, l'épaule n'est pas surélevée, le membre supérieur est en situation normale. Il n'y a pas de méplats sus et sous-claviculaires, ni des fosses sus et sous-épineuses. Le deltoïde a son volume normal ; le phrénique n'est pas touché. L'omoplate n'est pas déviée ; l'hémithorax n'est pas rétréci ; on voit les digitations du grand dentelé.

Le bord des pectoraux est saillant, le sein n'est pas rétréci. Dans la marche le bras n'est pas ballant.

Tous les mouvements de l'épaule sont possibles ; le sujet peut se mettre au port d'armes, embrasser, bénir, mettre sa main à la poche, la croiser derrière le dos.

Tous les mouvements du bras sont conservés. Le sujet peut fléchir l'avant-bras et l'étendre, faire la supination, étendre le poignet, quelquefois incomplètement. Il écarte, fléchit, oppose le pouce mais incomplètement.

En revanche, il ne peut ni fléchir les doigts, ni la main, ni écarter, ni fléchir, ni étendre le petit doigt.

On note l'atrophie avec diminution ou abolition des réactions électriques, la réaction de dégénérescence des fléchisseurs de la main et des doigts, des groupes interosseux, lombricaux et hypothénar. Souvent, dans les cas anciens, on constate des rétractions fibro-tendineuses. Anesthésie du bord interne du bras, de l'avant-bras, de la main et des 4e, 5e doigts. Troubles trophiques et vaso-moteurs dans le même territoire.

Enfin, et j'insiste sur ce point, on relève les signes oculo-pupillaires : rétrécissement de la fente palpébrale, enophtalmie, hypotonie, myosis, asymétrie faciale, diminution de la narine, diminution de la sécrétion lacrymale et sudorale du côté lésé.

D. — *Paralysie radiculaire moyenne.* — C^7. — Dont j'ai recueilli 6 observations.

Elle atteint partiellement le grand dentelé, les pectoraux, les scalènes, le grand dorsal et le grand rond. Partiellement aussi sont atteints les groupes musculaires du radial, du musculo-cutané, du médian, du cubital et du brachial cutané interne.

L'épaule n'est pas abaissée, le bras n'est pas inerte ; l'omoplate n'est pas déplacée. L'hémithorax est rétréci, le diaphragme est intact. Le deltoïde a son volume normal, on ne voit pas les méplats articulaires. Les régions sus et sous-épineuses ne sont pas creusées.

Tous les mouvements de l'épaule et du bras sont conservés. La flexion et l'extension du bras sont pénibles, mais possibles, l'adduction est conservée (pectoraux intacts). La pronation, la supination, la flexion et l'extension de l'avant-bras sont incomplètes. L'extension, la flexion de la main et des doigts sont gênées, parfois presque impossibles. Le sujet ne peut ni écarter, ni fléchir, ni opposer complètement le pouce.

En général, peu d'amyotrophie, de troubles vaso-moteurs ou trophiques.

On note une anesthésie occupant l'avant-bras seulement (bord externe), la face dorsale du pouce, de l'index et une partie du médius, et la face palmaire (moitié externe).

II. Paralysies tronculaires du plexus brachial. — Ce sont celles qui ont pour cause des lésions siégeant à deux travers de doigt au-dessus de la clavicule, et à deux ou trois travers de doigt au-dessous de celle-ci (voir tableau III).

A ce niveau, les troncs constituants du plexus brachial sont serrés les uns contre les autres. Il y a là une zone triangulaire de 3 cm. sur 3 cm. à sommet inférieur dans laquelle les racines constituent les troncs primitifs et émettent leurs collatérales. Toute blessure siégeant à ce niveau intéressera les troncs en masse.

Les paralysies tronculaires sont donc habituellement totales, exceptionnellement partielles. Cependant il m'a été donné d'en observer par petits éclats d'obus ou de douilles, ou par poussière de projectiles.

Par suite du voisinage de l'artère sous-clavière, les blessures de cette région intéressent souvent ce vaisseau. Les anévrysmes de la sous-clavière par blessure de guerre ont souvent déterminé secondairement des lésions du plexus brachial. Ceci vous explique que ces paralysies tronculaires s'accompagnent fréquemment de la diminution de l'index oscillométrique.

Souvent aussi, du fait de ce voisinage des vaisseaux, il se produit des hémorragies interstitielles, point de départ de fibrose qui, gagnant de proche en proche, étouffe les troncs du plexus brachial. Ce sont là des lésions indirectes du plexus brachial qui primitivement n'a pas été atteint par le traumatisme direct. Si vous vous reportez au schéma, vous constatez que l'angulaire, le rhomboïde, les scalènes, le sous-clavier, seront respectés ; donc, il n'y aura pas d'abaissement de l'épaule ; le sujet ne peut mettre sa main derrière le dos, sa main dans la poche. Le grande dentelé ne sera généralement pas atteint : donc pas de rétrécissement de l'hémi-thorax. Le diaphragme n'est pas touché. Tous les autres muscles de l'épaule, du bras, de l'avant-bras de la main et des doigts seront paralysés.

L'épaule est surélevée, la ligne sous-mammaire est effacée, le bras est pendant, inerte, ballant, en pronation, avec allongement apparent. L'omoplate a basculé, sa pointe est déjetée en dehors. L'hémithorax n'est pas rétréci, le dôme diaphragmatique fonctionne normalement.

Les creux sus et sous-claviculaires, sus et sous-épineux sont creusés ; le deltoïde et les pectoraux sont atrophiés, l'articulation scapulo-humérale, squelettique, est relâchée.

La paralysie est totale pour le membre supérieur ; les mouvements passifs sont intacts, sauf s'il existe des rétractions fibro-tendineuses.

Les réflexes sont abolis.

L'anesthésie est totale, sauf au niveau de la région supéro-interne du bras : D^2. Quelquefois on observe de la causalgie.

Les fonctions sudorales sont atteintes, la peau est blafarde, la main est rétrécie et violacée ; les ongles sont striés et troublés dans leur croissance. L'adipose sous-cutanée est

Tableau III

Lésions des 5 racines	Radiculaires supérieures	Radiculaires inférieures	Radiculaires moyennes
Élévation de l'Épaule.	+	o	o
Omoplate abaissée, écartée, décolltée.	+	o	o
Bras pendant, inerte, ballant.	+	o	o
Dépression creux sus-sous claviculaire.	+	o	o
» sus-sous épineux.	+	o	o
Effacement des seins.	+	+	o
» du pli sous-mammaire.	+	+	o
Amincissement paroi post. axillaire.	+	o	o
Diminution du hémithorax.	+	o	o
Amyotrophie du Deltoïde.	+	o	o
des groupes musculaires paralysés.	+	+	moins marquée
Parésie de la voûte diaphragmatique.	+	o	o
Paralysies .. Epaule .... élévation (Paralysies totales)	totale	o	o
abaissement	id.	o	o
effacement	id.	o	partielle
Bras .... abduction	id.	o	o
adduction	id.	o	o
projection en avant	id.	o	o
» en arrière	id.	o	o
rotation en dehors	id.	o	o
» en dedans	id.	o	partielle
abaissement	id.	o	o
Avant-Bras .... flexion	id.	o	o
extension	id.	o	o
Main .... pronation		o	partielle
supination		o	o
flexion		partielle	partielle
abduction	partielle	o	partielle
adduction	partielle	partielle	partielle
extension	partielle	partielle	partielle
Doigts 1e phalanges. extension	partielle	partielle	partielle
flexion	o	totale	o
adduction	o	totale	o
abduction	o	id.	o
Doigts 2e phalanges. extension	o	totale	partielle
flexion	o	id.	partielle
Doigts 3e phalanges. extension	o	id.	o
flexion	o	id.	partielle
Pouce 1er métacarpe flexion	partielle	partielle	partielle
extension		totale	id.
adduction	partielle	partielle	id.
abduction		totale	id.
opposition	partielle	partielle	id.
Pouce 1re phalange. flexion	partielle	partielle	partielle
extension	o	id.	o
Pouce 2e phalange. flexion	partielle	id.	partielle
extension	o	id.	
Réactions électriques diminuées.	id.	id.	id.
abolies dans les groupes.			
R. Dg. paralysés.			
Anesthésies. Tout le membre.	bord externe du membre supérieur	bord interne du membre supérieur	à topographie périphérique
Troubles trophiques.	de même	de même	peu
» vaso-moteurs.	de même	de même	peu
Syndrome de Claude Bernard-Horner.	absent	présent	absent

marquée, les réactions électriques sont profondément atteintes ; on note la kératose et l'hypertrichose.

Le tableau clinique est le même quand la lésion est sous-claviculaire et totale, mais le sus et le sous-épineux n'étant pas lésés, les fosses correspondantes ne sont pas excavées. Les pectoraux étant ordinairement respectés, l'adduction du bras est possible et il n'y a pas de dépression des fosses sus et sous-claviculaires.

Les paralysies tronculaires partielles peuvent présenter toutes les combinaisons cliniques possibles, mais les nerfs, n'étant pas encore individualisés, il n'y a pas de paralysie individualisée.

Je m'explique : le radial est constitué par C^5, C^6, C^7, C^8. Le musculo-cutané, par C^5, C^6, C^7 ; le médian par C^5, C^6, C^7, C^8 et D^1.

Donc au niveau de la clavicule, les troncs du plexus brachial sont constitués par des fibres tronculaires qui ne sont pas encore individualisées, par conséquent il n'existera pas de paralysie nette du radial, du médian, du cubital et du musculo-cutané. Dans les lésions partielles siégeant à ce niveau, on ne trouvera donc pas de paralysies individualisées, ce seront des groupements musculaires non pas innervés par tel ou tel nerf, mais par telle ou telle racine ; cliniquement, elles se rapprocheront des paralysies radiculaires. De même pour l'anesthésie, ce seront des anesthésies radiculaires.

III. — Paralysies funiculaires ou axillaires du plexus brachial. — Les cordons nerveux, à ce niveau, se séparent, s'écartent, ils sont maintenant constitués et individualisés. En conséquence, ces paralysies ne seront plus totales en général, néanmoins, j'en ai observé plusieurs cas. Elles auront les caractères des paralysies périphériques. Leur topographie motrice ou sensitive ne sera plus radiculaire, mais

sera celle des nerfs périphériques constitués, individualisés à ce niveau.

Monofuniculaires, elles affecteront le type de la paralysie du radial, du médian, du cubital ou du musculo-cutané.

Plurifuniculaires, elles seront constituées par des associations variées de paralysie du médian et du musculo-cutané, médian cubital et musculo-cutané.

Tantôt les lésions du cou ou des cordons nerveux seront directes, tantôt elles seront indirectes, anévrysmes, hémorrhagies, suppuration, fibrose, esquilles.

Toutes ces lésions se feront remarquer par l'intégrité de l'angulaire, des scalènes, du rhomboïde, donc pas de modification de la situation de l'épaule et de l'omoplate. Le grand dentelé n'est pas atteint : pas de rétrécissement de l'hémithorax, pas d'amincissement de la paroi axillaire postérieure.

Les sus et sous-épineux sont intacts : pas de méplats des fosses correspondantes.

Les pectoraux sont généralement sains : pas de dépression sous-claviculaire, pas d'effacement du pli sous-mammaire.

Le grand dorsal n'est pas touché : possibilité du port d'armes.

Le deltoïde est conservé : pas d'atrophie, mouvement d'abduction du bras possible, bras en croix.

Le petit et le grand rond, le sus-scapulaire étant normaux, pas de relâchement de l'articulation de l'épaule. Rotation du bras possible. Tous les mouvements de l'épaule et du bras sont possibles.

Par contre, du fait de l'atteinte de tel ou tel cordon nerveux, l'on notera les paralysies suivantes :

1° *Paralysie du musculo-cutané* (biceps coraco-brachial, brachial, antérieur). — La flexion de l'avant-bras est impossible. Partiellement les épitrochléens pourront donner un léger mouvement dans ce sens.

2° *Paralysie du radial.* — Elle entraîne l'impossibilité d'étendre l'avant-bras (triceps) ; l'impossibilité de la supination (radiaux, supinateurs) ; celle d'étendre la main et les doigts (extenseurs communs de la main et des doigts) et celle de l'abduction du pouce.

3° *Paralysie du médian.* — La pronation de l'avant-bras, la flexion de la main, du pouce, de l'index et du médius, l'abduction et l'opposition du pouce sont impossibles.

4° *Paralysie du cubital.* — La flexion et l'abduction du pouce, la flexion des doigts et des phalanges, l'adduction, l'abduction du petit doigt, la flexion de la 3e phalange de l'auriculaire ne peuvent être faites.

Dans chacun de ces types, les groupes musculaires sont atrophiés ; parfois rétractés (entraînent des griffes) et leurs réactions électriques sont troublées au prorata de l'intensité des lésions.

Les anesthésies plus ou moins complètes occuperont les territoires correspondants aux troncs nerveux atteints, isolées ou associées.

La causalgie est fréquente. Les troubles trophiques ou vaso-moteurs habituels seront localisés dans les territoires des troncs nerveux atteints.

On peut schématiser dans le tableau ci-contre les caractères cliniques qui séparent les paralysies radiculaires, les paralysies tronculaires et les paralysies funiculaires.

DIAGNOSTIC

Les paralysies du plexus brachial d'origine traumatique sont en général d'un diagnostic aisé, étant donné la constatation de la blessure, de son orifice d'entrée, de son trajet. Il n'en est pas de même dans les cas de paralysies d'ordre médical. En ce cas, le diagnostic mérite d'être étudié de près. Il en est de même dans certains cas complexes

TABLEAU IV

RADICULAIRES	TRONCULAIRES	FUNICULAIRES
Elévation de l'épaule.	Élévation de l'épaule	pas
Omoplate abaissée. décollée. pointe en dedans.	non abaissée non décollée pointe en dehors basculée	pas
Effacement des digitations. du grand dentelé. rétrécissement de l'hémithorax.	pas	pas
Exagération du creux. sus, sous-claviculaire ; sus, sous-épineux.	comme dans les P. Radiculaires	pas pas
Atrophie des pectoraux, affaissement sein. effacement pli sous-mammaire.	également »	pas pas
Atrophie du deltoïde, du grand Dentelé.	existe	pas
Paralysie partielle le plus souvent		individualisée
totale plus rare.	totale	
Territoire radiculaire.	radiculaire	périphérique
Individualisées radiculaires.	pas individualisées Radiculaires	pures ou associées périphériques
Paralysies de l'épaule, du bras, de l'avant-bras, de la main, des doigts.	idem mais : intégrité angulaire » rhomboïde » scapulaires » épineux » dentelé	int. d'épaule » deltoïde » pectoraux
Atteinte de dôme diaphragme.	pas	pas
Syndrome oculo-pupillaire.	pas	pas
Anesthésie à territoire radiculaire.	idem	périphérique
Troubles trophiques à territoire radiculaire.	idem	»
Troubles vaso-moteurs à territoire radiculaire.	idem	»
0	causalgie fréquente	»
	troubles vasculaires fréquents	»

qui peuvent se présenter au médecin et que j'ai eu l'occasion de rencontrer.

Il en fut ainsi dans un cas de blessure par balle au niveau du cou, qui n'avait pas atteint le plexus brachial, mais avait déterminé une monoplégie hystéro-traumatique Plusieurs fois, au cours de la guerre, j'ai eu à étudier des malades commotionnés, ensevelis, projetés, présentant une monoplégie brachiale de diagnostic très difficultueux et chez lesquels il fallait trancher s'il s'agissait d'une paralysie par lésions du plexus brachial, d'une monoplégie cérébrale, médullaire, ou hystéro-traumatique.

Aussi, me semble-t-il nécessaire de vous exposer maintenant les arguments cliniques sur lesquels vous pourrez baser votre diagnostic.

LES MONOPLÉGIES BRACHIALES D'ORIGINE CÉRÉBRALE pourraient être confondues avec celles qui sont en rapport avec des lésions du Plexus Brachial.

Les éléments suivants pourront vous être utiles.

1° L'antériorité d'un ictus.

2° L'abaissement de l'épaule par opposition à son élévation dans les paralysies plexulaires radiculaires.

3° L'absence de déplacement de l'omoplate dans les monoplégies cérébrales, alors que ce déplacement est la règle dans les paralysies d'origine plexulaire.

4° L'atrophie musculaire fait généralement défaut dans les monoplégies cérébrales, exception faite pour celles qui

traduisent l'hémiplégie spasmodique infantile. Elle est constante dans les monoplégies plexulaires.

5° Le signe de la pronation automatique de Babinsky est quasi constant dans les paralysies cérébrales. Je ne l'ai qu'exceptionnellement rencontré dans les paralysies plexulaires. Le malade s'assied devant une table, le coude appuyé sur cette table, l'avant-bras étendu, la main reposant sur la paume de la vôtre par son bord cubital. Vous la soulevez par petits coups comme si vous la soupesiez, elle se met alors en pronation.

6° Le signe de la pronation de Strumpell qui appartient aux monoplégies cérébrales et que je n'ai pas observé dans les paralysies plexulaires. Le malade s'assied devant vous, vous saisissez son avant-bras et le fléchissez sur le bras. La main se met en pronation forcée et c'est sa face dorsale qui vient toucher le moignon de l'épaule.

7° Le signe de Bechterew appartient aussi exclusivement aux monoplégies cérébrales. Si l'on soulève le membre supérieur et qu'on le laisse retomber, il retombe, mais avec 2, 3 secondes ; malheureusement il est inconstant.

8° Le signe de Raïmiste n'a pas une valeur absolue, bien qu'il soit très fréquent dans les monoplégies cérébrales.

Le sujet appuie son coude sur une table, vous maintenez l'avant-bras et le bras fléchi à 90° et la main verticale dans l'axe de l'avant-bras, vous l'abandonnez, elle retombe en flexion de 120 à 140°.

9° Le signe de la main de Souques appartient bien aux monoplégies cérébrales. Si le sujet cherche à élever la main au-dessus de sa tête, ses doigts primitivement fléchis s'étendent et s'écartent. Je ne l'ai jamais observé dans les paralysies plexulaires.

10° Le signe du pouce de Klippel. Si vous cherchez à étendre les 4 derniers doigts contracturés, le pouce se fléchit. Ce signe appartient aux monoplégies brachiales cérébrales.

Ce signe appartient à la contracture ; or, dans les paralysies plexulaires, il n'y a jamais de contracture, il n'y a que des rétractions fibro-tendineuses.

11° En effet, il ne saurait y avoir ici de symptômes pyramidaux qui sont presque de règle dans les monoplégies cérébrales. En ce cas les réflexes sont exagérés, ils sont abolis dans les monoplégies plexulaires.

12° Cette griffe mécanique due à la contracture présente dans les monoplégies cérébrales le caractère suivant : si, mettant votre pouce dans la main en griffe, vous fléchissez cette main, la contracture en flexion s'exagère, si on relève la main cette contracture disparaît.

13° L'étude des mouvements syncinésiques est aussi de la plus haute importance, ils ne s'observent que dans les monoplégies cérébrales.

Syncinésies globales (les muscles se contractent à l'occasion d'un effort musculaire quelconque).

Syncinésies d'imitation (les muscles paralysés reproduisent les mouvements que l'on fait exécuter avec les muscles du côté opposé).

Syncinésies de coordination (contraction de muscles coordonnés à d'autres que l'on fait fonctionner).

14° Dans les monoplégies cérébrales, il n'existe généralement pas de troubles sensitifs. S'il en existe, ils sont à maximum distal, et c'est surtout la sensibilité profonde qui est atteinte.

15° Enfin dans les monoplégies cérébrales, les réactions électriques sont conservées.

Les monoplégies médullaires se distingueront des monoplégies plexulaires par l'existence du syndrome pyramidal : contracture — exagération des réflexes au-dessous de la lésion — par la constatation de secousses fibrillaires qui font toujours défaut dans les lésions plexulaires — et par les troubles de la sensibilité. En ce cas, en effet, il y a souvent dissociation entre la sensibilité au chaud ou au froid ; ou dissociation syringomyélique.

La ponction lombaire et l'analyse du liquide céphalo-rachidien permettent souvent de préciser le diagnostic.

Les monoplégies hystéro-traumatiques se différencieront par les éléments suivants.

Le moignon de l'épaule est en situation normale ou peut être surélevé *par contracture.*

La localisation des paralysies est atypique et ne correspond ni à un territoire radiculaire, ni à un territoire de nerf périphérique.

Les réflexes sont normaux.

L'amyotrophie est rare, les réactions électriques sont normales.

Les anesthésies y sont « atopographiques », c'est-à-dire ne correspondant ni à des territoires radiculaires, ni à des territoires périphériques : anesthésie en gants, en manchette, en manche, en gigot, etc... De plus, elles sont souvent paradoxales : ces sujets anesthésiques ne se brûlent et ne se piquent jamais.

Les troubles trophiques y sont exceptionnels.

Les paralysies névritiques. — Succèdent généralement à des intoxications ou à des infections. Elles sont accompagnées de troubles sensitifs objectifs dans les territoires des nerfs périphériques et de troubles subjectifs de la sensibilité : fourmillements, élancements, douleurs.

Les myopathies primitives à type scapulo-huméral sont symétriques, héréditaires. La sensibilité est intacte. Il n'existe pas de secousses fibrillaires. L'atrophie précède la paralysie, c'est le contraire dans les lésions plexulaires.

Certaines impotences fonctionnelles peuvent en imposer pour des monoplégies plexulaires.

L'impotence fonctionnelle par ostéomyélite aiguë est caractérisée par une fièvre élevée, des douleurs violentes, l'existence d'un point douloureux précis au niveau de l'os — une contracture réflexe de défense, l'absence de troubles objectifs de la sensibilité, de troubles vaso-moteurs et trophiques et l'intégrité des réactions électriques.

L'impotence fonctionnelle due a la maladie de Barlow peut être discutée chez l'enfant.

En ce cas la douleur est vive au moindre mouvement ; on note une tuméfaction osseuse épiphysaire ou juxta-épiphysaire ; la crépitation osseuse. Les réactions électriques sont normales. Il existe des gingivorrhagies et les autres signes du syndrome de Barlow.

DIAGNOSTIC DE LA CAUSE

Il se basera d'abord sur les anamnestiques.

Il y a eu traumatisme ou il n'y en a pas eu.

S'il y a eu traumatisme, il sera facile de reconnaître chez le petit enfant s'il y a eu un facteur obstétrical ou non. Chez l'enfant plus âgé ou chez l'adulte, la notion d'une plaie pénétrante, sa situation, sa direction, solutionnera facilement le problème.

Dans les grands traumatismes, les chutes, les écrasements sans plaie pénétrante, le diagnostic étiologique sera parfois très ardu. Il conviendra d'examiner très attentivement cliniquement et radiologiquement les vertèbres, — la clavicule — l'acromion — la tête humérale — la première côte pour rechercher l'existence d'une lésion osseuse ou articulaire.

S'il n'y a pas eu de traumatisme, le diagnostic devra avancer pas à pas.

Rechercher d'abord l'existence de lésions tuberculeuses, syphilitiques, néoplasiques des méninges par l'étude clinique minutieuse, la ponction lombaire et l'analyse du liquide céphalo-rachidien ; le radio lipiodol, descendant et ascendant.

Ensuite, examiner très soigneusement les vertèbres cervicales une à une, cliniquement et sur les films, recueillis sous plusieurs incidences, leurs apophyses et leurs corps. Songer à la dorsalisation de la 8e cervicale et à l'existence d'une côte cervicale. Passer ensuite à l'étude de la clavi-

cule, de la première côte, de l'acromion, de l'articulation scapulo-humérale : exostoses — tumeurs.

Songer ensuite à la possibilité des lésions du dôme pleural ; à l'existence d'anévrysmes, d'adénopathies, susceptibles de comprimer le plexus.

Tous ces facteurs étant éliminés, rechercher s'il existe des causes toxiques ou infectieuses de névrites.

EVOLUTION

Les paralysies du Plexus Brachial peuvent avoir un début brutal. Il en est ainsi dans les cas de traumatismes ou dans la névrite apoplectiforme. Il est lent, progressif ; accompagné de douleurs ; en cas de tumeurs, de pachyméningites, de compression. Une fois constituées, elles peuvent évoluer vers l'amélioration ou vers l'aggravation. Dans ce dernier cas les paralysies, les amyotrophies, les troubles vaso-moteurs et trophiques vont s'accentuant. Il se produit des rétractions fibro-tendineuses. Les réactions électriques disparaissent et l'on voit apparaître des œdèmes trophiques et des arthrites.

Dans le cas où l'amélioration se produit, elle est toujours très lente et se fait en six mois, un an, quelquefois davantage. La sensibilité reparaît progressivement et de haut en bas, en général, — la motilité reparaît ensuite, les troubles trophiques et vaso-moteurs s'atténuent et disparaissent. Les réactions électriques reprennent leur seuil normal.

LE PRONOSTIC

Les paralysies du Plexus Brachial sont curables ou incurables. Mais je ne partage pas l'optimisme de certains auteurs et j'en possède un bon nombre d'observations qui n'ont pas guéri. Totales au début, elles deviennent parcellaires, puis en 12 ou 15 mois, le patient reprend lentement et progressivement l'usage de son membre.

Celles qui sont dues à des tumeurs sont généralement incurables. Parfois la radiothérapie amène des rémissions, voire même des guérisons.

Celles qui sont dues à la syphilis sont souvent curables à la suite d'un traitement spécifique intensif bien conduit.

Celles qui sont dues à la tuberculose des os voisins du plexus sont souvent définitives à moins qu'une intervention chirurgicale ne puisse lever la compression.

Cette dernière sera bien plus efficace dans les cas d'exostoses ; de compression par fibrose, par anévrysmes.

LE TRAITEMENT

Il doit être envisagé sous un double point de vue, suivant qu'il devra s'attaquer au plexus lui-même ou aux causes qui le lèsent.

Thérapeutique étiologique

Pour bien le concevoir, il convient de se reporter à l'étude des causes susceptibles de léser le Plexus Brachial.

Parmi ces causes, il faut incriminer :

1° La tuberculose.
2° La syphilis.
3° Les tumeurs.

Chacune d'entre elles peut se localiser sur les méninges, les vertèbres, leurs trous de conjugaison et leurs apophyses transverses, la première côte, la clavicule, l'acromion. Elles entraînent des exostoses, des collections suppurées, des lésions nécrotiques avec effondrement vertébral.

En ce qui concerne la tuberculose, nous la voyons produire des pachyméningites, des abcès par congestion, des effondrements (Mal de Pott) — des périostites, des adénopathies, etc...

Lorsque l'on supposera ou lorsque l'on aura déterminé que la tuberculose est en cause, la ligne de conduite sera d'avoir recours au repos absolu, à la suralimentation, à l'aération large (climat marin), aux toniques généraux à l'aurothérapie, aux ultra-violets. L'immobilisation plâtrée sera de règle en cas d'ostéite cervicale.

Si la syphilis est en cause : pachyméningites ; gommes ; périostites ; ostéites ; nécrose ; syphilome ; il faudra instituer de suite un traitement spécifique intensif énergique et prolongé (mercure, arsenicaux, bismuth, sans oublier l'iodure).

Si l'on suspecte une néoplasie inopérable, l'on tentera un traitement radiothérapique ou radiumthérapique.

S'il s'agit d'une lésion osseuse traumatique ou post traumatique, le chirurgien devra essayer de supprimer la cause : pratiquer une laminectomie, exciser une apophyse transverse, enlever des esquilles, abraser un cal ou une exostose, réduire une luxation de l'épaule.

Si la compression du plexus brachial est due à un anévrisme, il conviendra d'exciser ce dernier.

S'il s'agit d'un projectile ou d'un corps étranger, il conviendra de l'extraire.

Si le plexus est étouffé, comprimé par du tissu fibreux, il faudra le libérer, le dégager.

Traitement physiothérapique

Il comprend le massage, la chaleur, l'électrothérapie. Les massages sont toujours utiles pour activer la circulation, exciter mécaniquement les muscles, s'opposer à leur dégénérescence, combattre les rétractions fibro-tendineuses.

La chaleur sous forme de bains chauds, de pansements ouatés, s'ajoutera efficacement au massage. La diathermie agira dans le même sens.

L'électrothérapie doit être utilisée le plus tôt possible, on l'emploie de préférence sous forme de galvanisation continue, avec quelques secousses en fin de séance — séances quotidiennes et longtemps poursuivies. Elle exerce une action favorable sur la circulation, la stase veineuse, la vitalité du muscle, stimule son activité contractile ; contribue à la régénération des fibres nerveuses. Sous forme d'ionisation iodurée ou chlorurée, elle agit sur les fibroses.

Action directe sur le plexus

Lorsque le diagnostic de la cause et du siège aura été précisé, il conviendra d'envisager l'intervention chirurgicale sur le plexus. Il n'est pas nécessaire de se presser, il ne faut pas trop tarder. Il n'y a guère à considérer que deux sortes d'intervention : la libération, la suture. Après avoir découvert les troncs plexulaires au niveau du siège présumé de la lésion, l'on enlève tous les corps étrangers et l'on excise par dissection minutieuse les tissus fibreux qui étranglent les cordons nerveux. On les isole par du tissu graisseux de voisinage.

J'ai fait pratiquer une douzaine de libérations de plexus par mon regretté collègue et ami le professeur Lecène, alors chirurgien de secteur à la 12e région. J'ai eu :

8 cas excellents.
2 cas avec résultats incomplets.
2 cas d'insuccès.

L'on a préconisé la suture des troncs nerveux avec ou sans résection de névromes, coaptation exacte des troncs sectionnés, suture lâche mais solide du névrilème, isolement par du tissu graisseux. J'ai obtenu :

3 succès.
5 insuccès.

Quant aux autogreffes, omogreffes, hétérogreffes, je n'en ai fait pratiquer que 3 ou 4 et les résultats n'ont pas été satisfaisants...

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 JANVIER 1937)

Dosage de la tyrosine dans les matières premières végétales. — M. YVES RAOUL.

(SÉANCE DU 25 JANVIER 1937)

La médication soufrée. — MM. GOSSET et BINET rapportent l'observation d'opérés du foie chez lesquels la médication soufrée a donné d'excellents résultats. Ils exposent ensuite les recherches expérimentales démontrant que par cette médication, on peut élever considérablement et très rapidement le taux du glutathion dans divers tissus, le foie en particulier.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1937)

Sonorisation de la salle des séances. — Enfin on entend les orateurs ! La salle des séances, construite en 1902 par le regretté architecte Rochet, était belle et fort commode. Elle avait malheureusement une acoustique déplorable. Le défaut a disparu complètement. Grâce à l'installation de microphones et de diffuseurs judicieusement répartis et réglés par M. Jacques Thomas, ingénieur de la maison Philips, on entend maintenant admirablement à toutes les places.

Il convient de féliciter chaudement le Conseil de l'Académie et le réalisateur de la sonorisation.

Rapport de la commission des coquillages. M. TANON, rapporteur. — Dans une communication faite à l'Académie le 12 janvier, MM. Loir, Sanarens et Lagangneux avaient proposé un vœu dont la réalisation permettrait, selon eux, d'assurer la coordination des autorités centrales et provinciales en matière d'assainissement. Ils envisageaient la création de syndicats intercommunaux, sorte de services d'étude régional, restant soumis au contrôle des autorités sanitaires établies, mais qui étudieraient, dans le cadre régional, les propositions et les exécutions des grands travaux d'hygiène.

Leur vœu a été examiné par la Commission, qui le présente sous la forme suivante :

Vœu. — Il sera créé dans chaque région un Comité régional d'assainissement, auquel devront être soumis tous les projets. Cet organisme d'études sera placé sous la direction d'un médecin inspecteur départemental.

Celui-ci sera lui-même sous la dépendance du ministre de la Santé publique et aura le droit de faire appel à tous les services compétents en matière d'hygiène, du département ou des communes, à propos de chaque question.

Les projets dressés par cet organisme régional seront soumis à l'avis des assemblées sanitaires du secteur et à l'avis du Conseil supérieur d'hygiène. Ils devront être approuvés par un Comité central interministériel : Santé publique, Travaux publics, Ponts et chaussées, Agriculture, Marine marchande (pour les côtes), et ministère des Finances. Le même organisme devra en plus contrôler les installations et les dispositifs sanitaires qu'il aura adoptés.

L'Académie adopte ce vœu.

Quelques notions sur le mécanisme de l'hypertrophie prostatique. — M. CHAMPY montre que l'hypertrophie prostatique dépend, au moins en partie, d'une altération des sécrétions internes de la glande génitale. Les divers produits élaborés cessant, avec l'âge, d'être dans la proportion convenable pour maintenir la prostate en état normal, ceux qui peuvent en provoquer la croissance prennent volontiers la prépondérance. D'où l'idée de traiter l'hypertrophie prostatique par des extraits opothérapiques convenablement choisis.

Cette thérapeutique, essayée par l'auteur en collaboration avec M. Heitz-Boyer, a donné d'excellents résultats cliniques.

Intoxication saturnine par l'eau d'alimentation. — M. DESGREZ présente une note de MM. A. PELLE et ARTUS (de Rennes), insistant à nouveau sur la fréquence de l'intoxication saturnine par les eaux pures d'origine granitiques. Ils montrent la variété de ses manifestations (méningites saturnines, anémies pernicieuses) et leur gravité quand elles sont méconnues.

Ils signalent de nombreux accidents saturnins, non seulement en ville mais à la campagne, où ils sont insoupçonnés. Ils proviennent de l'utilisation, qui tend à se généraliser, de pompes avec tuyaux de plomb.

L'action agressive de l'eau sur le plomb provient :

1° De leur acidité ; 2° de leur faible minéralisation.

Les tuyaux de plomb étamés sont attaqués dans les mêmes conditions et ne constituent nullement un moyen de protection.

Les auteurs ont pu vérifier, par une observation qui a duré plus de deux ans, que la désacidification et la reminéralisation par addition de chaux rendaient ces eaux inoffensives.

Ultrafiltration du sérum sur bougies imbibées d'acide oléique. — M. Pierre DELBET.

Etude cataphorétique du sérum dans les états hypertensifs chroniques. — MM. G FLORENCE, A. DUMAS et D. VINCENT. Note présentée par M. HUGOUNENCQ.

Election d'un membre libre. — M. TRILLAT (de l'Institut Pasteur), dont on connaît les beaux travaux sur le formol et l'urotropine, ainsi que les remarquables études épidémiologiques, a été élu, en remplacement du regretté Jean Charcot. Il a obtenu 52 voix sur 91 votants. Mme Phisalix a obtenu 16 voix ; M. Jayle, 14 ; M. Godlewski, 4 ; M. Valentino, 3 ; M. Armand Delille, 2.

INFORMATIONS

(*Suite*)

Bal de la Médecine française. — La veille de la Mi-Carême, le mercredi 3 mars 1937, dans les salons du Centre Marcelin Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, Paris (7e), avec la présence effective de M. Albert Lebrun, Président de la République, sera donné le XIe bal de la Médecine française, au bénéfice des veuves et orphelins de médecins.

A 22 h. 15, spectacle. Au programme, présentation de trois films de Jean Painlevé. Suites de danses par Mia Slavenska, danseuse étoile de l'Opéra de Zagreb, pour la seconde fois en représentation à Paris, et Serge Peretti, de l'Opéra. Le guitariste réputé : Raphaël Medina.

A minuit, souper dansant, par petites tables, servi par des jeunes filles du monde médical, sous la direction de Mme Henri Labbé et du docteur Edouard de Pomiane.

De 22 heures à l'aube, soirée dansante animée par Mme Gabaroche. Fernand Bouillon et son jazz. Cotillon. Petits soupers à la carte. La chiromancienne Blanche Orion. Attractions nombreuses. Orchestres. Tournoi de bridge. Nombreux prix.

Prix des cartes : spectacle et bal : 60 fr. Etudiants : 35 fr. Bal seul : 40 fr. Etudiants : 25 fr. Souper dansant : 70 fr. (S'inscrire à l'avance : nombre de places strictement limitées).

Pour tous renseignements, s'adresser : Société F. E. M., 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (7e). Téléph. : Inv. 55.90 (samedi après-midi excepté). Les personnes qui s'intéressent à cette grande fête de bienfaisance et ne peuvent y assister, sont priées d'adresser leur obole au compte chèque postal N° 146.688 Paris.

Presse de l'Institut. — L'Association de la presse de l'Institut et des sociétés savantes a tenu son assemblée générale au palais de l'Institut. Le docteur Henri Bouquet a été élu à l'unanimité président, à la place vacante par le décès de M. Ch. Dauzats.

Ont été élus ou réélus : vice-présidents, MM. Edouard Déglise et C.M. Savarit ; secrétaire général, M. A. Chesnier du Chesne ; membres du comité, le colonel Godchot, MM. Henri Bourgeois et Kimpflin.

Les assurances sociales des gens de maison à partir du 1er janvier 1937. — La cotisation forfaitaire pour les gens de maison en 1937 est ainsi fixée :

Villes de plus de 80.000 habitants et département de la Seine :

Hommes. — Par jour : assuré, 0 fr. 95 ; employeur, 0 fr. 95 ; total, 1 fr. 90. — Par mois : assuré, 28 fr.; employeur, 28 fr.; total, 56 fr.

Femmes. — Par jour : assurée, 0 fr. 55 ; employeur : 0 fr. 55 ; total, 1 fr. 10. — Par mois : assurée, 16 fr.; employeur, 16 fr.; total, 32 fr.

Autres communes :

Hommes. — Par jour : assuré, 0 fr. 70 ; employeur, 0 fr. 70 ; total, 1 fr. 40. — Par mois : assuré, 20 fr. ; employeur, 20 fr.; total, 40 fr.

Femmes. — Par jour : assurée, 0 fr. 40 ; employeur, 0 fr. 40 ; total, 0 fr. 80. — Par mois : assurée, 12 fr. ; employeur, 12 fr.; total, 24 fr.

Ce forfait est applicable aux gens attachés à la personne (bonne à tout faire, femme de chambre, valet de chambre, cuisinières, chauffeurs, etc.).

Les femmes de ménage qui ne sont ni couchées, ni nourries, ne peuvent être considérées comme personnel de maison. Les cotisations sont calculées sur le salaire effectivement touché. Celles qui sont nourries ou logées peuvent donner lieu au forfait par journée ou demi-journée. Quatre heures=une demi-journée ; plus de quatre heures=une journée ; moins de quatre heures=une demi-journée.

Nécrologie. — Nous apprenons avec un vif regret la mort du docteur Victor Lespinne, ancien président de la Société belge de dermatologie et de syphiligraphie, membre d'honneur de la Société française de dermatologie.

A nos amis de *Bruxelles médical*, qui perdent en Lespinne un de leurs collaborateurs les plus éminents, nous adressons l'expression de notre très affectueuse sympathie.

On annonce la mort du professeur Plummer (de Rochester, U. S. A.), bien connu par ses travaux sur le corps thyroïde et le goitre qu'il poursuivit à la clinique des frères Mayo.

CONGRÈS ET VOYAGES

Semaine oto-rhino-laryngologique. — La semaine oto-rhino-laryngologique aura lieu à Paris du 24 au 29 mai 1937. Pour inscriptions (200 fr.) et tous renseignements, s'adresser au docteur Louis Leroux, O. R. L. des hôpitaux de Paris, 242 *bis*, boulevard Saint-Germain, Paris (7e). Tél. : Littré 72-96.

Congrès de l'Enfant à la mer et à la montagne. — Ce congrès aura lieu du 21 au 28 mars 1937, à Hyères, Saint-Raphaël, Cannes, Grasse et Vence, Nice, Menton et Monaco.

Placé sous la présidence d'honneur de M. Gaston Doumergue, il sera présidé effectivement par M. le professeur Nobécourt.

Le comité d'organisation est présidé par le docteur Grinda et le docteur Barbary. Questions à l'ordre du jour : 1° Influence du climat sur la nutrition ; 2° Modification des climats suivant les lieux ; 3° éducation et installation.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Société médicale du littoral méditerranéen et au secrétaire général du Congrès, le docteur Maurice Faure, 24, rue Verdi, à Nice.

XVIe réunion neurologique internationale. — Cette réunion se tiendra à Paris, du jeudi 8 juillet au mercredi 14 juillet 1937 inclus.

La séance d'ouverture aura lieu le jeudi 8 juillet, à 14 h. 30, à l'Exposition internationale. Les séances ultérieures se tiendront à la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital (amphithéâtre de l'Ecole des infirmières). — Les séances auront lieu le matin, de 9 h. à 12 h., et l'après-midi, de 15 h. à 18 h.

La question suivante a été mise à l'étude : *La douleur en neurologie.*

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Crouzon, 70 bis, avenue d'Iéna, Paris (16e).

Pédiatrie. — Il n'y aura pas de Congrès de pédiatrie cette année, mais une *Journée de pédiatrie*, qui aura lieu le mardi 6 juillet et précédera d'un jour les Journées nationales de l'enfance, qui auront lieu du 7 au 10 juillet.

Ligue française contre le rhumatisme (Secrétariat : 2, rue Guynemer, Paris). — La prochaine Assemblée générale de la Ligue française contre le rhumatisme aura lieu le *mardi 23 février* 1937. *Séance du matin.* Hôpital Cochin, amphithéâtre de la clinique médicale (prof. Marcel Labbé). — *Après-midi*, à 16 heures. Faculté de médecine, amphithéâtre des thèses n° 2 : (*a*) Séance administrative ; (*b*) Séance scientifique, à 17 heures. Ordre du jour : Les manifestations rhumatismales de la colonne cervicale. Premier rapport : Les manifestations vertébrales (avec projections), M. Jacques Forestier ; 2e rapport : Les manifestations extra-vertébrales, MM. Crouzon et Gaucher.

Vacances de Pâques sur la côte d'Azur. — La Société médicale du littoral méditerranéen organise pour Pâques son XIe voyage. On connaît les conditions très attrayantes de ces voyages. La concentration se fera à Hyères le 21 mars et le voyage se poursuivra par Cannes, Grasse, Nice, Menton et Monaco (27 mars). Excursions prévues dans les Alpes et en Corse.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Société, 24, rue Verdi, à Nice.

LIVRES NOUVEAUX

La chirurgie du médecin praticien (1). — Prof. DAVIDE GIORDIANO.

Sous ce titre, le professeur Giordano (de Venise), a réuni à l'usage du médecin praticien toutes les connaissances chirurgicales nécessaires à la pratique courante de sa profession : généralités sur la désinfection, les infections des plaies, la préparation opératoire, puis, par régions, les opérations de chirurgie d'urgence, les opérations de petite chirurgie, et certaines de grande chirurgie que l'auteur a jugé préférable d'être pratiquées sur place.

Abondamment illustré de figures la plupart originales, magnifiquement édité, ce livre est appelé à rendre de grands services à nos confrères transalpins.

La *Gazette des Hôpitaux* se devait de signaler cet ouvrage de l'éminent et vénéré maître de Venise.

M. LANCE.

(1) 1 vol. in-8, 415 p., 308 fig. — Editions Minerva Medica, S. A. (en italien). Turin, 1937.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 12. — MERCREDI 10 FEVRIER 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat* (oral). — Séance du 4 février 1937 :

Notes attribuées : MM. Galmiche, 18 ; Vernes, 21,5 ; Poussier, 17 ; Raymondaud, 22 ; Gallimard, 17 ; Cuvereaux, 23 ; Torre, 22 ; Audry, 23 ; Oudot, 20 ; Landau, 12.

Questions données : Symptômes et diagnostic du tétanos. Symptômes et diagnostic du myxœdème.

Séance du 5 février 1937 :

Notes attribuées : MM. Douville, 19 ; Molimard, 19 ; Nick, 25 ; Champagne, 21 ; Lesca, 22 ; Fischgrund, 24 ; Bernard Pierre, 21,5 ; Thorel, 21 ; Demassieux, 17 ; Thoyer-Rozat, 20.

Questions données : Symptômes. Diagnostic et complications des fractures du rocher. Symptômes, diagnostic et traitement d'urgence de l'œdème aigu du poumon.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — Admissibilité : noms des candidats : MM. les docteurs Aboulker, Audouin, Baumann, Billet, Boudreaux, Cordier, Dreyfus-le-Foyer, Dufour, Guillot, Hepp, Lance, Lecœur, Monod, Padovani, Petit, Poilleux, Rudler, Sauvage, Vuillième, Zagdoun.

Hôpital de Saint-Germain-en-Laye. — *Un concours pour six places d'internes titulaires en médecine et en chirurgie et dix places de provisoires* s'ouvrira le 11 mars 1937, à 9 heures du matin, à l'hôpital de Saint-Germain. Il comportera une épreuve écrite (anatomie, pathologie médicale ; accouchements ; cas d'urgence).

Les candidats doivent être Français, âgés de moins de 30 ans, pourvus de douze inscriptions et externes ou anciens externes des hôpitaux dans une ville de Faculté ou d'Ecole.

Les internes nommés pour trois ans et les provisoires nommés pour un an reçoivent un traitement de 4.500 à 5.000 francs. Ils sont logés, nourris, chauffés et éclairés. Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à la direction de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise).

Faculté libre de médecine de Lille. — Concours d'agrégation D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE.

Un concours pour une place d'agrégé de la Faculté libre de médecine de Lille doit avoir lieu dans le courant du deuxième semestre de l'année universitaire 1936-1937.

Ce concours comporte : 1° une épreuve *d'admissibilité :* composition écrite sur un sujet d'oto-rhino-laryngologie ;

2° Des épreuves *d'admission :* épreuve de titres ; leçon orale ; examen clinique.

Le registre des inscriptions à ce concours *sera clos le* 28 *février* 1937.

Pour tous renseignements, s'adresser au doyen de la Faculté libre de Lille, 56, rue du Port, Lille.

Ecole de médecine de Poitiers. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers s'ouvrira le lundi 18 octobre 1937 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Ecole de Médecine de Tours. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de physique médicale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Tours, s'ouvrira le lundi 18 octobre 1937 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Légion d'honneur. — Guerre. — *Officier* : médecin-colonel Teste, des troupes coloniales.

Marine (*active*). — *Officier* : MM. Degoul, Thomas, Brette et Canton.

Pensions. — *Officier* : M. Surèau, trésorier de l'Association des médecins anciens combattants.

Chevaliers : M. Jeanvoine, à Charleville ; M. Chapelain, médecin du personnel du ministre des Pensions.

Affaires étrangères. — *Commandeur* : le professeur Rivet, du Muséum.

Chevalier : M. Mazarakis, médecin du ministère des Affaires étrangères ; M. Cayrel, médecin du consulat général de France, à Milan ; M. Collinson, Américain, médecin oculiste.

Ministère de la Santé publique. — Le *Journal officiel* du 5 février publie la composition, pour quatre ans, de la *Commission permanente des Stations hydrominérales, climatiques et uvales.* Voici les noms des médecins désignés pour faire partie de la Commission :

MM. les docteurs Dequidt, Flurin, Macé de Lépinay, Sérane, Baudouin, Moncorgé, Piatot, les professeurs Desgrez et Urbain, les docteurs Bouloumié, Cany, Durand-Fardel, le professeur Fabre, les docteurs Gardette, Meillon, Pierret, le professeur Santenoise.

Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris et de la Seine. — Le bureau pour 1937 est ainsi constitué : Président : M. Bourguignon ; 1er vice-président : M. d'Ayrenx ; 2e vice-président : M. Sénéchal ; secrétaire général : M. Grimbert ; secrétaire général adjoint : M. Lebègue ; trésorier : M. Stuhl ; secrétaires annuels : MM. Bruder et Schwob.

Société médicale du Luxembourg. — Bureau pour 1937. Président : M. Beauvy ; 1er Vice-Président : M. Jallifier ; 2e Vice-Président : M. Pasquier ; Secrétaire général : M. d'Ayrenx ; Secrétaire adjoint : M. Ch. Grimbert ; Trésorier : Mme Sorel ; Secrétaires annuels : MM. Couvreux, Peyre.

M. Sauvé, Président sortant, est nommé Président d'honneur.

RECTIFICATION

Le docteur Henry Michel, villa Montesquieu, à Arcachon, nous prie de couper court, une fois de plus, au faux bruit de sa mort qui a couru l'an dernier. Il va fort bien et nous prie de rassurer ses amis ; nous le faisons bien volontiers.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU TITRE DE « DOCTEUR DENTISTE »

Le docteur Béliard, président du syndicat général des médecins stomatologistes de France, ayant pris connaissance de la réponse de M. Mordagne, délégué permanent de l'Association corporative des étudiants en médecine, parue dans le N° du 30 janvier 1937 de la *Gazette des hôpitaux*, nous prie de déclarer qu'il n'a rien à ajouter à l'exposé très complet qu'il a publié dans la *Gazette des hôpitaux* du 2 janvier 1937. Il maintient intégralement sa position.

CONGRÈS

Union internationale contre la tuberculose. — Le comité exécutif de l'Union internationale contre la tuberculose (secrétaire général : professeur Fernand Bezançon) s'est réuni à Paris, le samedi 9 janvier 1937, à 14 h. 30. Cette séance avait pour but principal de prendre une décision au sujet de la date de la 10e conférence de l'Union internationale, qui aurait dû se réunir à Lisbonne au mois de septembre 1936, sous la présidence du prof. Lopo de Carvalho et qui, par suite des circonstances, avait dû être ajournée.

Il a été entendu que la conférence aurait lieu en septembre 1937, soit au début du mois si la conférence pouvait se réunir à Lisbonne, soit à une date à fixer si elle devait se réunir dans une autre ville.

Désireux de rendre hommage à l'activité et à l'intelligente initiative de leurs collègues portugais qui avaient préparé la 10e conférence de manière à lui assurer le plus grand succès, les membres du comité ont exprimé l'espoir que la réunion pourrait avoir lieu à Lisbonne au mois de septembre prochain, une décision ferme ne devant intervenir qu'à la fin d'avril, ou au début de mai 1937.

Le comité exécutif a pris, d'autre part, la décision formelle de convoquer la 11e conférence de l'Union internationale contre la tuberculose en 1939, au lieu de 1938, à Berlin, sous réserve de l'approbation statutaire de la prochaine assemblée générale de l'Union.

Les membres du comité ont été unanimes pour exprimer leur reconnaissance au gouvernement italien, qui a mis à la disposition de l'Union six places de stagiaires à l'Institut Carlo Forlanini, à Rome.

Ils ont approuvé le règlement de la Fondation Léon Bernard, aux termes duquel un prix bisannuel sera décerné par le comité exécutif à l'auteur d'un travail, rédigé en anglais ou en français, sur la tuberculose envisagée au point de vue social.

Enfin, il a été résolu que le secrétariat de l'Union demanderait aux membres conseillers dans les différents pays de choisir certaines questions scientifiques qui seraient proposées comme sujets de travail à longue échéance et qui seraient susceptibles d'être inscrites éventuellement à l'ordre du jour des futures conférences de l'Union.

MESURE EN SÉRIE DE LA PRESSION VEINEUSE PÉRIPHÉRIQUE par un nouveau dispositif utilisant le phlébopièzomètre

Par MM. le Professeur M. VILLARET,
P. GRELLETY-BOSVIEL et PIERRE LAMBLING
(de Bagnoles-de-l'Orne)

Le seul reproche sérieux que l'on puisse adresser à la détermination directe de la pression veineuse périphérique — pourtant seule méthode précise, parce que physiologique — est de se prêter difficilement *aux recherches en série*, en raison de l'obstacle apporté à la longue par la coagulation du sang dans l'aiguille introduite dans la veine du sujet.

L'appareil imaginé et construit par l'un de nous et Justin-Besançon palliait déjà à cet inconvénient en utilisant une solution anticoagulante, qui était injectée dans la lumière de l'aiguille, à intervalles réguliers, au moyen d'une soufflerie manœuvrée à la main. Nous avons essayé de perfectionner ce procédé en mettant au point un nouvel appareil à solution anticoagulante, que nous voudrions présenter ici succinctement, et dont l'application a fait l'objet de la thèse de l'un de nous.

Il remplit les conditions suivantes :

a) Il assure le lavage ininterrompu de l'aiguille par un liquide isotonique, sous pression et débit constants, suffisamment faible pour ne pas influencer la tension du sang dans la veine.

b) Il reste assez sensible pour traduire les moindres variations de la pression veineuse.

I. Appareil propulseur du liquide anticoagulant

Le lavage de l'aiguille est assuré par *la pompe électrique de MM. L. Henry et Jouvelet*, dont les applications médicales sont multiples (1). Rappelons qu'elle est constituée essentiellement par une cuve creusée dans une masse métallique, au centre de laquelle est disposé un axe portant un galet qui vient appuyer sur un tube élastique enroulé en boucle au fond et contre ses parois. L'axe, actionné par un moteur électrique fonctionnant sur le secteur, fait tourner le galet qui, en se déplaçant, exerce une pression uniforme successivement sur toutes les parties du tube contenu dans la cuve, créant ainsi derrière lui une aspiration et devant lui une compression qui assurent la progression continue du liquide dans la lumière du tube.

Le moteur fonctionne, à volonté, sur une grande ou une petite vitesse. Pour chacune d'elle un index régulateur permet encore d'obtenir un nombre de tours à la minute très variable.

II. Dispositif réunissant la pompe et le phlébopiézomètre (2)

Le branchement, sur ce courant anticoagulant, du phlébopiézomètre se fait par l'intermédiaire d'un dispositif qui fait l'originalité de notre appareil et que nous devons à l'ingéniosité de M. L. Henry. C'est une chambre de relais qui utilise la colonne même du liquide anticoagulant, maintenu sous pression et volume constants, comme moyen de transmission de la pression à l'appareil de mesure. L'ensemble du dispositif comprend :

1° Une chambre relais stérilisable C, en pyrex, fermée par un bouchon B à joint plastique avec vis moletée, et munie de tubulures A, P, M et R, respectivement reliées à :

a) Une aiguille à ponctions veineuses (A) ;

b) L'appareil Henry et Jouvelet (P.) ;

c) Un manomètre anéroïde gradué en centimètres d'eau semblable à celui du phlébopiézomètre de l'un de nous (M) ;

d) Un dispositif de contrôle du niveau du liquide (R).

2° *Un support métallique* coudé dont la branche verticale présente une boutonnière dans laquelle le bouchon de la chambre peut se verrouiller. Sur la branche horizontale reposera le bras du sujet.

3° *Une pince roulante* qu'un verrou permet de maintenir à volonté ouverte ou fermée (R).

4° *Un vase* contenant du sérum physiologique (S).

III. Mode d'emploi

Les différents temps de la technique de ce phlébopiézomètre sont les suivants :

1° Après stérilisation (l'ébullition suffit) de la chambre et de ses accessoires (tubes, embout, bouchon), mettre en place le bouchon B et serrer la vis moletée pour comprimer le joint plastique qui assure l'étanchéité de l'appareil.

2° Verrouiller la chambre, par son bouchon, sur le support métallique.

3° Etablir les connexions, comme il est indiqué dans le dessin ci-joint.

4° Monter sur le tube R la pince roulante qu'on disposera à environ 15 cm. de la chambre C et qu'on maintiendra ouverte pour tenir libre la communication de la chambre C avec l'atmosphère.

5° Mettre en action la pompe électrique après l'avoir réglée pour fonctionner à un régime lent de la « grande vitesse » (index du régulateur sur la graduation 1, et celui du changement de vitesse sur les lettres G. V.), refouler dans la chambre C le liquide anticoagulant contenu dans le récipient S.

6° Faire monter le niveau du liquide la chambre C jusqu'à hauteur jugée convenable (nous nous expliquerons plus loin davantage sur ce point) ; fermer la pince roulante pour interrompre la communication entre la chambre C et l'atmosphère.

7° Mettre l'index du régulateur sur la graduation 3 et celui du changement de vitesse sur la petite vitesse (P. V.) et arrêter la pompe au moyen de l'interrupteur.

8° Poser le bras du sujet sur la branche horizontale du support de l'appareil et ponctionner la veine du sujet. Dès que le sang paraît, mettre la pompe en action et adapter l'extrémité libre du tube A, munie de son embout, sur l'aiguille.

(1) Pour plus de détails, voir :
Presse médic., 19 mai 1934.
Soc. méd. hôp. Paris, 13 avril 1934.

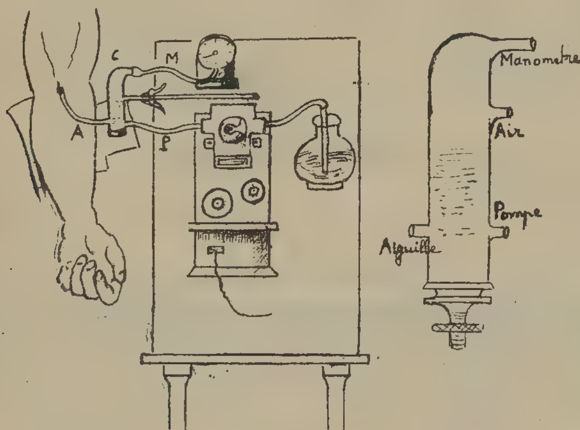
(2) Les phlébopiézomètres utilisés seront ceux fabriqués par Drapies ou Boulitte, sur les données du Professeur Villaret ou à défaut le manomètre du Professeur Claude.

La pression du sang s'exerce alors sur le liquide arrivant dans l'aiguille et fait monter son niveau dans la chambre C en comprimant l'air emprisonné dans celle-ci. Le manomètre enregistre alors toutes les variations de pression. Jamais le sang n'apparaît dans la chambre C.

9° Au cas où, par suite d'une pression excessive du sang, le niveau du liquide contenu dans la chambre viendrait à s'élever et risquerait d'atteindre la tubulure M, il suffirait d'avancer la pince roulante sur le tube jusqu'à ce que le liquide soit revenu à son niveau antérieur.

10° Si, au contraire, le niveau du liquide dans la chambre est jugé trop bas, ouvrir la pince roulante jusqu'à ce qu'on ait obtenu un niveau convenable, ou bien éloigner lentement la pince, maintenue fermée, de la chambre C, ce qui donnerait le même résultat. Ce dernier réglage n'est d'ailleurs pas nécessaire si l'opération a été bien conduite.

Il nous semble important de préciser quelques points de cette technique.



Appareil pour la mesure en série de la pression veineuse.

1. *Hauteur convenable du liquide dans la chambre C.*

Le manomètre enregistre, en plus de la pression veineuse proprement dite, la pression résultant du poids de la colonne de sang et de liquide anticoagulant mesurée du point le plus élevé du corps du sujet jusqu'au niveau du liquide dans la chambre C. Pour annuler l'effet de cette pression, il convient d'opérer de façon à ce que le niveau du liquide dans la chambre C soit à la hauteur du plan virtuel passant par l'oreillette droite du sujet, c'est-à-dire à peu près le tiers de la distance qui sépare la face antérieure du thorax du plan dorsal, au niveau du 4e espace intercostal. C'est là une précaution identique à celle que nous avons fixée au cours de la phlébopiézométrie simple. Avec notre appareil, il est facile d'arrêter l'ascension du liquide dans la chambre C, au moment du remplissage de celle-ci, quand il a atteint le niveau convenable ; il suffit, en effet, de fermer la pince roulante pour interrompre la communication entre la chambre C et l'atmosphère.

2. *Calibre des aiguilles, calibre et longueur des tubes.*

Nous employons des aiguilles à biseau assez long d'un calibre moyen de 8/10 de mm. Les tubes, en latex pur, ont un calibre de 4/10 de mm. environ. Il en faut un assez long (80 cm. environ) pour qu'il puisse être enroulé dans le fond de la cuve de la pompe. Les trois autres sont plus courts : 15 cm. Celui qui va au manomètre doit avoir le moins de longueur possible pour que l'appareil fonctionne avec une grande sensibilité.

3. *Débit du liquide*

Il faut le maintenir au régime lent suffisant pour empêcher la coagulation. L'appareil fonctionnant, bien entendu, sur la petite vitesse, nous avons mis, en général, l'index du régulateur sur le chiffre 3, ce qui nous assurait un débit de 50 à 60 cm^3/heure.

4. *Lecture des résultats*

a) Pour être sûr que l'influence de la striction du garrot, préparatoire à la ponction veineuse, ait disparut, on ne doit commencer la lecture des chiffres de la pression veineuse qu'après une à deux minutes, ou se servir d'une aiguille à mandrin qu'on ne retire qu'au bout de ce temps pour la relier à l'appareil.

Parfois, on verra l'aiguille du manomètre marquer une ascension continue, tandis que le niveau du liquide monte dans la chambre. Cet excès de pression est dû à ce que le biseau de l'aiguille bute contre la paroi de la veine. Il suffit de mobiliser l'aiguille pour voir la pression redescendre immédiatement.

b) Pour faire les lectures, il convient d'arrêter quelques secondes le moteur au moyen de l'interrupteur. Nous avons en effet constaté qu'il existait un excès de pression de 1/2 à 1 cm. quand le moteur était en marche. Il s'agit là d'une constante due à un phénomène de friction.

Cette description un peu minutieuse du mode d'emploi de notre appareil pourrait faire croire que la technique en est très compliquée. Pratiquement, après quelques essais, on la possède parfaitement.

Ajoutons que, une fois stérilisé, notre dispositif peut servir successivement pour plusieurs sujets. Un seul tube est à changer, celui qui relie la chambre à l'aiguille.

IV. Applications

On comprendra aisément tous les avantages d'associer le phlébopiézomètre à une pompe permettant d'envoyer dans l'aiguille un courant de liquide maintenu sous débit et pression constants. La pompe étant étanche, ainsi que le circuit des tubes, on est assuré contre une erreur provenant d'une fuite quelconque. On peut procéder ainsi à la mesure des variations de la pression veineuse pendant un temps prolongé, que limitent seulement la patience ou le bon vouloir des sujets.

Cet appareil permet donc l'application de la méthode directe de mesure de la pression veineuse, à tous les cas où il peut être intéressant de mesurer celle-ci en fonction du temps : variations de la pression veineuse pendant la digestion, l'anesthésie chirurgicale, le sommeil naturel même, ou à la suite de l'injection, intraveineuse ou sous-cutanée, de certains médicaments cardio-vasculaires ou vaso-moteurs.

Les résultats de nos recherches, ainsi poursuivies, feront l'objet d'un article ultérieur.

ROBERT PROUST

(24 mai 1873 - 29 mai 1935)

Par M. Louis BAZY,
secrétaire général de l'Académie de Chirurgie (1)

Messieurs,

La reconnaissance ne doit pas toujours être regardée comme une vertu. Elle devient souvent un besoin ; tel celui auquel je cède aujourd'hui en évoquant devant vous, alors qu'elle est encore si présente à vos esprits, la mémoire du professeur Robert Proust. Je voudrais de la sorte, non seulement honorer un de ceux qui ont rendu à votre Compagnie les plus éminents services, mais encore apporter aux siens un peu de ce réconfort qu'il sut me prodiguer lui-même dans une heure cruelle entre toutes. Comment pourrais-je oublier qu'à peine mon père venait de nous abandonner, il eut la délicatesse de faire revivre, et avec quel talent ! une figure qui m'était si chère. Il mit tant de zèle à dépeindre avec vérité une existence dont aucun détail ne pouvait me rester étranger, qu'il nous restitua vivant celui-là même que nous pleurions. Les paroles qu'il prononça dans cette circonstance me devaient toucher profondément, car je savais que, seule, l'affection les avait inspirées. Robert Proust avait voué à mon père une gratitude qui ne cessa de se manifester ; il n'omettait jamais de rappeler les encouragements qu'il avait reçus de lui, alors qu'à ses débuts il consacrait son jeune enthousiasme à la chirurgie de la prostate. Robert Proust avait la religion du souvenir. Pour moi, qui ai pu apprécier tous les bienfaits d'une aussi constante fidélité, je ne puis mieux la louer qu'en m'efforçant de l'imiter. J'acquitte la dette que j'ai contractée envers le professeur Robert Proust avec d'autant plus de cœur qu'il m'a plus souvent assisté. Aujourd'hui même, si j'ai le privilège de pouvoir vous parler de lui, c'est bien à son amitié que je le dois, car il m'avait désigné à vos suffrages pour lui succéder dans son poste de secrétaire général. Je ne pouvais me douter qu'en prenant une place qu'il avait occupée avec tant d'éclat, j'aurais si tôt le périlleux honneur de prononcer son éloge, car si sa destinée fut belle, elle fut trop courte au gré de tous ceux qui l'aimaient.

. . . .

***

[M. Louis Bazy rappelle sa première rencontre avec Robert Proust.]

. . . .

Grand, élancé, régulier de traits, il avait cette allure décidée que possèdent les hommes qui ont le goût du sport. Il maniait une voix flexible avec un art indiscutable. Aux yeux des jeunes, il possédait enfin le prestige visible d'avoir été façonné par de belles traditions de famille.

La tradition familiale, voilà bien ce qui avait décidé de la carrière de Robert Proust.

Il avait, au reste, sous les yeux, dans la personne de son père, le professeur Adrien Proust, un des plus nobles exemples de l'œuvre féconde que peut réaliser un médecin. Hygiéniste réputé, Adrien Proust avait commencé ses travaux à l'époque même où Pasteur faisait connaître ses premières découvertes. Adrien Proust comprit tout de suite quel parti il en pouvait tirer et, s'appuyant sur ces données nouvelles, il imprima à la science que la Faculté l'avait chargé d'enseigner, une impulsion si vive que sa renommée s'étendit bien vite au delà de nos frontières. Il devint le conseiller de nombreux pays étrangers et c'est à son prestige, autant qu'à son habileté et à celle de M. Camille Barrère, qu'est due la fondation de l'Office international d'Hygiène publique dont le siège fut fixé à Paris, en hommage à la science française. Comment Robert Proust, homme d'action, n'eût-il pas été tenté par une carrière où son père avait démontré que l'on peut exercer tant de bienfaisante influence ? Comment n'aurait-il pas non plus cédé aux tendres sollicitations de sa mère, femme de haute culture, autant que de vaste intelligence, qui s'était vouée avec passion à la renommée de son mari et de ses deux fils, Marcel et Robert, et les servit si bien toutes les trois ?

Robert continuait la tradition paternelle de la manière la plus authentique et Marcel, qui semblait s'en être évadé, s'en montrait, lui aussi, tout imprégné. Ce n'est point ici le lieu de montrer, comme on l'a d'ailleurs déjà fait, ce que l'œuvre de Marcel Proust, tout comme celle de Flaubert, doit à une éducation et à une vie formées dans un milieu médical. Mais peut-on parler de Robert sans penser à Marcel, sans évoquer l'incomparable affection de ces deux frères, et les raisons d'une intimité que Robert a si joliment définie : « Il eut toujours pour moi l'âme fraternelle et bienveillante d'un aîné, mais, en plus, je sentais en lui comme la survivance de nos chers disparus et jusqu'à son dernier jour il est resté plus que le gardien de cette survivance morale ; il était tout mon passé ; toute ma jeunesse était enfermée dans son individualité.

« La survivance de tout ce qui avait été était telle en lui que, nous tous qui l'aimions, nous savions que nous pouvions l'y retrouver comme en un sanctuaire. »

En écrivant ces lignes, Robert Proust nous a fait apercevoir un des traits les plus déterminés de son caractère, l'attachement au passé et la certitude de la force que l'on peut y puiser. Quand il préparait l'éloge de mon père, il me questionnait avec curiosité sur les racines de ma propre famille et tout en feuilletant les vieux papiers jaunis où, depuis plusieurs siècles, dans le même coin de France, s'inscrivaient les noms des Bazy, il me rappelait la destinée des Proust, tous originaires d'Illiers, gros bourg situé au sud de Chartres, aux confins de la Beauce et du Perche, Illiers, qui est le Combray du *Temps perdu* et du *Temps retrouvé*. Nous commencions à Jehan Proust, qui en 1589, figure sur la liste des notables de la ville et, passant par Gilles, Robert, Michel et

(1) Eloge prononcé à la séance annuelle de l'Académie de Chirurgie, le 27 janvier 1937.

bien d'autres, nous arrivions jusqu'à ce Louis-François Proust, fils de François Roch et père du professeur Adrien Proust.

. . . .

On peut dire que Proust trouva dans l'héritage qu'il avait reçu le stimulant qui le poussait à se grandir toujours, et qui lui permit de se créer, avec un nom déjà célèbre, un nom qui ne le fut pas moins et qui lui appartint en propre. Convenons que la difficulté était d'importance. Il risquait de n'être jamais que le fils d'un médecin considérable, le frère d'un écrivain illustre. Tout en restant, avec la plus fidèle ferveur, l'un et l'autre, il sut aussi être lui-même.

. . . .

Une famille médicale représente une même progression, dans la science, dans la recherche de la vérité, et je ne dirai pas dans la bonté, mais dans les vertus sociales. Pourquoi faut-il qu'oubliant que des élites fortes et respectées sont nécessaires au prestige d'une grande nation, on ait parfois le sentiment que l'on s'efforce, par une prévention systématique, d'écarter précisément ceux qui, l'ayant reçu par tradition, pourraient apporter, dans l'exercice de notre profession, cet esprit quasi sacerdotal qui est seul capable de maintenir la médecine au rang élevé qu'elle doit nécessairement occuper ?

C'est encore la fidèle observance des vertus des morts qui inspira à Proust ce patriotisme que possèdent les Français véritables et qui leur vient de ce qu'ils sont profondément enracinés dans leur sol natal, où sont enfouis les restes de leurs aïeux, par tous leurs souvenirs, par toutes leurs traditions et aussi par tous leurs sacrifices. Robert Proust n'eût pas pu concevoir, pendant la dernière guerre, que sa place fût ailleurs qu'avec ceux qui combattaient.

. . . .

[M. Bazy rappelle alors des souvenirs de guerre, la brillante conduite et la bravoure de Proust à Etain et à Verdun en 1914, puis les services immenses qu'il rendit à la tête d'une ambulance chirurgicale automobile, notamment en Artois.]

Ah ! Messieurs, qui mieux que les chirurgiens pourrait comprendre ce que représente la Patrie ? La foule émue en prend conscience parfois quand l'occasion lui est fournie de contempler les innombrables tombes qui jalonnent les frontières de nos libertés. Mais ceux des chirurgiens qui eurent, comme Robert Proust, l'honneur de participer à la vie des armées savent, en outre, par quelles horribles souffrances sont passés nos héros, avant de conquérir, avec la gloire, le repos éternel. Ils ont encore dans la mémoire, dans les yeux, l'épouvante des nuits où ils se penchaient sur les plus atroces blessures, pendant qu'au dehors grondait le fracas des batailles où se jouait le sort du Pays. Comment oublier ? Comment aussi, lorsque parfois il nous arrive de rencontrer des hommes qui, vivant de la France, ne sont pas cependant parvenus à s'en assimiler l'âme, quand nous les sentons si différents de nous, n'être pas tenté de leur crier : Où sont vos morts ?

Proust, lui, n'avait pas oublié. Son cœur resta avec ses compagnons d'armes et vous savez les soins attentifs dont il continua à entourer les mutilés. Vous savez aussi quel imposant cortège, et, aussi, combien touchant, ceux-ci lui formèrent le jour de ses obsèques. Leur nombre, leur recueillement, leur tristesse, cette gloire amputée mais toujours debout, quel plus grandiose hommage Proust eût-il pu souhaiter !

Il tint d'ailleurs à servir jusqu'au bout et, peu de mois avant sa mort, il nous donna une fois de plus la mesure de son patriotisme et de son désintéressement. Une des traditions les mieux établies de votre Compagnie veut que votre secrétaire général, en arrivant au terme de son mandat, occupe la vice-présidence. Proust, toutefois, renonça volontairement à ce privilège auquel son ancienneté lui conférait un droit supplémentaire, en faveur de son ami Rouvillois qui venait d'être nommé chef suprême du service de santé militaire. C'était à une époque, pas très différente, hélas ! de celle que nous vivons, où chacun, sentant la paix gravement compromise, tournait, avec inquiétude, ses regards vers un avenir incertain. Robert Proust, dans l'élévation et la délicatesse de sa pensée, jugea que notre cher collègue et ami, le général Rouvillois, se sentirait soutenu dans la tâche immense qui l'attendait, par l'estime de ses confrères et que, nous sachant guidés par un tel chef, nous y puiserions nous-mêmes des raisons nouvelles d'espérer.

***

En m'attardant à relever chez Robert Proust le respect de la tradition, l'esprit de sacrifice, le désintéressement, l'amour du prochain, je crois avoir déjà montré ce que pouvait être le chirurgien.

En parlant de son père, Marcel Proust a écrit : « Ce qu'il a surtout, c'est la pudeur de sa sensibilité ». Il eût pu, avec autant de raison, porter le même jugement sur son frère Robert. Des êtres comme lui sont doués, au point de vue sentimental, d'une sorte de mimétisme qui les porte à se dissimuler aux yeux de ceux dont ils croient avoir à redouter ou l'indifférence ou l'incompréhension. Ils se retranchent derrière une urbanité jamais en défaut, une politesse raffinée, qui sont la marque d'un contrôle permanent de soi. Pour percer cette cuirasse, il faut avoir gagné leur confiance et s'être donné la peine de les connaître. Quand on avait pénétré dans l'intimité de Robert Proust et saisi le secret de sa nature, on pouvait se rendre compte combien certains événements qu'il semblait accueillir avec froideur étaient susceptibles de lui procurer du tourment. On ne le devinait que parce que sa courtoisie devenait plus distante, que son sourire se crispait au coin de sa lèvre, et c'est dans ses yeux seuls qu'on pouvait lire la souffrance inexprimée.

Des amitiés si parcimonieusement distribuées sont, au sens exact du mot, des amitiés rares et qui réservent des joies sans pareilles. Immuablement fidèle à ses amis qu'il admirait généreusement, il connut en retour de durables affections qui lui ont survécu. Mais, au fait, les amis ne sont-ils pas la famille que l'on s'est choisie ? Personne ne lui était plus cher que son ami Gosset. Personne aussi ne lui témoigna un plus fraternel dévouement que M. Gosset. Pour

remplacer le frère disparu le premier, M. Gosset entoura les derniers moments de Robert Proust d'une sollicitude touchante, et il le conduisit à sa dernière demeure avec une émotion si poignante qu'il ne faudra pas grand'chose, j'en suis sûr, pour la raviver aujourd'hui.

Si Robert Proust se cachait des yeux de la foule, il se livrait tout entier à ceux qui avaient besoin de lui. Comme la vie n'est qu'un perpétuel échange, on comprend qu'un Robert Proust, si susceptible au point de vue sentimental, eut le souci de ménager les sentiments des autres et, pour un chirurgien, deviner, mieux encore pressentir, savoir avant qu'on vous ait rien appris, saisir les nuances, comprendre sans heurter, n'est-ce pas avoir le cœur aussi délicat que la main ? Pour faire l'éloge de mon père et dépeindre sa bonté, Robert Proust emprunta à son frère Marcel cette pensée magnifique que lui avaient inspirée les vitraux de l'église de Combray : « Les vitraux ne chatoyaient jamais tant que les jours où le soleil se montrait peu, de sorte que, fût-il gris dehors, on était sûr qu'il ferait beau dans l'église ». J'ai voulu redire à mon tour cette phrase, non pas seulement parce que Robert Proust l'aimait, non pas seulement parce qu'elle s'applique aux qualités dont il avait fait preuve, mais aussi et surtout en pensant à tous ceux qu'il a assistés de sa bonté, dont il a partagé les angoisses, dont il a soulagé les infortunes et pour qui il était, suivant l'expression même de Madame de Noailles : un véritable thaumaturge. N'est-ce pas aussi en parlant de lui que quelqu'un qui le touche de près a pu écrire qu' « auprès de lui il faisait toujours beau et qu'au travers de sa bonté rayonnante, on oubliait les laideurs et la médiocrité de l'existence » ?



On n'entre pas avec une âme sensible dans une carrière comme la nôtre sans se trouver sollicité de toutes parts par des problèmes tous plus passionnants les uns que les autres et par l'attrait de l'inconnu. Robert Proust subit tour à tour les influences des divers milieux où il fut successivement appelé et il n'essaya de se soustraire à aucune, car il pensait, sans doute, avec Charles Richet, que l'esprit scientifique, c'est essentiellement la curiosité.

. . . .

Celle de Robert Proust témoigne du plus séduisant éclectisme, et son auteur mérite bien d'être qualifié de chirurgien général. Le contact avec l'école de Necker où brillaient alors Guyon et son élève Albarran, lui inspire d'abord ses recherches sur la chirurgie de la prostate, dont quelques-unes faites en collaboration avec son ami Gosset, et où l'on commence à voir déjà ce souci de la probité scientifique qui devait, toute sa vie, l'animer. Il aurait pu être très légitimement fier d'avoir mis au point l'abord de la prostate par la voie périnéale. Mais, alors que l'opération qu'il avait imaginée commençait à se généraliser de plus en plus, il apprend qu'un chirurgien anglais, Freyer, obtient de beaux succès en abordant la prostate au travers de la vessie. Il part pour Londres, voit opérer son émule, observe ses résultats, et c'est lui-même qui se charge de faire connaître et de répandre en France l'opération qui allait bientôt détrôner la sienne.

L'urologie ne devait pas le retenir longtemps. Ayant acquis le double titre d'agrégé et de chirurgien des hôpitaux, il devint, à la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, l'assistant du professeur Pozzi dont il nous traça une bien émouvante image, lorsqu'à son tour il devint, pour peu de temps hélas ! le titulaire de cette chaire. Dire ce qu'il fit lorsqu'en ces deux périodes de sa vie il eut en mains ce bel instrument de travail, c'est aussi montrer ce que peut, ce que doit être, de nos jours, un chirurgien : un anatomiste, un opérateur, un clinicien, un histo-pathologiste, un biologiste.

La gynécologie vue par de tels hommes n'est plus une spécialité confinée. Elle fournit l'occasion de prendre contact avec la pathologie générale. L'anatomiste, guide éclairé et conseil de l'opérateur, fait une étude détaillée des vaisseaux hypogastriques pour que le chirurgien puisse avec sécurité lier l'artère dans l'ablation large du cancer utérin, et les veines dans l'infection puerpérale. Transposant chez la femme les études faites déjà chez l'homme sur le périnée, il précise la technique de l'hystérectomie périnéale élargie à la manière de Schauta et, avec Pierre Duval, met au point la myorraphie des releveurs dans la cure des prolapsus génitaux. Clinicien, il décrit avec minutie l'évolution et les symptômes de la grossesse tubaire et, notamment, la douleur extrême du cul-de-sac de Douglas perceptible au toucher vaginal, qui porte maintenant, à juste titre, le nom de signe de Proust, ou de signe du cri du Douglas. Anatomo-pathologiste, il publie des mémoires sur le chorio-épithéliome malin, sur les lipomes rétro-péritonéaux, les kystes du mésentère, sans jamais borner sa curiosité, ni limiter sa documentation. Biologiste enfin, il saisit bien vite tout le parti que le gynécologue pouvait tirer des notions qu'apportait l'étude passionnante des glandes endocrines et, une fois de plus, il démontrait que le progrès en chirurgie, surtout aux époques où nous vivons, ne peut pas être le fait de ceux qui se résignent à l'immobilité des formules convenues, mais de ceux qui ont l'esprit assez libéré et assez compréhensif pour aller chercher, hors des limites actuelles, les apports nouveaux qui sont seuls capables d'enrichir et de féconder notre domaine.

L'incursion victorieuse que Robert Proust fit dans le champ de la curiethérapie et de la rœntgenthérapie montre à quel point il sentait la force de ces idées. Comment une nature profonde comme la sienne, accessible à toutes les pitiés, n'aurait-elle pas été sollicitée par le désir de combattre et de vaincre le cancer ? Comment un esprit, poli par de si diverses disciplines scientifiques, n'aurait-il pas été tenté par l'étude de l'action des radiations, où peuvent également se donner libre cours les aspirations du mathématicien et celles du biologiste ? Robert Proust, tout de suite après la guerre, prit la direction d'un des deux centres anticancéreux qui venaient d'être créés et il fut ce que bien peu de nous seraient capables de devenir, un radio-chirurgien. Il le fut dans le sens

le plus complet, et ce nous est une nouvelle occasion d'admirer la rigoureuse méthode que Proust apportait dans ses investigations. Dans ce domaine nouveau pour lui, il se fixa trois objectifs principaux qu'il put atteindre avec le concours de ses élèves. Il voulut, si possible, connaître par avance la radio-sensibilité des tumeurs pour pouvoir leur appliquer le traitement le plus judicieux, notamment dans sa durée, et c'est à quoi tendait la mesure de l'index de l'activité karyokinétique établie par Forestier et de Nabias. Il insista sur la nécessité, quand on utilise les radiations sous quelque forme que ce soit, d'une posologie précise, pour atteindre le seuil de l'efficacité, au-dessous duquel on doit reconnaître que l'irradiation, non seulement n'est pas utile mais risque d'être nuisible, et c'est sur ses conseils que Mallet mit au point un très remarquable ionomicromètre ; enfin, il régla toute une série de techniques opératoires qui permettaient de réaliser l'association de la chirurgie et de la curiethérapie et de porter les tubes de radium aux endroits mêmes où ils avaient le plus besoin d'agir.

Ayant ainsi contribué à défricher un immense terrain où d'autres continuent à travailler avec le même esprit de charité qu'il y avait apporté lui-même, il sentit le besoin de respirer un air nouveau. Après un court passage à l'hôpital Beaujon, où son affection se plut à faire revivre la figure de mon père dans le service même où elle avait évolué, il prit possession du service de l'hôpital Laënnec. Des perspectives inconnues de lui s'ouvrirent avec la chirurgie pulmonaire. Il s'y abandonna avec passion, trouvant à satisfaire à la fois le goût de l'anatomie qui ne l'avait jamais abandonné, et celui de ces techniques opératoires minutieuses à l'attrait desquelles il ne pouvait résister. Vous vous rappelez, sans doute, le soin qu'il mit à décrire la région de la première côte et à étudier les moyens de l'aborder et de l'extirper dans sa totalité pour réaliser, avec l'affaissement de son sommet, le collapsus complet du poumon, dont l'importance est si grande dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.

Aucune opération n'est, à mes yeux, plus caractéristique de la manière de Proust, manière méticuleuse et raffinée, où la main avait, certes, moins de part que l'intelligence. Chez cet homme, tout entier porté vers l'action, existait un complexe mélange, où la plus étonnante subtilité de l'esprit voisinait avec une naturelle indolence du corps, quelque chose d'indéfinissable et d'un peu oriental.

En face d'un problème à résoudre, l'esprit trop finement critique eût pu n'apercevoir que les difficultés, le corps répugner à l'effort. Mais, chez Robert Proust, le désir de triompher était trop fort pour ne pas lui inspirer d'abord la volonté de se vaincre lui-même et, dominant son instinct, il marchait droit au but avec une farouche résolution. Il n'en avait que plus de mérite, car si les plus audacieux sont les enfants qui bravent le danger qu'ils ne soupçonnent point, les plus courageux sont, à coup sûr, les hommes qui, ne doutant pas de l'existence de la peur, sont parvenus cependant à s'en rendre les maîtres.

***

Quelqu'un louait un jour le maréchal Lyautey d' « avoir tout à la fois la conception des ensembles et le culte du détail ». Une pareille tournure d'esprit semble bien avoir été l'apanage des deux frères Proust. Le grand philosophe espagnol, José Ortega y Gasset, a dit de Marcel : « Il n'est pas possible de parler de Proust sans faire remarquer aussitôt combien il est prolixe et minutieux de petits détails. Mais ici la prolixité et la minutie, loin d'être des défauts, deviennent deux puissantes sources d'inspiration, deux nouvelles muses qu'il faut ajouter à la novénaire communauté. Proust a besoin d'être prolixe et minutieux, par la raison bien simple qu'il s'approche des objets bien plus qu'on ne le fait d'habitude ». Et Georges Duhamel, comparant le style de l'écrivain et la manière opératoire du chirurgien, confiait à propos de Robert : « Même lenteur, même longueur, mêmes détours, même invention paradoxale, mêmes réticences. En somme, la phrase chirurgicale de Robert est bien la sœur de la phrase littéraire de Marcel ». Ajouterai-je que lorsque Robert Proust eut l'occasion d'écrire, comme dans les beaux éloges qu'il prononça devant vous, il poussa fort loin, tout comme son frère, le goût de l'analyse. Pour animer ses modèles il s'appliquait, comme on dit de nos jours, à reconstituer leur « climat », décrivant avec minutie la géographie du pays où ils étaient nés, son histoire, celle de leur famille. Il disséquait positivement leur vie comme leur œuvre. Il amoncelait les détails, et c'est de leur somme que jaillissait la vie. Proche parent de ces peintres qui, pour faire vibrer la couleur, la laissent se jouer sur une multitude de touches lumineuses, Robert Proust nous apparaît comme une manière de pointilliste de la biographie.

A l'image de Marcel, Robert épuisait le sujet. L'un et l'autre d'ailleurs se sont eux-mêmes épuisés à la tâche.

. . . .

Quelques mois avant sa mort, Marcel Proust écrivait ces phrases qui sont encore inédites : « On peut ne déjà plus pouvoir se rappeler les faits pratiques et journaliers, oublier les réponses urgentes, même ne pas trouver le mot qui veut dire telle personne, qu'on peut encore faire jouer sa pensée sur les plus hauts sommets. L'esprit est pareil à ces régions montagneuses où les cimes brillent encore quand la vallée est dans l'ombre. Aussi les médecins ont-ils bien tort de tenir compte de la lucidité de l'esprit, d'en tirer un pronostic. Ils feraient mieux de voir si on prononce bien et à volonté tel mot. On peut être envié de tous et, attaqué en bas par la mort, être déjà bien à plaindre. La consolation, c'est que la marée progressive de la mort se faisant de bas en haut, comme un blessé qui serait couché à terre, ce que nous gardons, sinon jusqu'à la fin, du moins le plus longtemps, c'est ce qui est le plus beau, c'est la contemplation du ciel ».

Alors que nous continuions à admirer chez Robert Proust la fécondité d'une intelligence prodigue, les ressources d'une activité inlassée, alors qu'il venait d'arriver à l'apogée de sa carrière et occupait le poste où il pouvait achever de s'épanouir, il était déjà mar-

qué par le destin. Semblable à ces fusées qui dessinent leur trajectoire brillante pendant toute leur montée vers le ciel et jettent leur plus lumineux éclat juste avant de s'éteindre, la carrière de Robert Proust allait brusquement s'achever. Le mal qui le minait sourdement l'abattit brutalement, comme autrefois il avait terrassé son père. Un jour, je le revis allongé sur sa couche dernière avec le visage si souriant et si jeune que, franchissant les années par un brusque retour en arrière, il me sembla retrouver celui qui m'avait si gentiment accueilli à la Faculté au seuil de mes études et, malgré moi, me revint à la mémoire cette admirable page où Marcel a peint la mort de sa grand'mère : « La vie en se retirant venait d'emporter les désillusions de la vie. Un sourire semblait posé sur les lèvres de ma grand'mère. Sur ce lit funèbre, la mort, comme le sculpteur du moyen âge, l'avait couchée sous l'apparence d'une jeune fille ».

Ainsi l'existence de Robert Proust s'était accomplie suivant le rythme indiqué par John Ruskin : « Puis vient le temps du travail...; puis le temps de la mort qui dans les vies heureuses est très court ».

Toute la souffrance fut pour ceux qui restaient.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 28 janvier. — Jury : MM. Bezançon, président ; Strohl, Dognon, Hazard. — M. Le Noual. Etude de primo-infection tuberculeuse de l'adulte de race blanche. — M. Rasamoely Lala. Les rayons de grandes longueurs d'onde et leur action sur l'œil.

Mardi 2 février. — Jury : MM. Bezançon, président ; Laignel-Lavastine, Lereboullet, Mouquin. — M. Sambron. Les cheilites glandulaires. — M. Touati. A propos d'un cas de septicémie avec endocardite et infarctus pulmonaires chez un nourrison de 3 mois.

Mercredi 3 février. — Jury : MM. Fiessinger, président ; Loeper, Tanon, Troisier. — M. Meurin. Etude clinique de la leptospirose méningée. — M. Bertin. Les kystes hydatiques calcifiés du foie. — Mlle Langle. Etude des endocardites malignes. — M. Guérin. L'opothérapie thymique (état actuel de nos connaissances). — M. Schmitt. Etude des accidents dans l'industrie de l'aniline et ses dérivés.

Jeudi 4 février. — Jury : MM. Lenormant, président ; Terrien, Moulonguet, Velter. — M. Bécuve. Etude de l'anesthésie péridurale segmentaire dans les thoracoplasties pour tuberculose pulmonaire. — M. Mekdjian. Etude de la migraine ophtalmique. — M. Rathle. Etude d'un traitement du trachome.

Samedi 6 février. — Jury : MM. Lereboullet, président ; Maurice Villaret, Nobécourt, Justin-Besançon. — M. Renaud. Utilité et possibilité d'adjoindre dans tout hôpital un service d'héliothérapie au service de chirurgie osseuse pour le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires. — M. Bardin. L'embolie pulmonaire.

Mercredi 10 février. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Gosset, Portes, Quénu. — M. Josefovici. Présentations de l'épaule négligées à la maternité de l'hôpital Lariboisière. — M. Ras. Etude clinique de l'opothérapie mammaire dans les hémorragies génitales. — M. Groulier. Etude de la prévention du tétanos par la vaccination.

Jury : MM. Clerc, président ; Tanon, Cathala, Donzelot. — M. Cacault. La dissociation auriculo-ventriculaire au cours du rhumatisme articulaire aigu. — Mlle Combes. Fièvres de croissance chez le tout jeune enfant. — M. Denis. Hygiène de la lactation.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

CALCULS DE LA VESSIE (1)

EXAMEN PHYSIQUE

La constatation des signes précédents doit immédiatement faire songer au calcul de la vessie et faire pratiquer :

1° *Cystoscopie ;*
2° *Exploration métallique.*
3° *Radiographie.*

1° *Cystoscopie.* — *a*) On *voit* le calcul, soit en entier dans le champ du cystoscope, soit en déplaçant l'instrument lentement et suivant diverses incidences.

On apprécie la forme, le volume, le nombre, la situation, la coloration.

Seul un calcul logé derrière un gros lobe médian prostatique ou enchâssé dans un diverticule peut passer inaperçu à la cystoscopie.

b) On apprécie l'état vésical, dont on sait l'importance dans les indications thérapeutiques : l'existence, par exemple, de diverticules contre-indique la lithotritie.

2° *Exploration métallique.* — Permet d'apprécier la consistance du calcul et donne une idée assez exacte de son volume ;

Peut laisser échapper de petits calculs que seule montrera la cystoscopie ;

Indiquera enfin si l'uretère sera perméable au lithotriteur.

3° *Radiographie.* — Elle peut laisser échapper de nombreux calculs non opaques aux rayons.

Elle ne doit donc que compléter la cystoscopie et non la remplacer — sauf, toutefois, dans les cas où celle-ci est rendue vraiment impraticable par suite de l'étroitesse de l'urètre : enfants, rétrécis.

Rappelons que certains calculs, particulièrement volumineux, pourront parfois être perçus au toucher rectal ou vaginal.

EVOLUTION

Le calcul est plus ou moins longtemps toléré par la vessie, mais tôt ou tard l'élément mécanique fait place à l'élément infectieux, dont on sait toute la gravité.

Il faut donc intervenir autant que possible avant ce stade.

Complications. — En dehors des *complications mécaniques*, telles que rétention ou incontinence liées à l'engagement du calcul dans le col vésical, le pronostic est dominé par les *complications infectieuses :*

Cystite calculeuse ;
Péricystite ;
Pyélonéphrite.

FORMES CLINIQUES

a) Nous avons décrit la forme typique, où dominent les symptômes d'ordre mécanique.

Il faut insister sur des formes bien moins schématiques, mais en réalité plus fréquentes : *celles où la présence du calcul se manifeste par une cystite :* douleur, hématurie, pollakiurie sont encore les éléments essentiels du tableau, mais :

Ils n'ont pas (calculs secondaires) ou n'ont plus (calculs primitifs) leur caractère provoqué. Ce sont des troubles continus, aussi accentués au repos que dans les mouvements.

Un signe enfin s'est ajouté : la *pyurie*, traduisant l'infection urinaire.

b) *Forme associée de la lithiase rénale et de la lithiase vésicale :* avec intérêt de la déficience rénale dans le pronostic.

c) Nous ne ferons que rappeler les formes multiples d'après la nature du calcul, ses caractères.

d) Il faut faire place à certains calculs bien particuliers par leur étiologie : calculs développés sur corps étrangers vésicaux : fil de ligature, débris de sonde, épingles à cheveux, etc...

DIAGNOSTIC

Basé sur les signes classiques, il est rapidement évoqué.

Par l'exploration physique, il s'affirme.

Il ne peut être délicat que dans les cas où la cystite masque les signes du calcul. Mais toujours on devra faire une cystoscopie si une cystite qui paraissait banale ne cède pas rapidement au traitement médical.

Citons cependant quelques diagnostics qui peuvent parfois se discuter au cours de l'exploration physique :

a) *A la cystoscopie.* — *Une tumeur vésicale*, soit que la tumeur simule le calcul.

Mais la masse n'est absolument pas mobile.

Soit que le calcul englobé dans des débris de fibrine ou de caillots simule une tumeur vésicale.

Mais, presque toujours en un point, le calcul apparaît à nu.

Une cystite incrustée. Mais il s'agit de plaques moins saillantes, moins régulières que les calculs — non mobilisables.

b) *Sur une radiographie*, où une ombre de ganglion pelvien calcifié, de tumeur incrustée, ne sera pas prise pour une image de calcul.

TRAITEMENT

Deux modes d'extraction :

La lithotritie ;
La taille.

La *lithotritie* est l'opération de choix, mais elle ne peut et ne doit être pratiquée que dans certaines conditions bien précises :

Urètre suffisamment perméable ;
Vessie non infectées ou très peu infectée — tolérante ;
Vessie sans diverticules ;
Calculs non enchatonnés, ni trop durs, ni trop nombreux, ni trop volumineux ;
Reins non altérés.

La *taille* sera pratiquée lorsque est contre-indiquée ou impossible la lithotritie.

Enfin, lorsqu'il y a coexistence d'une lésion urinaire d'autre nature (polypes, adénome prostatique), dont la cystostomie constitue un temps opératoire, temps opératoire que l'on utilisera naturellement pour enlever le calcul.

Tels sont les calculs vésicaux. Leur pronostic est bénin tant que les troubles mécaniques priment les phénomènes infectieux ; il devient au contraire très réservé lorsque apparaissent les signes de cystite — et nous ne ferons que rappeler la rapidité, la fréquence, la gravité de la propagation de l'infection aux voies supérieures.

LUCIEN DAVID.

(1) Fin. — Voir *Gazette des Hôp.*, n° 10, du 3 février 1907.

Des hypotrophies d'origine digestive dans la première enfance, de leurs causes et de leur traitement. Thèse du docteur MARIELLE D'ARCY. Grand in-8° de 193 pages. A Paris, chez Amédée Legrand, éditeur, 1936.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 13. — SAMEDI 13 FEVRIER 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat* (oral). — Séance du samedi 6 février 1937 :

Notes attribuées : MM. Feuillette, 14 ; Séviléano, Eugène, 23 ; Mlle Lindeux, 21 ; MM. François, 21 ; Lœper, 25 ; Costa, 21 ; Lecœur, 21 ; Fénelon, 19 ; Mlle Sachnine, 24 ; M. Deuil, 28.

Questions données : Symptômes, diagnostic et complications du mal de Pott sous-occipital. — Symptômes et diagnostic de la pneumonie du sommet à pneumocoque.

Séance du mardi 9 février 1937.

Notes attribuées : MM. Desfosses, 21 ; Joinville, 21 ; Raynaud, 21 ; Etienne, 20 ; Granjon, 22 ; Renault, 20 ; Marchon, 22 ; Mlle Eyraud, 21 ; M. Goury-Laffont, 21.

Questions données. — Symptômes, diagnostic et complications des goitres (goitre exophtalmique excepté). — Diagnostic de l'épilepsie Bravais Jacksonnienne.

Séance du mercredi 10 février :

MM. Israël, 18 ; Bareau, 18 ; Prin, 17 ; Veyrières, 22 ; Bolot, 17 ; Lartigue, 17 ; Mlle Feder, 19 ; MM. Pinet, 23 ; Feldmann, 17 ; Aubouy, 14.

Questions données : Phlegmon péri-néphrétique. — Symptômes et évolution de la poliomyélite antérieure aiguë.

— *Concours de chirurgien des Hôpitaux* (admissibilité). — *Questions données :* Symptômes, diagnostic et traitement du cancer du testicule. — Anatomie du nerf cubital à partir de la gouttière épitrocléo-olécranienne.

Questions restées dans l'urne. — Appendicite pelvienne. — Rapports de l'œsophage thoracique et abdominal. — Rapport du canal cholédoque. — Symptômes, diagnostic et traitement du cancer du pylore.

— *Un Concours* pour la nomination à deux places d'électro-radiologiste des hôpitaux s'ouvrira le jeudi 8 avril 1937, à 16 heures, à la salle des concours, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui désireront prendre part à ce concours devront se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration (3, avenue Victoria), tous les jours (les dimanches et jours de fêtes exceptés), de 14 à 17 heures, du lundi 8 au mercredi 17 mars 1937 inclusivement.

Hôpital-hospice d'Argenteuil. — Un concours pour la nomination de six internes titulaires et six internes provisoires aura lieu à l'hôpital d'Argenteuil, le 20 avril.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au directeur de l'hôpital.

Faculté de médecine de Bordeaux. — MM. Charrier, Loubat et Damade, agrégés, sont maintenus dans leurs fonctions. MM. Charrier et Delmas-Marsalet, agrégés, sont chargés respectivement des enseignements de pathologie chirurgicale et de pathologie générale.

Faculté de médecine de Marseille. — M. Derrien est chargé d'un cours de chimie biologique.

Ecole de médecine d'Angers. — M. Cottin, suppléant de la chaire de pharmacie, est chargé de la chaire de chimie biologique.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. Offner est chargé de l'enseignement de l'histoire naturelle.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. Coulongeat, professeur d'histoire naturelle, est chargé en outre des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

Ecole de médecine de Rennes. — M. Philouze, chef de clinique obstétricale, est chargé provisoirement du cours d'accouchement.

Distinctions honorifiques. — M. le professeur sénateur N. Pende (de Rome) vient dêtre élevé à la dignité de grand-croix de l'ordre de la Couronne d'Italie.

— M. le professeur Parisot (de Nancy) a reçu la croix de commandeur de l'ordre de la Couronne d'Italie.

Ministère du Travail. — Il est institué, en application de l'article 6 (§ 9), du décret-loi du 28 octobre 1935 et conformément à l'avis du Conseil supérieur des assurances sociales, une Commission chargée d'établir une liste de médicaments spécialisés pour lesquels il y a lieu de prévoir des tarifs de remboursement particuliers.

Ministère de la Santé publique. — Le *J. off.* du 6 février publie un décret relatif au recrutement et au *statut des médecins du cadre des hôpitaux psychiâtriques de la Seine.*

Ecole du service de santé militaire. — *Avis de concours.* — Un concours sera ouvert le 24 uin 1937, à 8 heures, pour l'emploi d'élève de l'Ecole du service de santé militaire.

Les candidats devront faire parvenir directement au ministre de la Défense nationale et de la Guerre (direction du Service de santé, 1er bureau), une demande d'inscription établie sur papier timbré. S'ils sont présents sous les drapeaux, leur demande devra être adressée par la voie hiérarchique.

Le registre d'inscription sera ouvert le 14 avril 1937 et clos le 15 mai 1937 à midi.

Peuvent prendre part à ce concours :

A. — Section médecine (troupes métropolitaines).

1° Les étudiants aspirant au doctorat en médecine, bacheliers de l'enseignement secondaire, pourvus du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques, ou inscrits régulièrement en vue de l'obtention dudit certificat ;

2° Les étudiants en médecine pourvus :

a) De quatre inscriptions valables pour le doctorat ;

b) De huit inscriptions valables pour le doctorat ;

c) De douze inscriptions valables pour le doctorat.

B. — Section médecine (troupes coloniales).

Les étudiants aspirant au doctorat en médecine, bacheliers de l'enseignement secondaire, pourvus du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques, ou inscrits régulièrement en vue de l'obtention dudit certificat.

C. — Section de pharmacie

1° Les stagiaires en pharmacie, bacheliers de l'enseignement secondaire, ayant accompli ou accomplissant une année de stage dans une officine ;

2° Les étudiants en pharmacie pourvus de quatre inscriptions.

Le nombre d'élèves à admettre est fixé ainsi qu'il suit :

Section médecine (troupes métropolitaines) : 115 (étudiants P.C.B. et étudiants en médecine).

Section médecine (troupes coloniales) : 15 (étudiants P. C.B.).

Section de pharmacie : 4 (étudiants stagiaires et à quatre inscriptions).

Pour tous renseignements, s'adresser :

Soit au ministre de la Défense nationale et de la Guerre (direction du Service de santé, 1er bureau).

Soit aux directeurs du Service de santé des régions.

Soit au directeur de l'Ecole du service de santé militaire à Lyon.

Concours scientifiques du corps de santé des troupes coloniales en 1937. — Les concours suivants auront lieu en 1937 dans les conditions et d'après les programmes fixés par les décrets du 22 août 1928, les instructions du 3 novembre 1928 et leurs modificatifs en vigueur :

I. — Concours pour l'obtention du titre de « professeur agrégé de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales » (médecine, chirurgie, pharmacie, chimie et toxicologie).

Les épreuves de ce concours commenceront le 21 octobre 1937, à neuf heures du matin, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris. Le nombre de places à mettre au concours sera fixé ultérieurement.

II. — Concours pour l'obtention du titre de « médecin des hôpitaux coloniaux », « chirurgien des hôpitaux coloniaux » et « spécialiste des hôpitaux coloniaux » (neuro-psychiatrie et médecine légale, bactériologie et anatomie pathologique, ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie, électroradiologie et physiothérapie).

Les épreuves de ce concours commenceront le 28 octobre 1937, à huit heures du matin, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris.

III. — Concours pour l'admission au stage « d'assistant des hôpitaux coloniaux » (médecine, chirurgie, bactériologie, électroradiologie, stomatologie).

Deux concours sont prévus, qui auront lieu en avril et septembre.

Les épreuves d'admissibilité auront lieu au chef-lieu de la région (hôpital militaire ou salles militaires de l'hôpital mixte) :

A Paris, elles auront lieu à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce ;

A Marseille, à l'hôpital militaire d'instruction Michel-Lévy.

Les épreuves définitives auront lieu à Marseille, à l'hôpital militaire d'instruction Michel-Lévy.

Les dates auxquelles auront lieu ces épreuves sont fixées comme suit :

1er concours. — Epreuves d'admissibilité : 31 mars et 1er avril 1937, à 8 heures.

Epreuves définitives : 2 mai et 3 mai 1937, à 8 heures.

2e concours. — Epreuves d'admissibilité : 29 et 30 septembre 1937, à 8 heures.

Epreuves définitives, 4 et 5 novembre 1937, à 8 heures.

Le concours pour l'admission au stage d'assistant (catégorie bactériologie) tiendra lieu de concours pour l'admission au cours supérieur de microbiologie de l'Institut Pasteur en 1937.

Le temps passé à l'Institut Pasteur de Paris, pour les candidats qui auraient, antérieurement à ce concours, suivi le cours supérieur de microbiologie, sera compté dans la durée du stage prévu pour la titularisation comme « assistant des hôpitaux coloniaux ».

Les demandes de participation à ces concours devront parvenir au ministère de la Défense nationale et de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), au plus tard quarante-cinq jours avant la date prévue pour l'ouverture du concours.

Des stages de préparation à ces concours pourront être accordés aux candidats qui en feront la demande dans les conditions de la circulaire interministérielle du 22 août 1935 (*B. O. G.*, p. 2506), modifiée le 7 septembre 1936 (*B. O. G.*, p. 3030).

REVUE GENERALE

Le SYNDROME de SCHÜLLER-CHRISTIAN

(DYSOSTOSE HYPOPHYSAIRE)

Par M. R. LEVENT

Cette dénomination de syndrome de Schüller-Christian est évidemment provisoire. L'attribution de ce double patronage est équitable, ce qui n'est pas toujours, mais le nombre et la valeur des hypothèses auxquelles a donné lieu la richesse des documents cliniques récents donne à penser que cette désignation devra être modifiée dans un prochain avenir.

Les auteurs qui ont étudié cette affection lui ont encore donné d'autres noms et ceux qu'ils ont proposés témoignent à la fois du point de vue qui fut celui des divers cliniciens que le hasard a favorisés et aussi de l'évolution des idées : *Maladie de Schüller*, *Syndrome de Christian*, du nom de ceux qui les premiers reconnurent une affection nouvelle dans ce qu'auparavant quelques rares observateurs avaient cherché à placer dans des cadres connus ; *Dysostose hypophysaire*, *xanthomatose crânio-hypophysaire* en raison des caractères cliniques ; le terme de *réticulo endothéliomatose crânio-hypophysaire*, enfin, énonce le problème anatomique et pathogénique que l'on s'efforce désormais de trancher.

En 1884, Balzer semble avoir observé l'association de diabète insipide, de xanthomatose et de lésions du squelette. C'est en 1893 que Hand observe à son tour un cas qui est sans doute le premier observé de Maladie de Schüller-Christian et où il croit voir une tuberculose atypique. C'est seulement en 1905 que Kay en voit un autre analogue qui lui paraît être une hydrocéphalie d'allure particulière. Il faut alors attendre 1916 pour rencontrer les 3e et 4e observations ; Schüller, qui voit ces malades, reconnaît une affection non encore décrite qu'il dénomme dysostose hypophysaire. En 1919 un autre cas permet à Christian d'établir une description plus complète et d'en rattacher le type clinique à ce qu'avait trois ans auparavant décrit Schüller.

Depuis lors de nombreux auteurs ont publié des observations d'une affection peu fréquente, mais dont les traits sont assez particuliers pour ne plus échapper à l'attention médicale ; les signes accessoires et l'évolution de la maladie se précisent peu à peu.

En 1922, Hochstetter la reconnaît pour la première fois chez l'adulte ; en 1925, Thompson, Keegan et Dunn font la première autopsie ; en 1927, Bianchi observe le premier une guérison spontanée. En 1928, Rowland établit pour la première fois un rapport entre le syndrome de Schüller-Christian et la xanthomatose osseuse. En 1929, nouvelle étude anatomopathologique, très complète, de Chiari ; en 1930, Vampré montre l'efficacité de la radiothérapie.

Cette même année dans un article critique qui fait autorité et que lui inspire une observation personnelle (1), Moreau (de Bruxelles) comptait 34 cas connus. En 1932, Lesné, R. Clément et Guillain, Lesné, Lièvre et Boquien publient les deux premières observations françaises.

(1) J. MOREAU. — Archives franco-belges de chirurgie, 1929-1930, n° 9.

A mesure que l'affection est mieux connue, les cas relatés se font moins rares : en 1932, Sossman en comptait 45 ; en 1933 on en connaissait plus de 50 et chaque année depuis en a apporté de nouveaux des plus diverses origines. Le dénombrement en perd donc désormais de son intérêt, mais le syndrome a conquis désormais son droit à l'individualité clinique. Les observations qui s'ajoutent les unes aux autres permettent désormais, sinon de parfaire une description symptomatique à laquelle il n'y a depuis longtemps que peu à reprendre, du moins d'aborder le problème anatomique et pathogénique auquel, en tous pays, les auteurs semblent prendre un vif intérêt.

Le syndrome de Schüller-Christian se caractérise avant tout par une tétrade symptomatique habituellement complète à la période d'état :

— Lésions osseuses de la voûte cranienne sous forme de perforations d'un type particulier ;

— Exophtalmie souvent énorme ;

— Diabète insipide ;

— Arrêt de croissance commençant dès le début de la maladie.

A ces signes s'en ajoutent ou non d'autres plus ou moins nombreux. La date d'apparition des signes cardinaux peut aussi varier ainsi que leur ordre de manifestation ; certains d'entre eux peuvent même faire défaut et l'aspect clinique est de ce fait assez divers pour que s'impose la distinction en diverses formes. Néanmoins le rattachement des formes aberrantes au type princeps demeure habituellement possible.

Etude étiologique. — En l'ignorance où nous demeurons encore des causes premières d'une affection aussi rare, les notions étiologiques ne dépassent pas le domaine statistique.

Fréquence. — La dysostose hypophysaire demeure, malgré l'éveil de l'attention médicale, une maladie rare. Moreau en connaissait 34 cas en 1930, Lesné, Lièvre et Boquien plus de 50 en 1933 ; depuis ce travail jusqu'à l'heure présente nous avons trouvé trace dans la littérature de 25 observations nouvelles et sans doute quelques autres nous ont-elles échappé. Le nombre des cas publiés est donc voisin de 75 en 20 ans.

Age. — L'âge de prédilection semble l'enfance ; 3 fois seulement dans les cas étudiés par Moreau, et compte tenu de l'insidiosité prolongée de l'évolution initiale qui n'amène que très tard le malade au médecin, le début a été postérieur à la puberté : 3 adultes pour 32 cas de durée bien précisée, atteints respectivement à 26, 38 et 40 ans. Par contre, la moitié des cas de cette étude se rapporte à des enfants entre 3 et 6 ans, parmi lesquels 11 ont été touchés entre 2 et 3 ans. L'enfance à son début paie donc le tribut le plus lourd.

Sexe. — La prédilection pour le sexe masculin est plus nette encore puisque 24 garçons ou hommes s'opposent à 8 filles, proportion des 3/4 des cas.

Les observations postérieures au travail de Moreau ne font qu'en confirmer les conclusions quant à l'âge et au sexe.

Antécédents familiaux. — Leur étude, lorsqu'on a pu la faire, a montré que la dysostose hypophysaire n'est ni congénitale ni familiale. Aucun symptôme pathologique, aucune anomalie de développement chez l'enfant avant le début de l'affection ; rien chez les parents, chez les frères ni chez les sœurs, tant en ce qui concerne la dysostose qu'en ce qui concerne toute autre affection transmissible par hérédité ou par contagion. Dans quelques cas, le malade avait de nombreux frères et sœurs, tous indemnes, bien constitués et de bonne santé habituelle.

Tout nous échappe donc encore concernant la cause initiale de la maladie.

Symptômes. — La tétrade cardinale que nous étudierons d'abord : lésions osseuses, exophtalmie, diabète insipide, arrêt de croissance, n'est pas toujours complète. Il semble cependant que dans les cas bien observés les lésions osseuses n'aient jamais fait défaut; pour les autres constituants de cet ensemble il semble qu'il faille évaluer leur constance autour de 80 % des cas publiés.

Les lésions osseuses sont avant tout des lésions craniennes ; elles peuvent pourtant être retrouvées plus ou moins caractérisées en d'autres points du squelette. Quel qu'en soit le siège, leur physionomie est assez particulière pour qu'on puisse les reconnaître même par les moyens de la seule clinique. Nous étudierons à part le syndrome radiologique.

On trouve au niveau du crâne des *pertes de substance* plus ou moins étendues selon le degré d'avancement de la maladie, mais toujours de caractère progressif. Le début se fait tantôt au niveau d'une table, tantôt au niveau de l'autre, sans réaction douloureuse appréciable. Mais très vite, les deux tables sont intéressées de façon concomitante et bientôt égale et les simples cupules du début font place à des lacunes perforantes. De forme arrondie, bientôt multiples, elles siègent principalement à la voûte du crâne, lésant frontal, pariétaux et temporaux, respectant en général plus ou moins longtemps l'occipital. L'atteinte de la base ne se produit, d'habitude, que par extension des lésions de la voûte ; exceptionnellement les lésions ont une marche inverse.

D'abord isolées, les lacunes en s'agrandissant arrivent à confluer et la perte de substance osseuse prend un aspect polycyclique puis géographique et les bords en dessinent par places des éperons plus ou moins aigus et dentelés. Quand les lésions sont à leur plus grande étendue le crâne prend une forme irrégulièrement bosselée et une consistance molle (crâne en gelée). Le diamètre des bosselures va de la noix à la paume de la main.

Lorsque la base du crâne est atteinte, ce qui arrive dans la moitié des cas, il n'en existe pendant longtemps aucun signe clinique extérieur. A la longue seulement on observe une diminution du relief et un ramollissement de l'arcade sourcilière (signe de Schüller) qui traduit une lésion étendue de la fosse cérébrale antérieure.

En dehors du crâne les lésions, de même nature, atteignent fréquemment la face, os nasaux et sinus maxillaire. Une localisation plus importante est le maxillaire inférieur y compris la symphyse mentonnière. L'apparition de lacunes et la perte de consistance qui en résulte déforment et incurvent la mâchoire ; le bord inférieur prend une convexité inférieure et la surface osseuse se boursoufle ou se déprime suivant les points. Les lacunes y sont quelquefois très étendues, mais le bord inférieur n'est jamais entamé. Entre les lacunes ou dans leur aire on perçoit des racines dentaires d'où disparition de toute fixation solide et la chute de la plupart de ces dents. C'est au niveau du maxillaire inférieur qu'ont dans certains cas été observés les premiers signes d'ostéoporose lacunaire.

Le bassin aussi est atteint chez certains malades d'un seul ou des deux côtés ; les lacunes y prennent parfois assez d'étendue pour occuper la quasi-totalité d'une aile et ne respecter qu'un mince encadrement osseux d'où la fréquence des déformations pelviennes. On voit aussi au niveau du pubis des lacunes mais de moindre étendue.

Les lésions du bassin peuvent déborder sur l'extrémité du fémur. Plus rarement sont atteintes des vertèbres, des côtes, la diaphyse fémorale ou humérale, la ceinture scapulaire.

D'une manière générale, ce sont les os membraneux et les os plats qui sont lésés.

Le palper du crâne montre que les saillies sont limitées par des bords nets, taillés à pic et en général de même emplacement sur l'une et l'autre table. La consistance de ces pseudo-tumeurs est mollasse, dépressible, comme celle d'un abcès ou d'un kyste sébacé avec lesquels on a pu momentanément les confondre.

Lorsque aucune contre-pression interne ne s'exerce, il n'y a pas de saillie ; le doigt ne trouve qu'une cupule excavée où toute résistance osseuse fait défaut; on sent seulement sous le cuir chevelu une membrane dépressible qui peut parfois produire une crépitation parcheminée (Schüller). La masse sous-jacente est mollasse, lisse, dépressible, transmet les battements cérébraux. A moins d'être forte, cette pression y est indolore. Au niveau des bords, reparaît sans transition la résistance osseuse normale et sans qu'il y ait en général de réaction appréciable de la surface osseuse.

Au niveau des autres os les symptômes sont plus radiologiques que cliniques, exception faite pour l'arcade sourcilière et pour le maxillaire inférieur. Pour ce dernier, la palpation confirme la déformation, les lacunes et l'ébranlement dentaire. Alberti a pourtant signalé l'hypertrophie des os longs et le boursouflement de la surface diaphysaire au niveau des lacunes. Les lésions du membre inférieur et du bassin ne se traduisent guère, et encore inconstamment, que par une légère boiterie.

L'exophtalmie est presque aussi constante que les lésions osseuses puisque l'étude de Moreau l'a rencontrée dans plus de 80 % des cas. Elle peut être unilatérale, au début tout au moins, mais les deux côtés se prennent bientôt sous réserve de quelque asymétrie, plus ou moins marquée et durable. Le malade a, lors-

qu'elle est caractérisée, un aspect de grenouille tout à fait spécial ; les lésions s'aggravent, on constate bientôt sous le poids des lobes frontaux sus-jacents que ne soutient plus une voûte orbitaire sans consistance, de la protrusion et de l'abaissement des globes oculaires. Cette disposition a fini dans certains cas par atteindre un degré énorme, s'exagérant au cri et à l'effort et aboutissant à la luxation du globe oculaire.

Le diabète insipide est d'une constance égale à celle de l'exophtalmie et ne présente aucun caractère particulier lorsqu'il est élément constituant du syndrome de Schüller-Christian ; il est seulement d'une intensité extrême. Le malade, tourmenté d'une soif impérieuse, émet une énorme quantité d'urines, d'autant plus impressionnante qu'il s'agit habituellement d'un enfant. 10 litres n'est pas un maximum puisqu'on a vu des polyuries atteignant 16 et même 25 litres en 24 heures (Barco, Vampré). La quantité d'urines peut même dépasser le poids du malade lui-même : enfant de 32 livres urinant 54 litres par jour dans le cas de Kay.

L'urine est pâle et de densité très faible (1.001 ou 1.000 au lieu de 1.011 à 1.022 normalement) ; elle est normale de composition et ne renferme aucun composant anormal, en particulier pas d'albumose de Bence-Jones.

Les *troubles de la croissance* ne peuvent naturellement être notés dès leur début ; il semble cependant que l'arrêt de croissance soit exactement contemporain du début de la maladie si on compare la taille du sujet à celle de ses frères et sœurs ou à celle de sujets de son âge. La différence avec eux s'accroît naturellement à mesure que le temps passe et peu à peu l'évidence s'établit que le malade devient un nain et que son nanisme s'aggrave.

Si la maladie se prolonge assez pour que le malade parvienne à l'adolescence on voit se constituer un infantilisme hypophysaire typique : taille très réduite, absence des caractères sexuels secondaires, retard de l'ossification.

La constance de cet arrêt de croissance semble pouvoir, d'après Moreau, après critique des observations, être évaluée aux 5/6 des cas, abstraction faite du degré atteint.

D'autres symptômes sont moins constants et moins importants ; un certain nombre peut, du reste, n'être qu'un corollaire de ceux que nous venons de décrire ; diverses conditions anatomiques (développement, localisation des lésions) ou certaines particularités évolutives commandent leur présence ou leur absence. Pour d'autres le lien avec l'affection principale demeure encore caché.

Certains se rattachent sans doute directement à l'état du squelette crânien. Telle est l'augmentation de volume du crâne qui donne à l'enfant un aspect hydrocéphale qu'a pu confirmer la mensuration lorsqu'on l'a pratiquée ; de même la déhiscence des sutures crâniennes ; l'une et l'autre sont peut-être seulement dues à la disparition de la résistance du crâne devant la poussée de son contenu.

Dans d'autres cas, le crâne conservant une certaine consistance, on a observé de l'hypertension crânienne avec papille de stase dont la présence de lésions intra-crâniennes volumineuses de nature xanthomateuse a pu fournir l'explication.

La chute des dents qui est parfois un signe de début est une conséquence évidente de l'ostéoporose maxillaire, de même que leur carie lorsqu'elle survient est l'effet du déchaussement dentaire par gingivite.

La surdité bilatérale d'origine interne, l'hémiatrophie linguale observée par certains auteurs résultent aussi, sans doute, de lésions siégeant près des troncs nerveux ou de leurs orifices d'émergence.

Les signes fonctionnels et généraux observés n'ont guère de cachet particulier.

Les douleurs sont soit une céphalée continue, soit des douleurs diffuses dans les membres ; parfois un peu de douleur à la pression au niveau des lésions.

Plus importants sont les symptômes cutanés : eczéma, purpura. Merritt et Paige les mentionnent dans une observation récente comme signes de début ; Gerstel a observé aussi le purpura en fin d'évolution.

L'anorexie est habituelle ainsi que la faiblesse générale qui s'aggrave progressivement. Lesné, Clément et Guillain ont observé du retard du développement psychique.

La dystrophie adiposo-génitale enfin est parfois au premier plan ; une fois on a observé une cachexie hypophysaire typique et mortelle (Hochstetter-Veit).

Du côté des viscères, l'examen ne montre pour ainsi dire rien. Le foie, la rate ont été quelquefois trouvés augmentés de volume, en particulier par Merritt et Paige. La sclérose pulmonaire diffuse qui a été signalée semble une manifestation contingente sans beaucoup d'importance clinique.

Parmi les examens spéciaux, certains n'ajoutent que peu de chose au tableau clinique.

L'examen ophtalmologique fournit des résultats variables : l'œil est quelquefois normal, fonctionnellement et ophtalmoscopiquement ; d'autres fois il peut y avoir réduction de l'acuité visuelle, ou pâleur bitemporale de la papille, papille de stase, ou névrite optique uni ou bilatérale, avec syndrome fonctionnel en rapport.

L'examen du sang le montre cytologiquement normal sauf à la période terminale où existe une anémie intense ; certains auteurs ont noté de l'hypercholestérinémie, d'autres plus nombreux n'en ont pas observé ; la lipémie a été signalée une fois.

La réaction de Wassermann a été négative dans tous les cas où on l'a pratiquée.

Les analyses d'urine n'ont guère montré que ce que permettaient de prévoir les symptômes de diabète insipide ; quelquefois présence d'acétone et d'urobilinogène.

Le liquide céphalo-rachidien est normal manométriquement et cytologiquement.

La cutiréaction, exceptionnellement positive, paraît sans rapports avec le syndrome de Schüller-Christian.

Le métabolisme basal lorsqu'on l'a mesuré n'a paru subir aucune modification interprétable.

Etude radiologique. — Plus que l'examen clinique elle montre la diffusion des lésions osseuses ; il n'en demeure pas moins que c'est au niveau du crâne qu'elles ont leur localisation primordiale et principale.

Elles sont de deux types : lésions lacunaires ostéoporotiques, principales ; lésions ostéocondensantes moins importantes que nous étudierons successivement.

Les *lésions crâniennes* sont avant tout *ostéoporotiques*. On trouve au niveau *de la voûte* les pertes de substance que montre l'examen clinique. La perte de substance est totale, intéressant presque toujours toute l'épaisseur de l'os et aboutissant à la disparition complète du tissu osseux d'où transparence entière aux rayons X pour la région atteinte. Arrondies, plus ou moins étendues, prenant de par leur extension graduelle et leur confluence un contour polycyclique puis géographique plus ou moins festonné mais pouvant parfois respecter, de façon capricieuse, au milieu d'une lacune un petit îlot osseux d'opacité normale (Barco).

Une exception apparente à cette règle de la participation de toute l'épaisseur du crâne à la formation des lacunes tient au mode de début. L'une ou l'autre des deux tables indifféremment étant atteinte la première, des lésions récentes peuvent se traduire sur le cliché par un amincissement en cupule, prélude de la perforation ; de même dans quelques cas où le processus est d'abord intra-osseux et pendant un certain temps respecte dans leur solidité et même leur épaisseur les deux tables limitant le diploé. Ce ne sont là que des configurations temporaires.

Ces lacunes sont d'importance inégale selon leur ancienneté ; elles finissent par devenir considérables et l'on peut voir s'associer des lésions anciennes et étendues avec d'autres plus récentes et circonscrites, réalisant ce que certains auteurs ont appelé le « crâne rongé des mites ».

Comme l'examen clinique, l'examen radiologique montre le siège de prédilection de ces lacunes aux parties antéro-latérales de la voûte ; elles sont uni- ou bilatérales mais nullement assujetties à la symétrie, en sorte que la projection conjuguée sur la plaque de parties lacunaires et de parties saines peut donner toutes les transparences et toutes les demi-teintes.

Quelles que soient la distribution et la localisation il n'y a aucun passage graduel entre parties lésées et parties saines mais passage brusque. Les bords qui sont taillés à l'emporte-pièce aux dépens des deux faces ont une opacité normale ; en quelques points, cependant, il peut y avoir ébauche d'entonnoir au profit d'une des deux faces indifféremment.

Pincherle a signalé quelquefois l'opacification des bords de la lacune.

A la *base du crâne*, les conditions de l'examen enlèvent de la précision aux contours et l'on n'observe habituellement qu'une décalcification plus ou moins étendue mais sans ligne nette de démarcation. Ces lésions se continuent ou non avec celles de la voûte. Les plus apparentes sont l'atteinte des voûtes orbitaires, plus rarement celles du rocher, de la mastoïde.

Il est un point de la base du crâne où les lésions, de type variable, ont une importance particulière : la *selle turcique ;* mais elles sont, tout au moins dans les observations étudiées par Moreau, assez inconstantes, moins de la moitié des cas. Lorsque la selle turcique est lésée, elle est habituellement élargie et floue, avec destruction de son plancher qui est plus ou moins profondément et irrégulièrement encavé. Le dos de la selle et les apophyses clinoïdes au contraire sont souvent respectés.

Souvent mais non toujours la face est envahie : disparition du rebord orbitaire, absence de leur contour supérolatéral, agrandissement ou plutôt déformation des orbites qui deviennent grossièrement triangulaires ou ovalaires à grand axe transversal ; disparition des détails structuraux du fond de l'orbite normalement décelés par les rayons.

Le maxillaire supérieur est moins lésé : partie latérale érodée, sinus obscurcis. Plus importantes sont les lacunes du maxillaire inférieur où ne demeure opaque qu'une mince ligne au bord inférieur ; les lacunes siègent surtout à l'angle de la mâchoire et dans toute la largeur du corps mais respectent les branches montantes ; on voit enfin les mêmes déformations que montre l'examen clinique.

Les ailes iliaques d'un côté ou des deux se montrent aux rayons creusées de géodes plus ou moins grandes, sans réaction périostée mais déformées, abaissées ; on peut voir aussi de petites lacunes sur l'ischion, le pubis ; également sur le fémur, dans le col, au-dessous du grand trochanter, parfois dans la diaphyse, parfois sur le tibia, au tiers inférieur de la diaphyse humérale, plus rarement dans la tête de l'os, dans le radius. Le tarse et le carpe sont toujours indemnes.

Ces lésions diaphysaires s'accompagnent d'un boursouflement de l'os avec amincissement de la couche corticale. A la période terminale, on trouve parfois des os vermoulus parsemés de petites lacunes.

Plus rarement se rencontrent des lésions des côtes, omoplates, des vertèbres lesquelles, s'affaissant, peuvent produire une cyphose.

Concurremment existent des *lésions ostéocondensantes* dont l'importance et la fréquence paraissent plus grandes depuis qu'on les recherche mieux ; elles peuvent exister aux membres mais sont surtout importantes au niveau du crâne ; elles peuvent dans certains cas présenter une sorte d'alternance avec les zones lacunaires. Il se produit en certains points une zone de densification marmoréenne du tissu osseux ; cette densification est particulièrement à signaler à la base du crâne, au niveau du sinus sphénoïdal qui est le siège d'une ossification massive ; il y a parfois une atteinte analogue de la voûte orbitaire et épaississement du plancher de la fosse cérébrale antérieure. Lésions analogues au niveau de la fosse iliaque qui dans certaines observations succèdent à un processus préliminaire d'ostéoporose.

Une telle densification correspond dans certains cas à un processus de guérison locale ; mais la guérison locale réelle ne comporte pas obligatoirement cette éburnation de l'os et peut se faire sans elle. De même l'éburnation n'est pas non plus l'indice d'une guérison locale définitive et peut elle-même faire place ultérieurement à une nouvelle poussée d'ostéoporose.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1937)

Notice. — M. FREDET lit une notice nécrologique sur M. G. PHOCAS, d'Athènes, récemment décédé.

Le fluorure de calcium intraveineux chez l'homme. — MM. P. SIMONIN et A. PIERRON (de Nancy), ayant constaté expérimentalement l'affinité élective du fluorure de calcium, sel insoluble, pour le tissu osseux, ont pensé que ce corps jouerait en thérapeutique un rôle important à partir du moment où il pourrait être introduit en quantité suffisante dans l'organisme. Pour ce faire, la voie veineuse était seule possible chez l'homme. Elle fut utilisée, après que de nombreuses expériences leur eussent montré, sous contrôle graphique, l'innocuité des injections endovasculaires de fluorure de calcium chez l'animal, pour des dose données.

Les auteurs ont fait ainsi 1.600 injections intraveineuses, allant de 10 à 70 mgr., sans incident.

La testostérone et les caractères sexuels. — M. BROCQ-ROUSSEAU présente une note de MM. G. ROUSSEL, P. GLEY et Mme G. PAULIN, sur l'action de la testostérone et de certains de ses esters sur les caractères sexuels secondaires.

Les auteurs ont étudié la série presque complète des esters fournis par l'action des acides organiques sur la fonction alcool secondaire de la testostérone. La testostérone elle-même est peu active, ses esters seuls le sont et leur activité décroît lorsque la chaîne du radical d'acides gras s'allonge. Le corps qui paraît être le plus actif est le propionate de testostérone.

Transmission au furet du virus de la grippe humaine. — MM. R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et J. CHEVÉ, qui avaient déjà, à l'exemple des auteurs anglais, reproduit la grippe chez le furet avec une souche de laboratoire, ont pu, au cours de nouvelles expériences, infecter le furet avec du virus provenant directement de cas de grippe humaine observés à Paris. L'instillation intra-nasale de filtrat de produits de la vage de gorge de malades atteints de grippe a déterminé chez le furet une grippe typique transmissible en série. Les courbes thermiques de l'homme malade et de l'animal infecté sont très comparables.

Elections. — MM. J. VERHOOGEN (de Bruxelles) et DAVIDE GIORDANO (de Venise) sont élus correspondants étrangers.

L'un et l'autre sont des chirurgiens éminents et des amis éprouvés de la France. M. le professeur Verhoogen occupe une place très en vue parmi les chirurgiens et les urologues belges. Il préside l'Association internationale de chirurgie. M. le professeur Giordano, ancien podestat de Venise, sénateur, est un des plus grands chirurgiens d'Italie. Il est le président d'honneur de la Fédération de la Presse médicale latine.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1936)

Démonstration histo-chimique de l'extraction et de la fixation par la diélectrolyse d'ions préalablement introduits dans le sang. — MM. G. BOURGUIGNON et M. MONNIER. Si on fait passer un courant continu, avec de l'eau distillée sur les deux électrodes, à travers le foie d'un lapin à qui on vient d'injecter une solution de chlorure ferreux, on trouve, sur les coupes du foie, que le fer s'oriente du côté de l'électrode négative dans le tissu hépatique et dans la capsule.

Lorsqu'on mouille avec une solution de chlorure ferreux l'électrode positive placée sur le foie de l'animal vivant, on voit la pénétration du fer dans le foie sous l'électrode positive, et son orientation sous forme de traînées qui se dirigent vers l'électrode négative.

La diélectrolyse agit donc en deux temps : le premier étant constitué par l'introduction de l'ion dans les vaisseaux, le deuxième, par son extraction de la circulation et sa fixation dans les tissus par le courant électrique.

Recherches chronaxiques sur l'intoxication expérimentale par l'iodure de plomb tétraéthyle. — M. RICHARD. Il existe, dans ce cas, des troubles marqués de la chronaxie centrale et périphérique.

L'équilibre protidique du sérum au cours du choc histaminique. — MM. M. FIESSINGER, A. GAJDOS et E. PANAYOTOPOULOS, étudiant les réactions humorales du choc histaminique chez le chien, observent en plus de l'augmentation de la cholestérolémie et de la glycémie, de la légère diminution du chlore globulaire et du chlore plasmatique, sans changement du rapport chloré, un abaissement considérable de la sérine qui, en raison de l'élévation passagère de la globuline entraîne un abaissement important du quotient albumineux. Le bouleversement protidique peut manquer, en dehors du grand choc, chez l'animal endormi, ne se montre pas malgré l'abaissement de la tension artérielle (F.-P. Merklen) et sur le foie perfusé, malgré le ralentissement considérable du débit (H. Bénard et L. Dermer).

Ce bouleversement protidique est en rapport avec les perturbations apportées à la circulation générale.

Isolement de colonies R et S d'une culture de bacilles de Shiga par l'action lytique du bactériophage. — MM. DOPTER et ALI-MUSTAFA ont pu réussir, grâce à l'action d'un bactériophage anti-Shiga, à isoler des colonies S d'une vieille culture de bacilles de Shiga présentant tous les caractères du type R, alors que les méthodes classiques d'isolement étaient restées sans résultat.

Dans les conditions où l'expérience a été conduite, il semble que le bactériophage se soit comporté comme un agent, non de transformation, mais de séparation pure et simple. L'isolement semble avoir été réalisé à la faveur des différences marquées observées dans la puissance de la lyse exercée respectivement par le bactériophage vis-à-vis de chacun des deux types de colonies ; cette lyse s'est montrée en effet beaucoup plus intense sur les colonies R que sur les colonies S qu'elle a respectées.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DES MESURES TRANSITOIRES CONCERNANT LES CHIRURGIENS-DENTISTES PRÉVUES DANS LE PROJET DE LOI RÉFORMANT LE DOCTORAT EN MÉDECINE (1)

(*Communiqué.*)

Dans son Assemblée générale annuelle tenue le 5 février 1937, la Fédération Corporative des Médecins de la Région Parisienne a entendu le Rapport de sa Commission chargée d'étudier ces mesures transitoires. On sait, en effet, que l'avant-projet de loi ayant pour objet de remplacer le diplôme actuel de doctorat en médecine par un diplôme de doctorat en médecine avec mention obligatoire prévoit, comme conséquence, la rentrée de l'art dentaire dans la médecine et la cessation de la délivrance du diplôme de chirurgien-dentiste.

Dans cet avant-projet de loi, les chirurgiens-dentistes en exercice et les étudiants en chirurgie dentaire en cours d'études font l'objet des mesures transitoires suivantes :

ART. 4. — Les chirurgiens-dentistes et dentistes conservent les droits qu'ils tiennent de la loi du 30 novembre 1892, de la loi du 26 juillet 1935 et de différentes lois fixant le statut des dentistes alsaciens-lorrains.

(1) Voir *Gaz. Hôp.*, 2 et 30 janvier et 10 février 1937.

Ils pourront remplacer l'appellation de « chirurgien-dentiste » par celle de « docteur-dentiste » figurant sans disjonction à la suite immédiate du nom patronymique.

ART. 5. — Un règlement rendu en Conseil Supérieur de l'Instruction publique fixera les conditions dans lesquelles les chirurgiens-dentistes pourront acquérir le diplôme de docteur en médecine avec mention, tel qu'il est institué par la présente loi, sans qu'il puisse y avoir dispense des titres initiaux requis par les règlements et sans que la dispense de scolarité puisse excéder trois ans. Il ne pourra être accordé de dispenses d'examens que pour les matières concernant l'art dentaire.

ART. 6. — Les étudiants qui seront pourvus d'une inscription en vue du diplôme de chirurgien-dentiste, soit au jour de la promulgation de la loi, soit dans l'année qui suivra cette promulgation, pourront continuer leurs études et obtenir ce diplôme.

Sans discuter la question de l'institution d'un doctorat en médecine à mention obligatoire, la Fédération Corporative a étudié ces 3 articles et adopté sans modifications l'alinéa 1 de l'art. 4 et l'art. 6 ; elle a rejeté à la quasi-unanimité (un avis contraire et trois abstentions) l'alinéa 2 de l'art. 4, et en conséquence, repoussé la possibilité pour les chirurgiens-dentistes de remplacer leur titre de « chirurgien-dentiste » par celui de « docteur-dentiste », elle s'est enfin prononcée à l'unanimité (moins une abstention) en faveur d'une modification de l'art. 5, dont la rédaction serait la suivante :

ART. 5 (nouveau). — Un règlement rendu en Conseil Supérieur de l'Instruction publique fixera les conditions dans lesquelles les chirurgiens-dentistes pourront acquérir le diplôme de docteur en médecine, sans qu'il puisse y avoir dispense des titres initiaux requis pour le doctorat en médecine d'Etat, et sans que la dispense de scolarité puisse excéder trois ans. Il ne pourra être accordé de dispenses d'examens que pour les matières concernant l'art dentaire : ces dispenses ne pourront être concédées qu'aux chirurgiens-dentistes ayant au moins cinq années d'exercice.

Aux yeux de la Fédération Corporative des Médecins de la Région parisienne, ces 3 articles (avec la rédaction qu'elle a approuvée) répondent à l'équité, aussi bien vis-à-vis des chirurgiens-dentistes que des docteurs en médecine, et sauvegardent l'intérêt des malades.

Le président : G. BOURGUIGNON. *Le secrétaire général :* Ch. DÉVÉ.

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS (*Communiqué.*)

Le Comité de l'*Association Corporative des Etudiants en médecine de Paris*, dans sa séance du 30 janvier, après avoir réglé diverses questions d'ordre intérieur, s'est occupé du problème posé par les *examens d'anatomie*.

Après quoi, le Comité s'est félicité du succès total de son *programme de revendications* pour 1936 (mise à l'étude de la proposition de loi Pomaret ; mise en échec du projet de décret tendant à limiter les droits imprescriptibles des professeurs de Faculté ; enquêtes faites par les Syndicats médicaux sur les candidats à naturalisation et exigées par le Garde des Sceaux sur requête de l'*Association Corporative*). Après l'établissement du programme de défense professionnelle des étudiants *français* pour 1937, on passe à l'*affaire des dentistes*.

Le secrétaire général, M. Bergeron, rappelle le vote du Comité en date du 16 décembre 1936 s'opposant à la création envisagée du titre de *docteur-dentiste* sans baccalauréat, ni examens probatoires, ni soutenance de thèse. M. Domart, président sortant, donne connaissance de nombreuses lettres approuvant la campagne de la « *Corpo* » contre ce projet et émanant de plusieurs de nos maîtres, de praticiens distingués de la Stomatologie, et de M. Bazex, directeur de l'*Office de médecine de l'Union nationale des étudiants de France*. Après un exposé détaillé de l'historique de la question dentaire fait par M. Mordagne, et des protestations multiples du Corps médical parisien, le Comité décide à nouveau de *repousser le titre projeté de docteur-dentiste*. Il demande par contre que les chirurgiens-dentistes non bacheliers soient nommés chirurgiens-dentistes de 1re classe sur présentation d'un mémoire à la Faculté ; il accepte enfin que les chirurgiens-dentistes français, *bacheliers de l'Enseignement Secondaire français*, puissent postuler le doctorat en médecine d'Etat avec certaines dispenses de scolarité et d'examens qui *ne* pourraient *pas* porter sur les 3e, 4e, 5e et 6e années et la thèse : les candidats devraient s'inscrire pour le doctorat dans les 2 ans qui suivront le vote de la loi.

On procède en fin de séance aux *élections du nouveau Bureau* pour 1937 ; sont élus :

Président : M. Bergeron. — Secrétaire général : M. de Kérautem. — Trésorier : M. André Domart. — Bibliothécaire : M. Champagne.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 11 février. — Jury : MM. Roussy, président ; Bezançon, Gougerot, Oberling. — M. HANAUT. Etude de l'acrodynie infantile. — M. LEBRUN. Dilatations bronchiques et tuberculose pulmonaire. — M. BOULLE. Les stomatites auriques. — M. BOUNIOL. Etude anatomo-clinique de six sarcomes de l'utérus.

Jury : MM. Cunéo, président ; Lemaître, Mocquot, Halphen. — M. BLAS. Les luxations du genou. — M. SCHATZ. Contribution au diagnostic des tumeurs malignes primitives du cavum. — M. TREPSAT. Kyste congénital du cou à symptomatologie de laryngocèle. — M. SOFERMAN. L'insufflation utéro-tubaire.

Samedi 13 février. (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Lemaître, président ; Bressou, Letard. — M. LE HYARIE. Le bec-de-lièvre chez les animaux.

CONGRÈS ET VOYAGES

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE PYRÉTOTHÉRAPIE

Le Premier Congrès international de Pyrétothérapie aura lieu à « Columbia University » de New-York les 29, 30 et 31 mars 1937.

Des rapports y seront présentés et discutés sur le mode d'action et les résultats obtenus par la pyrétothérapie, quel que soit l'agent pyrétogène employé.

Le Comité français, qui a été chargé de l'organisation européenne, a été formé comme suit :

Sous le haut patronage de M. le ministre de la Santé publique et la présidence d'honneur de M. le professeur d'Arsonval :

Président : M. le prof. Abrami ; Comité : M. le prof. Alajouanine, M. le prof. Binet, M. le prof. Claude, M. le prof. Gougerot, M. le docteur Janet, M. le prof. Lardennois, M. le prof. Laubry, M. le prof. Levaditi.

Les adhésions, ainsi que le montant des cotisations (100 francs) doivent être adressés au Secrétariat général, docteurs André Halphen et Jacques Auclair, 222 *bis*, rue Marcadet, Paris (18e).

Un voyage forfaitaire sera organisé.

Fédération des Sociétés des sciences médicales de l'Afrique du Nord. — Le VIIe Congrès de la Fédération aura lieu à Alger, les 22, 23 et 24 mars 1937, sous la présidence du professeur Gillot.

Il sera consacré à l'étude du *typhus*, avec les rapports de MM. Burnet, de Tunis ; Gaud, de Rabat ; Blanc, de Casablanca ; Donatien et Lestoquard, Lemaire, Ferrari et Liaras, d'Alger.

Des conférences seront faites par MM. Hardy, recteur de l'Université d'Alger, et Brumpt, professeur à la Faculté de Paris.

Plusieurs excursions facultatives et indépendantes sont organisées à l'occasion du Congrès :

Tipasa et la côte Turquoise, un jour : 70 francs.

Bou Saada, El Hamel et les gorges de Palestro, deux jours : 220 francs.

Le Sahara, territoire des oasis, Ouargla, Touggourt et retour pas Biskra, douze jours : 1.500 francs.

Le Sahara, le Grand Erg occidental, Adrar, Timimoun, Fort Mac-Mahon, El Golea, quatorze jours : 2.650 francs.

Un forfait spécial de Marseille à Marseille, assurant aux congressistes les traversées, le séjour à Alger, les excursions de Tipasa et Bou Saada, pour : 1.700 francs en 1re classe, 1.475 francs en 2e classe, et excellents hôtels.

Réduction sur les chemins de fer français : 40 p. 100.

Droit d'inscription au Congrès : 50 francs.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser au secrétariat du Congrès : Laboratoire de parasitologie, Faculté de médecine, Alger.

LIVRES NOUVEAUX

Climatologie médicale de la région parisienne. — Bernard VILLARET. Paris, Masson et Cie, 1936.

Les archives de la météorologie, même et surtout pour des pays de vieille civilisation, sont assurément copieuses, et non moins disparates. Quant à l'influence des climats et même d'un climat sur l'organisme humain, on n'en sait guère plus aujourd'hui qu'au temps d'Hippocrate et peut-être d'Hammourati ; ce n'est guère autre chose que généralités et lieux communs. Et la complexité du problème est une excuse valable.

C'est avec d'autant plus d'intérêt qu'on lira la remarquable monographie de M. B. Villaret, qui est conçue dans un esprit à la fois météorologique et médical. L'influence du climat régional, des particularités propres à la très grande ville, des modifications que sa présence apporte au climat local y est soigneusement étudiée. La bactériologie urbaine ; le problème des fumées et des poussières, de plus en plus à l'ordre du jour ; leur rôle important en épidémiologie et en pathologie ; l'importance physiologique et psychologique de la déformation citadine pour l'individu et la collectivité y sont méthodiquement étudiés et critiqués avec impartialité. Non moins intéressantes sont les prévisions et les anticipations en matière d'urbanisme où hygiénistes et médecins ont droit d'être consultés et écoutés.

Les nombreux graphiques et l'importante — et ingrate — bibliographie permettront au lecteur d'apprécier davantage encore la clarté et l'aisance avec lesquelles cette belle monographie que nous sommes heureux de présenter, traite de questions complexes et de problèmes délicats.

L. BABONNEIX.

Essai sur la psychologie et la physiologie des obsédés, par le docteur M. GALLOT. In-8° de 168 pages, à Paris, 1935, chez Le François, 91, boulevard Saint-Germain.

L'orthodoxie à base d'acier, par le Dr Lucien DE COSTER. In-8 de 203 pages avec 107 figures. Paris 1935, chez Masson.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 14. — MERCREDI 17 FEVRIER 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de Médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de Médecin des hôpitaux* (admissibilité). — Noms des candidats : MM. les docteurs Albeaux-Fernet, Albot, Antonelli, Benoist, Bernal, Bernard, Bolgert, Bonnard, Boudin, Bousser, Busson, Cachin, Cahen, Chabrun, Delamare, Delay, Deparis, Derot, Desoille, Ducas, Even, Fauvert, Fiehrer, Fouquet, Frumusan, Gabriel, Goldberg, Gouyen, Guillain, Hamburger, Hesse, Horowitz, Hurez, Joseph, Klotz, Lafitte, Laplane, Launay, Lehmann, Lenègre, Lereboullet, Mauric, Merklen, Meyer, Moussoir, Netter, Pautrat, Perrault, Poumeau-Delille, Ribadeau-Dumas, Rudaux, Salles, Schwob, Sée, Sigwald, Sterne, Thiébaut, Thoyer, Uhry, Weil, Zadoc-Kahn, Gilbrin.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — Séance du 11 février à l'amphithéâtre d'anatomie :

Notes attribuées : MM. les docteurs Padovani, 7 ; Monod (Ol.), 5 ; Lecœur, 5 ; Lance, 5 ; Petit, 9 ; Billet, 5 ; Vuillième, 9 ; Sauvage, 10 ; Hepp, 9 ; Guillot, 4.

Questions données : Ligature de l'artère axillaire sous la clavicule. — Désarticulation du pouce et de son métacarpien.

Séance du 13 février, à l'amphithéâtre d'anatomie :

Notes attribuées : MM. les docteurs : Dreyfus Le Foyer, 4 ; Boudreaux, 8 ; Aboulker, 9 ; Zagdoun, 4 ; Poilleux, 5 ; Cordier, 5 ; Dufour, 9 ; Audouin, 9 ; Baumann, 9 ; Rudler, 7.

Questions données : Ligature de l'artère iliaque externe. — Désarticulation médiotarsienne dite opération de Chopart.

Concours de l'Internat (oral). — Séance du vendredi 12 février 1937.

Notes attribuées : M. Enel, 12 ; Mlle Bentkowski, 17 ; MM. Lenoël, 18 ; Poissonnet, 21 ; Kaeppelin, 21 ; Ben-Haim, 15 ; Tétreau, 22 ; Minkowski, 22 ; Deprez, 21 ; Metzger, 14 ; Chalochet, 19.

Questions données : Symptômes et diagnostic du cancer du côlon iléo-pelvien. — Symptômes, diagnostic et traitement d'urgence du coma diabétique.

Hôpitaux thermaux militaires. — Les officiers du service de santé dont les noms suivent sont désignés pour assurer, en 1937, le fonctionnement des hôpitaux thermaux :

Hôpital militaire de Barèges (10 juin-9 septembre). — Les médecins commandant Tournier-Lasserve, désigné comme médecin-chef ; cap. Valatx ; cap. Bastard.

Hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains (26 mai-23 septembre). — Les médecins commandant Coffiney, désigné comme médecin-chef ; lieutenant Peyronnel ; lieutenant Benitte.

Hôpital militaire de Châtel-Guyon (15 mai-30 septembre). — Les médecins lieutenant-colonel Despuçois, désigné comme médecin-chef ; lieut. Carli.

Hôpital militaire du Mont-Dore (25 mai-25 septembre). — Les médecins lieutenant-colonel Maire, désigné comme médecin-chef ; médecin lieutenant Girardin.

Hôpital militaire de Vichy (1er mai au 26 octobre). — Les médecins commandant Nenon ; commandant Audouy ; commandant Lemaire, commandant Picot, capitaine Debenedetti.

Station thermale militaire de Saint-Nectaire (25 mai-14 septembre). — Le médecin commandant Goudet.

Guerre. — *Mutations.* — Médecins colonels : M. Grenier, médecin-chef des salles miltaires de l'hospice mixte de Châlons-sur-Marne et président de commission de réforme, est affecté comme médecin-chef de l'état-major de la région de Paris et place de Paris.

M. Augé, chirurgien et spécialiste des hôpitaux militaires, médecin-chef de l'hôpital militaire Dominique-Larrey, Versailles, est affecté comme sous-directeur de la 17e région, Toulouse.

M. Sergeant (L.), médecin-chef de l'hôpital militaire Scrive, Lille, et président de commission de réforme, est affecté comme sous-directeur de la 1re région, Lille.

Médecins lieutenants colonels : M. Feuillé, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Verdun et président de commission de réforme, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Châlons-sur-Marne.

M. Cazalas, médecin des hôpitaux militaires, hôpital militaire Scrive, à Lille, est maintenu et désigné comme médecin-chef et président de commission de réforme.

M. Debord, de l'école militaire préparatoire technique de Tulle, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Limoges.

Médecin commandant : M. Roques, chirurgien des hôpitaux militaires, hôpital militaire Broussais à Nantes, est affecté à l'hôpital militaire Dominique-Larrey à Versailles.

— Le médecin colonel Guérard, des troupes coloniales (A. O. F.), est nommé par intérim inspecteur mobile de l'hygiène de l'Afrique occidentale française, à Dakar.

— Les médecins généraux dont les noms suivent ont été placés, à compter du 11 février 1937, dans la deuxième section (réserve) du cadre du corps de santé militaire :

M. le médecin général Jullien, directeur du service de santé de la 4e région au Mans.

M. le médecin général Cochois, directeur du service de santé de la 11e région à Nantes.

Sanatoriums publics. — M. le docteur Dussert, médecin adjoint au sanatorium de Plaugouven (Finistère), a été nommé, sur sa demande, médecin adjoint au sanatorium de Boscamnant (Charente-Inférieure).

M. le docteur Thorain, médecin adjoint de sanatoriums publics, a été nommé médecin directeur stagiaire de 5e classe au sanatorium public de la Grolle-Saint-Bernard, à Touverac (Charente).

M. le docteur Virmont, médecin adjoint des sanatoriums publics, a été nommé médecin directeur de 5e classe aux sanatoriums publics Marie et François Mercier, à Tronger (Allier).

M. le docteur Marmet a été nommé médecin adjoint au sanatorium du département du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

Umfia ou Union médicale latine. — *Prochaine conférence des « Voix latines ».* — Le docteur Jean Abadie, d'Oran, membre d'honneur de l'Umfia, fera le mercredi 24 février, à 21 heures précises, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, sous la présidence du docteur Georges Duhamel, membre de l'Académie française, une conférence intitulée ; *Impressions de voyage d'un chirurgien français, d'un Latin, en U.R.S.S.*

On peut trouver des cartes d'invitation chez le docteur Dartigues, président de l'Umfia ou Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (16e) ; à la librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e) ; à la librairie Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (6e) ; à la librairie Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris (6e) ; à la librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e) ; à la librairie du Monde médical, 42, rue du Docteur-Blanche, Paris (16e) ; à l'Academia Gaya, 2, rue des Italiens, Paris (9e).

La **Société de Médecine publique** tiendra le mercredi 24 février 1937, à 17 heures, au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. Lesné, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Trousseau, président de la Société, une séance consacrée à l'épidémiologie et à la prophylaxie de la leishmaniose en France.

M. le professeur Nattan-Larrier, professeur au Collège de France : la leishmaniose en France ; épidémiologie, prophylaxie. — M. D'Œlsnitz, membre correspondant de l'Académie de médecine : le diagnostic précoce et le traitement du kala-azar, éléments de prophylaxie des leishmanioses viscérales.

Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier. — La réunion hydrologique et climatologique de Montpellier, annoncée pour le mois de mars 1937, aura lieu le 13 mars 1937, à 16 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Elle sera consacrée à « la coxarthrie ».

Rapporteurs : MM. Lamarque et Vidal : étude clinique et radiologique de la coxarthrie ;

M. Merklen (d'Aix-les-Bains): traitement thermal de la coxarthrie ;

M. Teulon-Valio (d'Uriage) : les injections intra-tissulaires d'eau d'Uriage dans la coxarthrie ;

M. Castagné : les traitements radioactifs de la coxarthrie.

La présentation des rapports sera suivie de leurs discussions et de l'exposé de communications se rapportant au sujet traité.

Les médecins qui désirent prendre part à la réunion et y apporter des communications, sont priées d'en aviser le professeur Puech, qui leur donnera tous les renseignements désirables (adresse : Laboratoire d'hydrologie et de climatologie médicales, institut de biologie, *Montpellier*).

COURS ET CONFÉRENCES

Chaire de pathologie expérimentale et comparée (professeur : M. Noël FIESSINGER). — M. le docteur TROISIER, agrégé, commencera ses conférences le mardi 23 février 1937, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : *Maladies infectieuses expérimentales.*

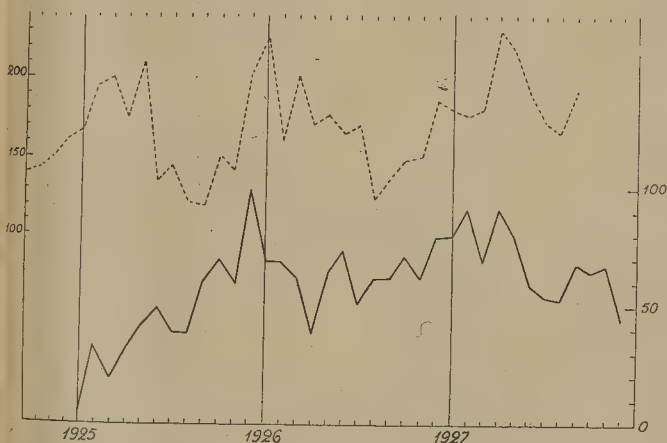
LA SALLE D'HOPITAL CUIRASSÉE

pour la protection des malades contre les radiations solaires et cosmiques nuisibles

Par le Professeur A.-L. TCHIJEVSKY (de Moscou)

Il n'y a rien de plus étonnant que de voir la médecine de nos jours se détourner souvent des conquêtes de la science moderne — physicochimie, géophysique et astronomie — dont elle pourrait tirer d'énormes profits. Cependant, quelle que soit l'explication que nous donnions à ce phénomène, il souligne une fois de plus la nécessité qu'on ressent de reconstruire à fond l'instruction médicale.

La question que j'étudie dans cet article a mûri au point de pouvoir être enfin tranchée. Elle est d'importance extrême, tant en principe qu'en pratique, et devrait être résolue sans retard, la vie de milliers et de milliers d'hommes en dépendant ; je me permets donc d'adresser au lecteur la prière de réfléchir sérieusement sur ces courtes lignes, et d'y prêter une attention toute particulière.

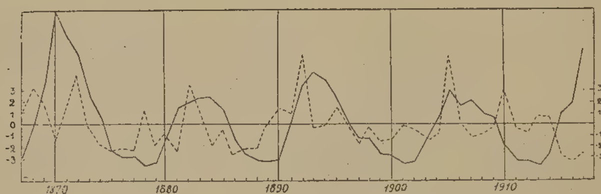


1. En dessus : Mortalité causée par les maladies du système nerveux, à Moscou, depuis le 1er octobre 1924 jusqu'au 1er octobre 1927.
En dessous : Activité du soleil pendant la même période de temps.

(D'après A.-L. Tchijevsky, 1927.)

Les travaux de toute une série d'investigateurs [Kindlimann (1910), Faure, Sardou, Vallot (1922-1936), Pokrovsky (1928), les frères Traute et Bernard Düll (1934-1936), parmi lesquels je me range (Tchijevsky, 1917, 1936)] ont démontré de façon irréfutable le fait suivant : les perturbations se passant sur la surface du soleil sous l'apparence d'éruptions ou de protubérances, sous l'aspect de taches ou de mouvements tourbillonnaires de la matière solaire, augmentent brusquement, presque instantanément, le nombre des cas de mort de diverses maladies, le système nerveux, semble-t-il, réagissant aux radiations solaires en premier lieu. Celui qui aurait étudié les recherches des savants mentionnés doit reconnaître cette dépendance comme un fait absolument juste : la coïncidence des phénomènes solaires avec la mortalité est complète.

Cela ne veut pas dire, sans doute, que les phénomènes solaires « tuent » l'homme. Ce serait une erreur de le supposer. Les phénomènes solaires déterminent le dernier choc que le milieu du dehors fait subir à un organisme malade et le ruine par là-même. Pour un homme bien portant ces influences sont nulles ou presque nulles. Mais figurez-vous un homme âgé, infirme, souffrant de l'artériosclérose ou bien épuisé par la maladie, quelque grave maladie chronique, ou par quelque infection aiguë ; imaginez-vous ce malade au moment de la crise d'une maladie infectieuse, avec t° 40,5, tachycardie, pouls à peine palpable, avec muscle cardiaque affaibli, le sang empoisonné par les toxines, et vous comprendrez que le moindre choc du dehors causera sa perte. C'est justement ce qui arrive — les organismes malades périssent, et non ceux jeunes, robustes et bien portants.



2. Pointillé : Mortalité générale en Russie de 1867 à 1917 (déviations de la parabole). Courbe continue : Activité du soleil pendant le même temps.

(D'après A.-L. Tchijevsky, 1927.)

Les travaux admirables des savants français, M. Faure et G. Sardou, de même que ceux des frères T. et B. Düll, tout à fait récents et fort remarquables par la force de leur persuasion et par la précision des matériaux du travail, ont bien prouvé ce fait en s'appuyant sur une énorme documentation statistique. Les sujets souffrant de maladies du système nerveux et du cerveau périssent presque *subitement* sous l'influence des radiations solaires nocives ; de 3 à 4 jours, après l'éruption, suffisent pour faire périr ces malades à la circulation du sang troublée, souffrant de sénilité ; le nombre des suicides s'accroît brusquement (phénomènes affectifs rattachés au trouble du système nerveux). Un volume suffirait à peine pour exposer pleinement le richissime matériel recueilli, dû au zèle infatigable des auteurs sus-nommés. Mais nous en avons dit assez : l'effet pernicieux des radiations solaires spécifiques est actuellement prouvé. Le lecteur s'intéressant à notre problème peut porter son attention sur les recherches des auteurs que je viens de citer et les lire dans le texte original. La bibliographie en est donnée à la fin de notre article.

Deux problèmes se posent à nouveau devant nous : 1) Quel est le mécanisme de ces influences désastreuses et 2) Comment y obvier, comment en préserver le genre humain ?

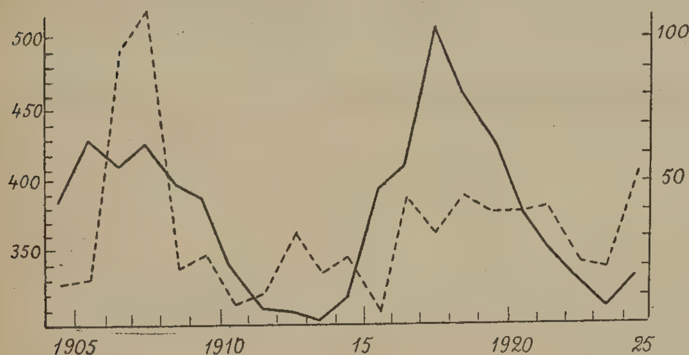
Les opinions des auteurs diffèrent sur la nature du mécanisme de ce phénomène : les uns sont de l'avis (très bien fondé) qu'il faut en chercher la cause dans

les *radiations électromagnétiques à onde courte* (de l'ordre de quelques millimètres).

De telles ondes courtes peuvent être irradiées par les phénomènes solaires pendant les éruptions, les protubérances, et par les taches — pendant les tempêtes tourbillonnaires dans le soleil.

Leur action est directe, immédiate. Elles arrivent à la terre en 8 min. 17 sec., passent par son atmosphère et agissent sur l'organisme, sur ses appareils récepteurs.

D'autres auteurs attribuent la cause du phénomène en question aux influences électriques et magnétiques de l'atmosphère et de l'écorce terrestres évoluant en fonction des radiations électro-magnétiques et *corpusculaires du soleil*. Cette hypothèse, quoique vraisemblable, est complexe et moins probable. Peut-être même que ces influences, tant les unes que les autres, ont lieu en réalité.



3. Courbe pointillée : Mortalité causée par l'apoplexie en Suisse de 1904 à 1925. Courbe continue : Activité du soleil.

(D'après H.-H. Kritzinger, 1931.)

Il est incontestable, en tout cas, que les phénomènes solaires, dans les limites de 1 à 3, 4 jours après leur apparition dans le soleil, exercent un effet des plus pernicieux sur les organismes débiles, vieux, malades, affectés d'artériosclérose et de dégénération du cœur, produisant le même effet désastreux aux moments des crises des affections infectieuses, etc.

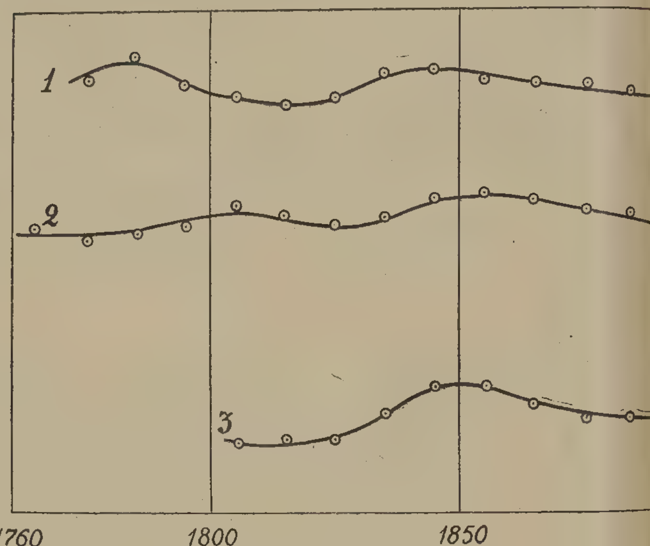
J'ose affirmer que les radiations solaires influent sur les fonctions vitales les plus intimes et les plus profondes : sur les centres respiratoires, sur ceux de la circulation du sang, y provoquant les phénomènes du spasme, de la surexcitation ou parabiose, à condition que l'activité de ces fonctions soit affaiblie. Une surexcitation spastique, de même que l'état parabiotique — déterminent la mort. De grandes perspectives s'ouvrent ici à l'investigateur. Les ondes électromagnétiques de la dite longueur peuvent être obtenues dans les laboratoires pour en faire l'épreuve sur les animaux malades, agonisants.

Mais comment en protéger l'homme, l'homme malade en proie à la crise ? Il est bien évident que, la crise étant favorable (et celle-ci ne dure parfois qu'un ou deux jours), le malade reviendra à la vie, peut-être pour des dizaines d'années. C'est donc sur le moyen de sauvegarder des malades de ce genre que je veux émettre mon opinion dans cette note.

La science peut en parler tête haute. Oui, les moyens de protéger l'homme contre les influences pernicieuses, soit qu'elles émanent du soleil ou de quelque autre source, — sont connus de la physique ; et c'est le métal qui nous apporte la délivrance : fer, acier, plomb. *Plus l'onde est courte, plus la couche de métal doit-elle être épaisse*, couche de métal préservant l'homme des radiations du dehors et lui sauvant la vie. Que de métal dépense-t-on pour préparer les projectiles de guerre, les cuirasses revêtant les vaisseaux de guerre !...

Cependant, quelle est la longueur de l'onde de ces irradiations électro-magnétiques « délétères » des protubérances et éruptions solaires ? Nous ne pouvons faire là-dessus que des conjonctures plus ou moins vraisemblables.

Il n'est pas besoin de supposer que les ondes de ces irradiations sont ultracourtes, dans le genre de celles dites pénétrantes. Nous sommes porté à croire que les irradiations qui nous intéressent sont dans les limites des ondes ultraradio (centimètre, millimètre, hectomicron). Les ondes-radio de la longueur d'un décimètre s'unissent aux ondes ultra-radio d'un côté, les rayons décamicron infra-rouges de l'autre. Les ondes ultra-radio de la longueur d'un millimètre atteignent-elles la surface de la terre à travers la couche de l'air ionisé de Haieviseid ? C'est là un problème à résoudre, mais d'autre part, même les électrons, les ions et les particules de poussière venant du soleil et se dirigeant vers nous à grande vitesse, peuvent produire des ondes électro-magnétiques de la dite longueur. Des données se sont accumulées, durant ces dernières années, sur ce que la cellule vivante ainsi que des organismes entiers sont sensibles au diapason des ondes indiquées. Le prof. A. V. Leontovitch affirme que le système nerveux possède des « récepteurs » pour les ondes ultra-radio de la longueur d'un millimètre.



4. 1. Activité solaire.
2. Mouvement de la mortalité pendant un siècle à Saint-Pétersbourg.
3. De même en Russie.

(D'après G.-I. Pokorovsky, 1928.)

Si c'est le cas, il est aisé de calculer *l'épaisseur* de l'écran métallique qui saurait protéger les organismes vieux et malades — de l'action de ces ondes. On sait que le coefficient de la réflexion des ondes électro-magnétiques qui tombent directement sur la surface métallique est égal à :

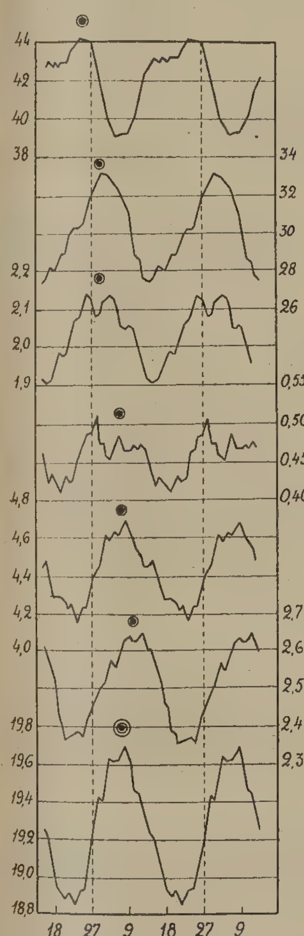
$$R = 1 - 2\sqrt{\frac{\mu . \varkappa}{\sigma \; T}}$$

D'ici on obtient facilement :

$$R = 1 - \frac{2}{\sqrt{\sigma \; T}}$$

tant pour les ondes thermiques que pour les ondes ultra-radio jusqu'à 10 μ.

Toutes les valeurs obtenues pour l'épaisseur des métaux nécessaires à la protection des malades contre ces ondes dépassent *à peine un millimètre*. Par conséquent, l'équipement technique d'une salle d'hôpital pour le système que j'avance ne présente aucune difficulté. J'aurais préféré même que le revêtement métallique de la salle fût plus épais pour sauvegarder les malades de radiations encore plus courtes.



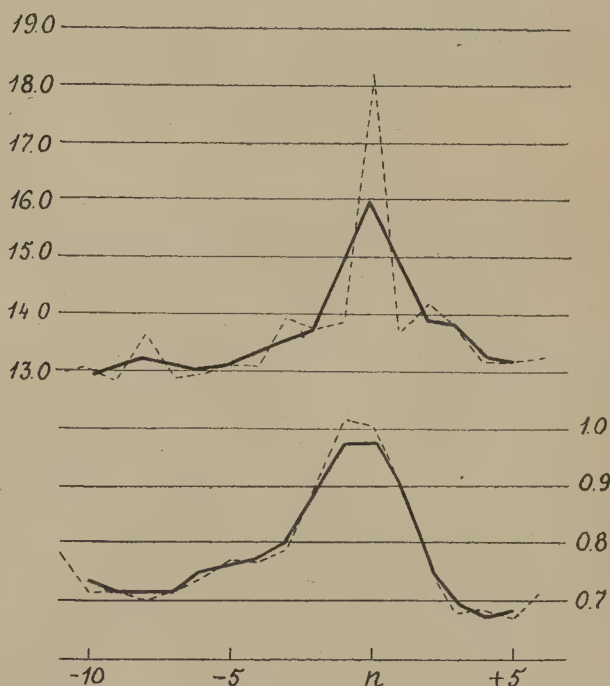
5. De haut en bas :

1. Période de 27 jours de l'activité de la formation des taches solaires (moyenne de 68 révolutions du soleil), c'est-à-dire du 1er janvier 1828 au 31 décembre 1932.
2. Période des perturbations magnétiques sur tout le globe (même période de temps)
3. Mortalité causée par les maladies du système nerveux et du cerveau, durant la même période de temps. (3.720 cas.)
4. Suicides à Copenhague durant la même période de temps.
5. Mortalité causée par les maladies des organes de la circulation du sang et par la sénilité à Copenhague, même période de temps. (8.099 cas.)
6. Mortalité causée par les maladie des voies respiratoires, même lieu et même période de temps. (4.579 cas.)
7. Toutes les autres causes de mort (excepté l'homicide), même lieu et même période de temps. (35.244 cas.)

(D'après T. et B. Düll, 1934.)

Il me semble que la défense de la vie humaine est en droit d'exiger que chaque hôpital, et surtout ceux destinés au traitement des *maladies infectieuses* pour les jeunes gens, — gens à qui appartient l'avenir, — soit pourvu dès à présent d'une telle salle revêtue de cuirasse, — une, deux, trois salles, s'il le fallait.

La salle en question doit être revêtue de ses six côtés d'une couche de métal d'épaisseur et d'imperméabilité respectives, n'ayant aucune ouverture. L'entrée et la sortie de la salle doivent lui assurer une impénétrabilité complète contre les radiations délétères, ce qu'on atteint facilement en revêtant de cuirasse l'antichambre à deux portes. Le W.-C. entièrement contigu à la salle, doit aussi être « cuirassé » de tous côtés. Eclairage artificiel à douce lumière. La ventilation ordinaire est remplacée par l'air conditionné à zone de confort maximum selon la méthode américaine, ou, qui mieux est, selon la méthode suédoise (ASEA). Afin de rendre naturel l'air conditionné, on a soin de l'ioniser légèrement, les ions négatifs y prévalant (de 1.500 à 2.000 en 1 cm²). Les tubes servant à amener l'air ionisé sont aussi revêtus de cuirasse afin d'empêcher les radiations, tant directes que reflétées de la surface, de pénétrer dans la salle.



6. En dessus : Nombre des cas de mort causés par les maladies du cerveau, du système nerveux, de la circulation du sang et par les suicides, à Copenhague, à Francfort-sur-le-Mein et à Zurich. Courbe construite d'après la méthode de la superposition d'une période, sur une autre le long de l'âge « n » (1903-1931).

En dessous : marche des perturbations magnétiques, reflétant la marche des irradiations spécifiques solaires, même période de temps.

(D'après T. et B. Düll, 1936.)

Tout hôpital ainsi équipé doit être en contact constant avec un observatoire astronomique. Puisse la science des astres célestes venir activement en aide à la vie humaine ! Sur le premier signal de l'astronome observant la surface solaire et y ayant remarqué l'approche d'une éruption, sur le premier signal du géophysicien ou du statisticien-calculateur, connaissant le mystère de la périodicité de ces éruptions et tempêtes solaires — les malades atteints des maladies indiquées devront être transportés dans la salle, dont les murs serviront à garantir leur vie des influence nuisibles du cosmos. Cette salle leur servira

de domicile pendant un, deux, trois jours et, peut-être, même davantage, jusqu'au moment de la fin de la crise, jusqu'à ce que se soient améliorées l'activité du cœur et la fonction respiratoire et jusqu'à disparition complète des radiations meurtrières. Nous pensons même qu'en certains cas désespérés les malades pourront, pour ainsi dire, être rappelés à la vie. Le pourcentage des malades guéris, atteints de la grippe, de la pneumonie avec myocardite, de vieilles gens à l'artériosclérose, etc., etc..., devra donner une brusque hausse.

C'est à l'avenir de démontrer à quel point cette conception sur la possibilité de venir en aide à la vie humaine est juste. Mais la science actuelle devrait considérer comme étant de son devoir de prêter l'attention la plus sérieuse à l'hypothèse que je viens d'exposer.

Il n'y a pas de moyens, ni de somme d'argent dont on puisse regretter la dépense quand il y va de la vie de milliers d'hommes qu'on peut arracher à la mort dont ils sont menacés.

Bibliographie

1. C. Kindlimann. Rapport en 1910. Voir : *Burgdorfer Tageblatt.* November 1925. Burgdorf (tirage à part).
2. A. L. Tchijevsky. Astronomie, physiologie et histoire. Rapport du 9/V 1917. Moscou.
3. A. L. Tchijevsky. *Russische-Deutsche Medizinische Zeitschrift.* N° 9, 1927, N° 12, 1928. Berlin.
4. A. L. Tchijevsky. Influence des variations de l'électricité atmosphérique sur la natalité et la mortalité. *La Côte d'Azur Médicale*, pp. 223, 230. Toulon, 1930.
5. A. L. Tchijevsky. Influence des perturbations dans l'activité du soleil sur la mortalité. *Les Catastrophes épidémiques*, pp. 115-147. Monographie. Moscou. 1930.
6. A. L. Tchijevsky. Sur la périodicité de la mortalité. *La Médecine prophylactique.* N° 2, p. 36. Kharkov, 1930.
7. A. L. Tchijevsky. Action de l'activité périodique solaire sur la mortalité générale. *Traité de Climatologie biologique et médicale*, vol. II, p. 1042-1046. Paris, 1934.
8. A. L. Tchijevsky. L'activité corpusculaire électro-magnétique et périodique du soleil et l'électricité atmosphérique, comme régulateurs de la distribution, dans la suite des temps, des maladies épidémiques et de la mortalité générale. *Acta Medica Scandinavica*, 1936. Stockholm.
9. I. Vallot, G. Sardou, M. Faure. *Académie de Médecine de Paris*, 1929, 1927. *Presse Médicale*, N° 18, 1927. Paris. — *Cosmobiologie*, N° 1-4, 1934-1936. Nice.
10. G. I. Pokrovsky. On the relation of the sun's activity to some biological factors. *Science*, v. 67, N° 1737, New-York, 1928.
11. C. Morrell. A preliminary investigation respecting the influence of solar storms upon suicide, epilepsy and homicide. *Royal Institute of Public Health at Dublin.* August 1928.
12. Traute et Bernard Düll. Uber die Abhängigkeit des Gesundheitszustandes von plötzlichen Eruptionen der Sonne und die Existenz einer 27 -tätigen Periode in den Sterbenfällen. *Virchow's Archiv.*, Bd. 293. Heft 2. 1934, Berlin.
13. Traute et Bernard Düll. Neue Untersuchungen über die Beziehungen zwischen der Zahl der täglichen Toderfälle und den magnetischen Störungscharakter. *Bioklimatische Beiblätter.* Heft I 1935, Braunschweig.
14. H. H. Kritzinger. Todesstrahlen, p. 134, Leipzig, 1929.

LA PLEUROTOMIE EXPLORATRICE

pour le diagnostic précoce

DU CANCER PULMONAIRE

Par Georges PASCALIS

Je voudrais plaider ici la cause de la pleurotomie exploratrice pour le diagnostic précoce du cancer du poumon (1).

L'affection n'est pas très fréquente, mais les malades qui en sont atteints arrivent à nous le plus souvent inopérables. Je sais toutes les difficultés du diagnostic, mais je pense que nous n'avons pas le droit d'attendre du temps qu'il le vienne ou confirmer ou infirmer, car il est alors trop tard pour agir efficacement.

Je viens de voir un homme de 41 ans qui, depuis deux ans, a consulté partout et les meilleurs sans qu'un diagnostic ait été porté ferme.

Le confrère qui me l'a adressé avait le premier parlé de cancer à la famille.

Depuis deux ans le malade crachait du sang et, à l'auscultation, présentait des signes de condensation à la base gauche. Une radiographie montrait une tumeur susdiaphragmatique gauche, arrondie.

Deux points devaient être précisés : la localisation lobaire de la lésion, sa nature exacte.

La localisation a été affirmée par l'examen sous double écran. Il faut se souvenir de la très grande obliquité de la scissure gauche qui descend jusqu'au diaphragme, si bien qu'une tumeur susdiaphragmatique peut appartenir au lobe supérieur; la situation postérieure de la lésion permettait de la rattacher au lobe inférieur.

Sa nature certaine fut plus difficile à affirmer. L'examen des crachats, plusieurs fois répété, fut toujours négatif. L'intradermo-réaction également. Ceci confirmait l'examen du sang qui chiffrait 1 % d'éosinophiles. Ainsi le laboratoire venait épauler le diagnostic clinique.

Une angine contraignit à différer l'intervention : entre temps, soit 8 jours après son exécution, l'intradermo-réaction devint positive. Comme j'étais mal convaincu, je décidai, sachant les risques de la ponction, d'en pratiquer une sous écran immédiatement avant d'opérer. Formol à portée de la main. Elle fut négative (ce qui mit une fois de plus la réaction en défaut).

Au cas contraire j'aurais, après résection de côtes, fermé la cavité pleurale par un surjet au point de boutonnière serré qui m'aurait permis d'en finir séance tenante.

J'ai donc opéré en plèvre libre. Il s'agissait bien d'un cancer, du volume d'une petite orange, situé à l'union des faces inférieure interne et antérieure du lobe inférieur. Autour de lui le poumon était atélectasié mais libre. Après section de quelques adhérences

(1) Je laisse intentionnellement de côté les cancers des grosses bronches qui relèvent de la bronchoscopie.

vélamenteuses, la scissure a laissé aborder le pédicule. La section du ligament triangulaire exécutée fort aisément j'eus la désagréable surprise de constater qu'un énorme ganglion tenant au pôle supérieur de la tumeur était uni intimement à l'aorte et au péricarde.

J'avais fait à ce malade une opération inutile. Il est permis de penser que *deux ans plus tôt il n'en eût pas été de même.*

Je crois que, lorsque la clinique et l'écran ne nous permettent pas une conclusion formelle, il faut sans hésiter recourir à la pleurotomie exploratrice. C'est une opération bénigne, surtout si on l'a fait précéder d'un pneumothorax entretenu. Elle peut être exécutée en quelques minutes, sans dégât pariétal, à l'aide de l'incision d'un espace intercostal rasant la côte sous-jacente et menée de la ligne axillaire antérieure à un point situé au delà de l'angle des côtes. A moins d'indication particulière fournie par la radiographie l'espace de choix est le 7e pour les tumeurs de la base ou de la partie moyenne. Les localisations apicales commandent une autre voie.

A sa partie postérieure, là où les vaisseaux ont quitté le contact osseux pour cheminer à travers l'espace, les côtes sus et sous-jacentes sont sectionnées à blanc de deux coups de pince de Liston. Un écarteur de Tuffier mis en place le jour est énorme et permet toutes les explorations. Si un pneumothorax n'a pas été établi précédemment, il est bon d'exécuter cette incision en deux temps, d'abord quelques centimètres avec ponction de la plèvre : le bistouri est rapidement mis de côté de façon à modérer l'entrée de l'air à l'aide de compresses et à établir le pneumothorax *très progressivement.*

Ensuite, de deux coups de ciseaux elle est complétée comme on complète une laparatomie faite à main levée. Elle est à peu près blanche, une ou deux artérioles perforantes sont oblitérées par un aide au bistouri électrique.

Il sera dès lors possible, si le poumon est libre, et il l'est au début, de l'explorer de la façon la plus minutieuse, lobe par lobe, face par face. Si l'organe tient à la paroi il sera, à cette époque, facilement libéré. Si le ligament triangulaire gêne l'examen, rien de plus facile que de le sectionner. Le lobe inférieur étant attiré au dehors à l'aide d'une compresse-éponge — il ne faut pas utiliser les pinces à cadre qui déchirent et traumatisent — on sectionne le ligament au ras de son insertion viscérale. Plus au large on risquerait de léser les veines bronchiques ou œsophagiennes et surtout le rameau du pneumogastrique qu'il contient. Aussi bien est-il simple de placer une pince et de jeter un fil sur lui.

L'inventaire terminé il sera loisible, soit d'enlever la lésion immédiatement en plèvre libre, soit de l'extérioriser pour en pratiquer l'exérèse dans un deuxième temps, soit, si le mal est au-dessus des ressources de la chirurgie, de refermer. Pour cela il suffit, après la toilette de la plèvre, de rapprocher les côtes sectionnées à l'aide d'un solide catgut chromé, et de reconstituer les muscles en deux plans, à points séparés.

Cette opération exploratrice nécessite une anesthésie générale. Je donne la préférence au protoxyde d'azote, anesthésie à hyperpression basse qu'il est facile d'augmenter à l'aide d'une résistance placée sur le circuit respiratoire.

Ainsi, grâce à un inventaire rapide, bénin, qui n'est ni sanglant, ni mutilant, pourra-t-on poser ferme un diagnostic au moment où la chirurgie est encore capable d'apporter un secours efficace au malade. Je suis certain que le jour où la pleurotomie exploratrice sera généralement admise, la chirurgie du poumon connaîtra des indications fréquentes et ménagera à ses adeptes des succès équivalents à ceux de la chirurgie abdominale qui, bien souvent, n'ont été acquis qu'après qu'une exploration fut venue suppléer aux insuffisances de la clinique et de la radiologie.

CONGRÈS

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES DE PARIS

La séance solennelle de la Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris aura lieu *lundi 1er mars* 1937 *à 14 heures précises,* 12, rue de Seine.

Sous la présidence de M. le prof. C. Jeannin, le docteur Cattier (Paris) exposera le sujet suivant : « L'Ovaire et le climat hélio-marin aux quatre phases de la puberté, de la maturité, de la fécondité et de la ménopause. »

A 16 heures, sous la présidence de M. le professeur Noël Fiessinger, on traitera de « la cholestérolémie ».

Rapports : prof. agrégé Guy Laroche et docteur Grigaut : « Nos connaissances actuelles sur la cholestérolémie et sa signification clinique ».

Docteurs Léon Tixier et Stanislas de Sèze, médecins des hôpitaux, et Marcel Eck : « Thérapeutique des états cholestérolémiques ».

Docteurs E. Binet (Vichy), R. Boucomont (Royat), A. Debidour (Mont Dore), J. Schneider (Vittel), J.-J. Sérane (Saint-Nectaire) : « Rapports sur la cholestérolémie en clinique hydrominérale ».

Les médecins étrangers à la Société désirant recevoir les rapports et prendre part aux discussions sont priés de s'adresser au docteur J.-J. Sérane, secrétaire général de la Société d'hydrologie, 40, rue Jasmin, Paris (16e).

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE PYRÉTOTHÉRAPIE

Le premier Congrès international de Pyrétothérapie se tiendra à Columbia University, à New-York, les 29, 30 et 31 mars prochain. Le déplacement coïncidera avec les vacances de Pâques des Facultés.

La liste des rapports et les noms des rapporteurs sont indiqués dans le tableau ci-après. C'est pour obtenir une cohésion plus grande entre les rapports que ceux-ci furent confiés presque exclusivement à des Français.

Après chacun de ces rapports, seront lues les communications françaises et européennes ayant trait à la question. Puis sera présenté le rapport américain et seront lues les communications américaines.

Enfin une discussion sera ouverte sur l'ensemble du sujet. Les publications seront ainsi complètes et comprendront les rapports, communications et discussions en français, anglais et allemand.

Les communications dont les auteurs ne participent pas au voyage, et qui seront reçues avant le 1er mars 1937, seront présentées à New-York par chaque rapporteur selon sa spécialisation.

Pour qu'un grand nombre de congressistes européens puissent faire le déplacement de New-York à l'occasion de ce

Congrès, les Wagons-Lits-Cook, en collaboration avec la Compagnie Générale Transatlantique, organisent un voyage forfaitaire.

Départ du Havre par le *Paris*, le 17 mars. — Arrivée à New-York le 24 (Hôtel Waldorf Astoria). — Le 25, visite de Philadelphie. — Les 26 et 27, Washington, excursions et réception par le Président Roosevelt. — Retour à New-York le 28. — Le 1er avril, départ par l'*Ile-de-France*, qui arrive au Havre le 7 avril. — Prix du voyage : environ 310 dollars, tout compris (classe touriste sur les paquebots).

La cotisation pour l'inscription au Congrès est de 5 dollars (100 francs).

La cotisation, pour les congressistes qui feront le déplacement de New-York et profiteront des avantages multiples inhérents est de 15 dollars (300 francs).

Les parents des congressistes qui doivent accompagner ceux-ci à New-York devront payer un droit d'inscription de 5 dollars (100 francs).

Les adhésions, ainsi que les communications et le montant des cotisations, doivent être adressés au plus tôt au Secrétariat général : docteurs André Halphen et J. Auclair, 222 *bis*, rue Marcadet, Paris (18e).

Premier Congrès International de Pyrétothérapie « Columbia University », New-York

29 mars 1937. — Adresse de bienvenue : docteurs Nicholas Murray BUTLER, président de « Columbia University ». Réponse de M. le professeur ABRAMI, représentant M. le ministre de la Santé publique et M. le ministre des Affaires étrangères de la République française.

Rapports et communications. — Pyrétothérapie : M. le professeur ABRAMI, professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris, président du Comité français du « 1er Congrès international de pyrétothérapie), et M. Lichtwitz ; Posologie de la fièvre : M. Ch. RICHET fils ; Physiologie : MM. BINET et GERNEZ ; Pathologie expérimentale : MM. LEVADITI et BESSEMANS.

30 mars 1937. — Psychiatrie : MM. CLAUDE et RUBENOVITCH ; Neurologie : MM. ALAJOUANINE et MAURIC ; Syphilis (syphilis primaire, B.W. irréductibles, peau) : MM. GOUGEROT et DUREL.

31 mars 1937. — Endocrinologie, Nutrition : M. LAYANI ; Cardiologie : M. LAUBRY ; Pédiatrie : M. BLECHMANN ; Chirurgie : M. LARDENNOIS ; Gynécologie : M. Jean DALSACE ; Associations thérapeutiques : M. J.-M. AUCLAIR ; Ophtalmologie : M. HAMBRESIN ; Oto-rhino-laryngologie : MM. LE MÉE, LAPINE ; Affections gonococciques : MM. JANET, M.-R. DREYFUS.

Ier Congrès international de l'Union thérapeutique (Berne, 19-22 mai 1937). Président : M. le professeur Buergi.

Programme provisoire

Mercredi 19 mai. — A 21 heures. Réception des congressistes au Kursaal du Schänzli.

Jeudi 20 mai. — A 9 heures précises : Séance solennelle. Ouverture du Congrès par le représentant du Gouvernement, M. le conseiller fédéral Etter. Allocutions du représentant du gouvernement bernois, de M. le recteur de l'Université de Berne, de M. le doyen de la Faculté de médecine, du président du Congrès M. le professeur Buergi.

Travaux : premier sujet principal :

Pathogénie et thérapie de l'artériosclérose. Rapporteurs . MM. von Bergmann, Berlin, et Laubry, Paris. — M. Leriche, Strasbourg : le traitement chirurgical des maladies vasculaires.

Communications. — M. Burger, Bonn : Die physiologischen Altersveranderungen der Aorta ; M. Ràab, Vienne : Ernährung und Gefässystem ; MM. Handovski et Goormaghtig, Gand : La vitamine D, glande thyroïde et artériosclérose. — Discussion générale.

20 heures : réception par le gouvernement bernois et par les autorités de la ville de Berne, au Casino.

Vendredi 21 mai et samedi 22 mai. — De 9 h. à 12 h. 30 et de 15 h. à 18 h,, séances de sections :

Section de chirurgie. Président : M. le professeur de Quervain, Berne). — Sujet principal : Anesthésie générale par des matières volatiles et non volatiles. Introduction par M. de Quervain.

Section de pharmacothérapie. Président : M. le professeur Loeper, Paris. — Sujet principal : M. Bickel, Genève : Les hormones en thérapeutique cardio-vasculaire.

Section de pharmacodynamie. Président : M. le professeur Tiffeneau, Paris. — Sujets principaux : M. Freund. Münster (sur invitation) : Organextrakte und vasculäres System. — M. Heubner, Berlin : Kumulation und Allobiose. — M. Pick, Vienne (sujet sera annoncé plus tard).

Section de balnéoclimatologie. Président · M. le professeur Fleisch, Lausanne. — Sujets principaux : M. Rollier, Leysin : Traitement hélio-climatique d'altitude de la tuberculose. — M. Lœwy, Davos : Höenklimawirkung und Pharmaka. — M. de Muralt, Berne : Höenklima und vegetative Funktionen.

Vendredi 21 mai. — A 21 heures : Banquet dans les salles du Bellevue-Palace.

Le dimanche 23 mai aura lieu une excursion par chemin de fer au Jungfraujoch, avec visite de la station scientifique du Jungfraujoch.

Cotisation pour les membres de l'Union thérapeutique, 20 francs ; pour les non-membres, 30 francs (suisses).

Pour les dames, un programme spécial est prévu pour les journées du Congrès. En outre, les dames seront toujours reçues au Club du Lycéum.

Les collègues qui veulent participer au Congrès sont priés de s'adresser à temps au Secrétariat général, afin qu'ils puissent recevoir le programme définitif complet, ainsi que les modifications qui pourraient être apportées à celui-ci.

Les collègues qui désirent faire des communications sont priés d'en communiquer le sujet, le plus tôt possible, au Secrétaire général.

Pendant le Congrès, aura lieu une exposition de produits pharmaceutiques et d'appareils médicaux.

Secrétariat général : docteur T. Gordonoff, Monbijoustrasse, 97, Berne.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 16 février. — Jury : MM. Brindeau, président ; Marion, Lenormant, Lantuéjoul. — M. GRANGER. Considérations sur cinquante pubiotomies pratiquées à la Maternité Saint-Louis. — Mlle DE CHAPPEDELAINE. Les calculs du rein invisibles à la radiographie.

Mercredi 17 février. — Jury : MM. Abrami, président ; Lemierre, Loeper, Cathala. — M. GOLDWERT. Deux cas d'anémie grave provoquée par la cryogénie. — M. TERRASSE. Staphylococcies malignes de la face. — M. LE BOUC. Etude de l'histamine dans l'intoxication chronique éthylique.

Jeudi 18 février. — Jury : MM. Carnot, président ; Claude, Gougerot, Tanon. — M. SINGER. Le point cervical supérieur droit dans les affections douloureuses hépato-biliaires. — M. ANGLADE. « Les revendicateurs ». Etude du délire des revendications. — M. FALKOWSKI. Etude de la tuberculose verruqueuse ano-fessière. — M. DAVID. Physiologie des poches aériennes dans leur rapport avec le vol des oiseaux. — M. FRENKEL. Les néphroses lipoïdiques médicamenteuses. — M. GHAVANI. De la médecine persane au cours des âges.


PRIMUM NON NOCERE
Aucune contrindication
NEVROSTHENINE

Vendredi 19 *février*. — Jury : MM. Baudouin, président ; Fiessinger, Grégoire, Coste. — M. MALAN. Etude des aménorrhées d'origine endocrinienne. — Mme ROCHE. Les accidents d'acidose au cours du traitement salicylé. — M. BROUILLAUD. La densité du sang chez les tuberculeux. Ses rapports avec la tension artérielle. — M. SOYER. Maladie post-opératoire et déshydratation.

REVUE DES THÈSES

TRAITEMENT DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX PERFORÉS ET RÉSULTATS IMMÉDIATS

par le docteur S. CALIBMAN (1)

Cette étude porte sur 163 observations d'ulcères gastro-duodénaux perforés, de 1907 à 1935, à la Clinique chirurgicale B, de Strasbourg, dirigée par M. le prof. Stolz. Ce travail constate la plus grande fréquence de perforations dans le sexe masculin, l'influence favorisante de la saison chaude, la tendance plus marquée à la perforation de l'ulcère juxta-pylorique, etc...

Au point de vue thérapeutique, l'auteur indique la technique employée par MM. les prof. Stolz et Weiss ; suture simple de la perforation, suture jointe à une gastro-entérostomie, enfin gastro-pylorectomie d'emblée, mais, d'après M. Calibman, depuis 1933 la technique exclusivement chirurgicale de la clinique a été profondément modifiée, car tous les ulcéreux qui entrent sont traités systématiquement par les injections d'histidine (laristine).

Cette ligne de conduite a été adoptée en raison des recherches expérimentales qui ont été poursuivies dans le laboratoire de la clinique chirurgicale B par les prof. Weiss et Aron, recherches qui ont été confirmées par de multiples travaux parus tant en France qu'à l'étranger.

Cette méthode (injections de laristine) est mise en œuvre non seulement pour le traitement de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale en évolution, mais encore, à titre prophylactique, chez tous les malades qui ont subi une intervention pour ulcère : les résultats que cette thérapeutique a donnés pour l'ulcère simple l'ont fait appliquer également aux cas d'ulcères gastro-duodénaux perforés, pour prévenir, après l'intervention, le retour offensif des poussées ulcéreuses. Dans l'état actuel de la question, les résultats obtenus sont des plus encourageants et cette méthode doit être de plus en plus préconisée.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

ZONA OPHTALMIQUE

Le zona ophtalmique affecte le territoire nerveux de la branche ophtalmique du trijumeau.

Il présente un double intérêt :

— L'un commun à tous les zonas, qui consiste dans la discussion de la nature de l'affection.

— L'autre, pratique et spécial au zona ophtalmique, la reconnaissance, la prévention et le traitement des complications oculaires.

SYMPTOMES

L'affection évolue en deux phases :

Une phase douloureuse ;

Une phase d'éruption.

1. *La phase douloureuse* est caractérisée par l'existence de *douleurs unilatérales frontales et périorbitaires*, puis pénibles lancinantes, à type névralgique donnant lieu à des élancements très pénibles.

(1) *Thèse de Strasbourg*, 1936.

A ces douleurs se surajoutent des *signes infectieux* habituellement discrets : quelques frissons, un peu de fièvre et de courbature.

2. La *phase d'éruption* survient vingt-quatre heures plus tard.

L'éruption apparaît brusquement.

Il s'agit d'abord d'un *placard érythémateux*, puis la zone érythémateuse se recouvre très vite de *vésicules* contenant un liquide d'abord citrin, puis qui se trouble.

Ces vésicules se groupent en bouquets tantôt isolés, tantôt confluents. On en trouve parfois quelques-unes qui sont aberrantes.

Ce qui caractérise essentiellement ces placards érythématovésiculeux, c'est leur siège qui correspond au territoire cutané de la branche ophtalmique de Willis et leur unilatéralité.

I. Tout le territoire du nerf peut être atteint, c'est-à-dire :

— La paupière supérieure qui est gonflée et cache le globe oculaire.

— La région frontale interne sur laquelle se disposent des séries de vésicules verticales disposées en éventail.

— Le tiers antérieur du cuir chevelu.

— La racine du nez.

II. — D'autres fois, une seule branche est atteinte ;

La branche frontale, d'où large territoire triangulaire à base supérieure.

La branche nasale, d'où atteinte du tiers interne de la paupière supérieure et de l'aile du nez.

La branche lacrymale, d'où atteinte du tiers externe de la paupière supérieure.

III. — En tout cas, *l'atteinte n'est habituellement pas localisée à la peau ;* elle atteint aussi les muqueuses :

— La muqueuse pituitaire, d'où coryza mucopurulent.

— La conjonctive qui est souvent rouge et larmoie.

— Elle s'accompagne habituellement de *troubles sensitifs*.

— Douleurs frontales et périorbitaires, habituellement d'autant plus violentes que les sujets sont plus âgés.

— Anesthésie superficielle dans le territoire cutané de l'éruption.

— Quant à l'anesthésie cornéenne, elle devra toujours être recherchée, car elle devra toujours faire réserver la possibilité de complications oculaires sérieuses, c'est le signe d'alarme de la kératite.

— Elle s'accompagne *d'adénopathie préauriculaire* et sous-angulomaxillaire, sous forme d'un ou deux ganglions douloureux mais bien mobiles, bien limités, sans périadénite.

— Si un examen de sang était pratiqué, il montrerait une hyperleucocytose légère.

— Et la ponction lombaire montrerait l'existence d'une réaction méningée avec lymphocytose importante ; albuminose modérément augmentée.

L'*évolution* de l'affection est absolument cyclique :

— Les signes généraux sont atténués et cèdent les premiers.

— L'éruption se modifie, les éléments évoluent vers la dessiccation et laissent de petites cicatrices blanchâtres indélébiles, souvent fort peu visibles et une anesthésie persistante parfois.

Il peut y avoir chute temporaire des cheveux et des sourcils.

— L'affection serait donc particulièrement bénigne, s'il n'y avait pas de complications oculaires et de séquelles douloureuses persistantes.

(*A suivre.*) J. FERROIR.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.



N° 15. — SAMEDI 20 FEVRIER 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Répartition dans les services hospitaliers de MM. les internes et externes en médecine pour l'année* 1937-1938. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la Salle des concours de l'Administration, rue des Saint-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1937-1938, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 15 avril 1937 : internes entrant effectivement en 4e et en 3e année, le mercredi 17 mars 1937, à 15 heures ; internes entrant effectivement en 2e année, le jeudi 18 mars 1937, à 15 heures ; internes entrant effectivement en 1re année, le vendredi 19 mars 1937, à 15 heures ;

MM. les élèves externes en premier (pour entrer en fonctions le 15 avril 1937), le samedi 20 mars 1937, à 15 heures ;

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 1er mai 1937) : ceux de 6e années (externes ayant concouru en 1931), le lundi 19 avril 1937, à 15 heures ; ceux de 5e année (externes ayant concouru en 1932), le mardi 20 avril 1937, à 15 heures ; ceux de 4e année (externes ayant concouru en 1933), le mercredi 21 avril 1937, à 15 heures ; ceux de 3e année (externes ayant concouru en 1934), le jeudi 22 avril 1937, à 15 heures ; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1935), le samedi 24 avril 1937, à 15 heures ; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1936), du n° 1 au n° 200 (rang de classement au concours), le lundi 26 avril 1937, à 15 heures ; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1936), du n° 201 à la fin (rang de classement au concours), le mardi 27 avril 1937, à 15 heures.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

— *Concours de l'internat* (oral). Séance du 17 février.

Notes attribuées : MM. Aurenche, 19 ; Coville, 20 ; Mlle Stahland, 17 ; M. Belletoille, 20 ; Mlle Giret, 20,5 ; MM. Darricau, 17 ; Boudon, 20,5 ; Mlle Corre, 21 ; M. Cahen, 20.

Questions données : Symptômes et diagnostic de la néphrite mercurielle. — Complications des fractures de côtes.

— *Concours pour la nomination à dix-huit places de médecin de l'Assistance médicale à domicile.* — Ce concours sera ouvert le mercredi 19 mai 1937, à 9 h. 30. (Les candidats seront informés par lettre du lieu de la première épreuve.)

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de santé), de 15 à 17 heures, du mardi 20 avril au lundi 3 mai 1937 inclusivement.

Hôpital Paul Brousse. — Un concours est ouvert en vue de la nomination d'un chef de laboratoire de radiologie à l'hospice Paul Brousse, à Villejuif.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 mars 1937 inclusivement, de 10 à 12 heures et de 15 à 17 heures, à la Préfecture de la Seine (Direction des Affaires départementales, 3e bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, porte 227), dimanches et fêtes exceptés.

Les candidats absents de Paris ou empêchés devront adresser leur demande et les pièces jointes par lettre recommandée, de manière qu'elles parviennent au plus tard à la date ci-dessus indiquée.

Pourront seuls prendre part au concours, les docteurs en médecine de l'un ou l'autre sexe d'une Faculté française ou naturalisés Français et remplissant les conditions énoncées par les arrêtés des 12 février 1935 et 30 septembre 1936 et domiciliés dans le département de la Seine. Les candidats devront produire les pièces suivantes :

1° Demande sur papier timbré ;

2° Diplôme de docteur en médecine et, s'il y a lieu, diplômes universitaires ou copies de ces diplômes certifiées conformes ou certificats en tenant lieu ;

3° Certificats constatant les situations occupées antérieurement ;

4° Liste de leurs titres et travaux médicaux et scientifiques, accompagnés de toutes justifications utiles ;

5° Expédition de l'acte de naissance ;

6° Le cas échéant, tous documents précisant la date du décret de naturalisation et justifiant de leur situation militaire.

Epreuves : Examen de titres. Epreuve écrite de deux heures sur un sujet de radiologie. Epreuves pratiques.

L'indemnité annuelle est fixée à 8.500 francs.

Hôpital-hospice de Dieppe. Deux postes d'interne à l'hôpital de Dieppe vont être incessamment vacants. Pour tous renseignements, s'adresser au directeur de l'hôpital-hospice.

Hôpital de Philippeville. — Un concours sur épreuves s'ouvrira à Alger, le 31 mai 1937, pour le recrutement d'un chef de service du laboratoire d'analyses médicales à l'hôpital de Philippeville.

Liste d'inscription close le 5 avril 1937. S'inscrire à la direction de la Santé publique, G. G. de l'Algérie.

Faculté de médecine d'Alger. — M. Giberton, professeur sans chaire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé, à compter du 1er avril 1937, professeur de chimie biologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger (dernier titulaire de la chaire : M. Maillard).

Ecole de médecine de Rouen. — M. le professeur Louis Née est nommé directeur de l'Ecole, en remplacement de M. le professeur Halipré, retraité ; M. G. Potez, suppléant des chaires de clinique et pathologie médicales, est nommé professeur titulaire en remplacement de M. Halipré, retraité. M. Lauret est chargé du cours de clinique obstétricale, en remplacement de M. Martin, retraité.

Ecole de médecine de Tours. — M. M.-P. Boisrami est institué professeur suppléant de la chaire de physiologie.

Médailles de l'Assistance publique. — *Médaille d'or :* MM. Feuillette (à Saint-Quentin), Delahousse (à Roubaix), Defroy (à Flers-Lille), Cornu (à Bassens), G. Bidou (à Neuilly).

Médaille d'argent : MM. Danjean (à Aix), Renault (à Cherbourg), Thibaud (à Saint-Nazaire), Julliand (à Chambéry), Colas-Peletier, Némorin, Mayoux et Auguste Pettit (à Paris), Jarrin (à Rosny-sous-Bois), Kaminer (à La Garenne-Bezons). Mutel (à Garches), Grosjean (à Gérardmer), Lafon (à Milly).

Médaille de bronze : MM. Reboul (à Grasse), Arnaud (à Roquevaire), Armand (à Saintes), Gouin (à Brest), Hardouin (à Quimper), Le Couteur (à Brest), Dupérié (à Bordeaux), Saucet (à Equeurdreville), Eissen et Spitz (à Stephansfeld), Kien (à Strasbourg), Barral (à Sainte-Foy-les-Lyon), Castets et Chouquet (à Paris), Larigaudry (à Montreuil), Le Mière (à Paris), Dubois (au Havre), Le Faucheur (à Béja).

Ministère de la Santé publique. — Le *Journal officiel* du 17 février 1937 publie une circulaire relative aux conditions de vente des aliments irradiés.

Ministère des Colonies. — *La clientèle payante pour les médecins fonctionnaires.* Le *Journal officiel* du 11 février 1937 a publié (p. 1.830) un décret ainsi conçu :

« Les médecins militaires et civils appartenant à des cadres régis par décret, en service en Afrique occidentale française, reçoivent, lorsqu'ils sont appelés à donner leurs soins en cession pour le compte de l'administration, à une clientèle payante, conformément aux règlements en vigueur, les allocations prévues en pareil cas pour les médecins fonctionnaires des cadres locaux. »

Association générale des médecins de France. — Le docteur CHRISTEN, de Versailles, chevalier de la Légion d'honneur, décédé le 30 novembre 1936, a légué une somme de 25.000 francs en faveur des confrères âgés et des veuves et orphelins secourus par l'Association. Ceux-ci ne manqueront pas d'apprécier la délicatesse de ce geste d'un généreux et regretté confrère qui a bien voulu se souvenir du rôle d'assistance de l'Association générale des médecins de France.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — M. SOULIÉ, médecin des hôpitaux, fera le dimanche 14 mars 1937, à 10 heures très précises, au petit amphithéâtre de la Faculté, une conférence sur : *Cœur et corps thyroïde.*

Association des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris. — Nous rappelons que les médecins désirant se faire remplacer par un interne des hôpitaux de Paris (médecine, chirurgie et toutes spécialités), doivent adresser leur demande au secrétariat de l'Association, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris (6e). Tél. : Danton 09-60.

COURS ET CONFÉRENCES

Une conférence du professeur Castellani. — Sous les auspices de M. le Ministre de la Santé publique, M. le professeur Aldo CASTELLANI, le maître italien de la pathologie tropicale, fera *à la Sorbonne*, amphithéâtre Richelieu, le samedi 20 février, à 20 h. 45, une conférence sur *l'organisation technique de la protection de la santé de l'Armée, de la Marine et de la population civile en Ethiopie.*

Nécrologie. — Nous apprenons la mort du docteur Léon Fargier, médecin-chef de l'asile Sainte-Marie à Privas ; du docteur Léon Mac-Auliffe, ancien directeur adjoint de l'Ecole pratique des hautes études (à Paris) ; du docteur A. Héraud (à Paris) ; du docteur Paul Muller (à Paris) ; du docteur Lucien Chancerel, conservateur des forêts, docteur en droit, en médecine et en sciences ; du docteur Edmond Rousseau (à Paris).

— Nous apprenons la mort du professeur Frank Smithies (de Chicago), directeur de l'*American Journal of Digestive Diseases and Nutrition.* Le professeur Smithies était de ceux qui cherchaient à faire connaître en Amérique les travaux français. Il avait fondé aux Etats-Unis une filiale de l'A.D. R.M.

— On annonce la mort du docteur André Lefèvre, à Périers (Manche).

REVUE GENERALE

Le SYNDROME de SCHÜLLER-CHRISTIAN

(DYSOSTOSE HYPOPHYSAIRE)

Par M. R. LEVENT (1)

Evolution du syndrome de Schüller-Christian. — Comme nous l'avons dit, le début se fait en général à un âge précoce, le plus souvent entre 2 ans et 4 ans 1/2. C'est un symptôme unique qui apparaît d'habitude ; le diabète insipide est le plus fréquent ; lésions osseuses et déformation crânienne ne viennent qu'ensuite. Plus rarement, le début est marqué par l'exophtalmie plus ou moins vite suivie de lésions crâniennes. D'autres fois enfin c'est une association hydrocéphalie-lésions crâniennes, parfois de la gingivite ou une simple boiterie. La polymorphie du début est donc extrême. Le tableau clinique se complète peu à peu mais les conditions d'observation n'ont guère permis encore de reconnaître un ordre d'apparition. Le temps que met la symptomatologie à se compléter semble des plus variables, de quelques semaines à un an. Il en est de même pour l'extension des lésions.

Très variable aussi est la durée de la maladie, 4 mois à 20 ans selon les cas.

Elle peut se terminer par guérison complète avec ou sans reliquats définitifs ou s'aggraver progressivement et aboutir à la mort.

Lorsque la guérison survient, on voit les lacunes diminuer et se combler en même temps que les rayons montrent les progrès de la recalcification ; les dents ébranlées se consolident, le diabète insipide disparaît. Cependant, même dans les cas les plus favorables, il subsiste quelques vestiges, en particulier l'exophtalmie qui semble persister lorsque tous autres symptômes sont effacés. Parallèlement l'état général s'améliore et la croissance reprend, la puberté s'établit. Quelle que puisse être l'action du traitement la spontanéité de la guérison dans certains cas n'est pas douteuse. 3 observations sont probantes à cet égard (Bianchi, Cignolini, Lyon et Marum).

Dans certains cas on a pu constater qu'après un laps de temps suffisant le malade était redevenu en tous points normal.

L'âge du sujet semble dans une certaine mesure favoriser la guérison spontanée puisque tous les cas observés concernent des sujets chez qui la maladie a commencé d'évoluer avant l'âge de 5 ans.

D'autres fois, la guérison a pu se produire du fait du traitement. La dysostose hypophysaire est cependant une affection grave puisque parmi les observations assez longtemps suivies, le nombre des décès est égal à celui des guérisons spontanées ou non. La mort survient alors par la progressive aggravation qui conduit à la cachexie à type hypophysaire ; il s'y associe quelquefois des lésions pulmonaires ou hépatiques de même nature que les lésions osseuses (xanthomes) ou des complications infectieuses : bronchopneumonie, endocardite infectieuse.

Les accidents terminaux évoluent plus ou moins vite, quelques jours ou quelques semaines et peuvent apparaître soudainement après une période d'amélioration : céphalée, agitation, élévation thermique, anémie, anasarque.

Complications. — Elles sont peu nombreuses. Il s'agit avant tout de *fractures spontanées* qu'expliquent assez les lésions des os longs décelées par les rayons : fractures du fémur, en particulier, susceptibles, malgré l'atteinte squelettique, de guérir normalement dans les délais habituels.

A noter aussi l'apparition de tumeurs xanthomateuses au niveau des viscères (foie, rate, poumon) qui se traduisent par des symptômes en rapport avec leur localisation.

Formes cliniques. — On peut, par la discrimination des cas actuellement connus, individualiser des formes évolutives et des formes symptomatiques. Parmi les *formes évolutives* on peut distinguer des formes *aiguës* à marche rapide s'évaluant en semaines, fortement progressives mais qui ne sont cependant pas forcément mortelles, et des *formes chroniques* de très longue durée parfois (10 ans dans le cas d'Alberti) dont la lenteur d'évolution n'implique pas, bien au contraire, la bénignité. Il est des *formes régressives* évoluant spontanément vers la guérison (cas de Bianchi), des *formes progressives.*

Les formes symptomatiques sont surtout à l'heure actuelle des formes *atypiques* par absence de certains symptômes. On doit, en ce qui les concerne, tenir compte dans une large mesure du décalage dans le temps de certains symptômes par rapport aux autres et aussi du fait qu'il a été jusqu'ici exceptionnel que les malades puissent être suivis pendant toute leur maladie alors que certains symptômes comme le retard de croissance peuvent n'être perceptibles qu'après un temps prolongé.

Formes sans lacunes crâniennes. — Une observation de Vampré empêche seule d'en nier l'existence ; peut-être cependant s'agit-il seulement d'un diagnostic porté après une évolution déjà longue et alors que des lésions crâniennes ont déjà guéri spontanément. Dans la pratique on peut cependant jusqu'à preuve du contraire non encore fournie faire toutes réserves sur l'existence d'une telle forme clinique.

Formes sans exophtalmie, où les lésions lacunaires ont respecté les voûtes orbitaires. 2 observations seulement paraissent incontestables où l'exophtalmie manquait après 10 ans et 15 ans d'évolution (Pende, Barco, Cignolini et Sossman).

Formes sans diabète insipide, pour la même raison seuls un cas de Hand et un cas de Schüller sont probants à cet égard. Gerstel de son côté mentionne l'absence de signes hypophysaires.

Formes monosymptomatiques : lacunes crâniennes seules. Cette forme n'est jusqu'ici représentée que par un cas de Sossman ; encore est-il discutable en raison du stade tardif auquel le malade a été examiné.

D'autres cas ne sont qu'apparemment monosymptomatiques et posent en réalité le problème des rapports de la dysostose de Schüller-Christian avec d'au-

(1) Fin. — Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 13, du 13 février 1937.

tres affections xanthomateuses. On doit plutôt les considérer comme des formes associées ou des formes de transition.

Anatomie pathologique. — Les autopsies quoique peu nombreuses encore ont cependant permis des constatations importantes. Les recherches histologiques plus rares encore que les descriptions macroscopiques sont d'un intérêt peut-être encore supérieur.

Nous passerons brièvement sur les *lésions viscérales ;* elles sont inconstantes, et dans bien des cas évidemment contingentes. Elles peuvent être le fait d'une complication (bronchopneumonie) ; d'autres fois, elles sont banales (congestion passive du foie, de la rate ; scléro-fibrose pulmonaire). Quelquefois pourtant elles ont un caractère plus étroitement spécifique : *nodules jaunâtres juxtaviscéraux* (hile hépatique, hile rénal) dont certains auteurs ne donnent aucune description histologique mais que d'autres observateurs ont reconnues de nature xanthomateuse, analogue à celle des lésions squelettiques dont nous allons parler, plus ou moins associées à des lésions fibreuses. Récemment (1934) Gerstel a noté des lésions analogues dans l'intestin, les surrénales, le cœur, en particulier au niveau des valvules. Si intéressantes qu'elles soient au point de vue théorique, ces lésions, de faible étendue, semblent avoir peu d'importance clinique.

Lésions du squelette. — L'examen anatomique confirme les résultats de l'examen clinique et radiologique et n'y ajoute que des détails.

Au niveau de la voûte, on trouve les lacunes déjà décrites à leurs divers degrés : cupules, érosions tabulaires ou intertabulaires, perforations arrondies polycycliques et confluentes avec les épines et les îlots dont nous avons déjà parlé. Il ne reste au lieu d'os qu'une membrane mince limitant les surfaces de la lacune, facilement sectionnée par le bistouri et qui peut arriver à remplacer l'os sur la plus grande partie du crâne ; ainsi se trouvent réalisés le crâne géographique ou le crâne en gelée plus ou moins asymétrique des cliniciens. Sur le bord des lacunes l'os présente un aspect de pierre ponce. Au fond des lacunes un bossellement de masses jaunes ou brun d'amadou de consistance diversement appréciée ; matière sébacée, mastic, caoutchouc. Autour des lacunes, en certains points mais non partout, des zones éburnées ou marmoréennes.

A noter que Gerstel signale dans la peau du crâne au voisinage des lésions osseuses, des masses blanc jaunâtre non adhérentes et à consistance de purée analogues à celles qu'on trouve au niveau de la dure-mère.

Au niveau de la base Thompson décrit des lacunes analogues dans les fosses cérébrales antérieure et moyenne ; Rowland y reconnaît des formations granulomateuses. D'une manière générale la décalcification y est étendue bien que respectant en général le rocher et la mastoïde. L'oreille moyenne a été vue lésée par Herzenberg. Souvent invasion du sinus sphénoïdal, des cellules ethmoïdales. L'écaille de l'occipital peut être atteinte tandis que la portion basale de l'os est en général indemne.

Parfois respectée, la *selle turcique* est plus souvent atteinte (4 fois sur 7, Moreau). Son plancher est aminci, la niche hypophysaire est rongée, d'une couleur jaune brun ou rougeâtre due au granulome. De même les apophyses clinoïdes. Les masses granulomateuses peuvent prendre un développement néoplasique et entourer l'hypophyse (Herzenberg). Ces lésions se continuent plus ou moins avec celles des sinus sphénoïdaux et des cellules ethmoïdales.

Dans le reste du squelette, les os cliniquement sains se révèlent souvent lésés à l'autopsie. Herzenberg a vu la moelle osseuse du sternum et des côtes d'une teinte rougeâtre ; de même dans les vertèbres, où elle est parsemée de nodules jaunes grisâtres plus ou moins nettement limités ; de même sous le périoste vertébral masses granulomateuses se propageant parfois dans les parties molles avoisinantes. Mais la moelle épinière et ses méninges sont toujours respectées.

Un fémur sain extérieurement a une moelle épiphysaire d'aspect bigarré.

Des lésions analogues sont signalées par Gerstel au niveau des trous de conjugaison, dans le sacrum, le bassin et même dans la voûte palatine et les petits os du carpe et du tarse, cliniquement indemnes.

Dans l'ensemble on trouve donc des foyers irrégulièrement distribués dans tout le squelette avec prédilection pour la métaphyse des os longs et pour les os plats à distance des bords qui sont habituellement respectés.

Les *lésions des centres nerveux* sont d'une manière générale localisées, en certains points d'une discrétion qui les rend propres à passer inaperçues. Elles sont de plus presque partout extérieures au tissu noble qu'elles ne pénètrent que peu ou pas, donc plutôt engainantes et compressives, sauf en une région particulière hypothalamique-tubérienne-hypophysaire. Partout ailleurs elles sont presque exclusivement méningées et prédominent nettement à la base.

La dure-mère est atteinte à sa face juxta-crânienne et à sa face juxta-encéphalique à la fois. Sur la première des lésions aboutissent aux destructions osseuses que nous avons décrites. A la face juxta-cérébrale elle forme des taches, des placards, auxquels sont comparables ceux que nous avons décrits dans la peau ; ils peuvent ici atteindre plusieurs millimètres d'épaisseur avec une structure lamelliforme ; d'autres fois ce sont des nodules plus circonscrits et plus épais, qui ont pu, exceptionnellement, égaler la masse d'un œuf de pigeon. Leur couleur va du jaune au brun amadou.

Elles peuvent à la base envahir l'étage antérieur et l'étage moyen se moulant plus ou moins sur les divers organes de la région qui peuvent être comprimés et déformés. Chiari a rencontré de telles lésions au niveau du cervelet.

Elles peuvent pénétrer très superficiellement dans le système nerveux en suivant les replis méningés et les vaisseaux qui pénètrent dans les centres.

Mais c'est surtout au niveau de l'hypophyse, de la tige et du tuber cinereum que l'on trouve des lésions importantes, engainantes et compressives le plus souvent mais moins rarement qu'ailleurs envahissantes (Observations de Veit, de Griffith). L'examen histo-

logique montre qu'il n'y a pas là simple apparence ; mais il y a plus souvent destruction qu'invasion.

Lésions histologiques. — Nous ne nous étendrons pas sur leur étude ; on commence seulement à les bien connaître, les examens microscopiques un peu détaillés étant moins nombreux encore que les autopsies.

Dans toutes les lésions il est un élément caractéristique, surtout net à la période d'état des lésions, *la cellule xanthomateuse ou cellule spumeuse.* En comparant les diverses descriptions on peut la considérer comme un élément fusiforme, polyédrique ou arrondi volumineux (25 à 30 mm. de diamètre), tantôt libre, plus souvent inclus dans le tissu conjonctif où il est tantôt isolé, tantôt groupé en îlots ou même se présentant en syncytions. Le noyau, habituellement périphérique, est donc selon le cas unique ou multiple. Le protoplasme de structure alvéolaire a un aspect spécial, spumeux, qu'on retrouve dans d'autres affections, maladie de Gaucher, maladie de Niemann-Pick dont les affinités avec la maladie de Schüller-Christian semblent à bien des auteurs de plus en plus vraisemblables. Il est dû à l'existence d'une surcharge lipoïdique (cholestérine et graisses neutres) que permettent de reconnaître la réaction à la lumière polarisée et les affinités pour certains colorants. Suivant les points ces cellules s'associent à des éléments leucocytaires probablement inflammatoires ou à du tissu fibreux plus ou moins évolué. Bien des auteurs considèrent que les premiers précèdent le stade xanthomateux et que l'autre lui succède comme cicatrice d'ailleurs non indélébile. La rapidité d'évolution varie suivant les régions et au sein d'un même foyer lésionnel.

Telles sont les lésions qu'on trouve diversement groupées, principalement au crâne mais aussi dans les divers points lésés du squelette, formant le granulome caractéristique. On les trouve aussi dans la dure-mère et la portion atteinte du système nerveux, dans les articulations et dans certains muscles au voisinage du squelette, dans certaines lésions viscérales.

Les lésions de l'appareil hypophysaire, diversement décrites par les auteurs, ont des caractères analogues mais elles varient en étendue, distribution, en rapports avec les éléments constituant normalement la glande, la tige, le tuber cinereum. Il semble de plus que dans cet organe elles prennent parfois un caractère envahissant quasinéoplasique, origine de formes mixtes, transition vers des xanthomatoses malignes. Elles ont une prédilection certaine pour le voisinage des vaisseaux de provenance méningée.

Diagnostic. — Le diagnostic positif du syndrome de Schüller-Christian est en général aisé du fait de l'aspect clinique et radiologique des lésions crânio-faciales et de la présence des signes constituant la tétrade, diabète insipide principalement. Il faut cependant compter avec les formes frustes ou avec les examens pratiqués avant que la symptomatologie soit complète. Ce sont alors surtout des modifications squelettiques qu'il s'agit de classer et l'examen radiologique est le principal élément d'orientation.

On pourra dans ce cas être exposé à confusion avec diverses tumeurs crâniennes bénignes ou malignes.

Parmi les tumeurs bénignes, les kystes sébacés du cuir chevelu ont pu parfois provoquer des confusions lorsque les lacunes osseuses sont masquées cliniquement par un contenu xanthomateux abondant et formant saillie sous le cuir chevelu. Si les autres signes cardinaux de dysostose sont absents c'est la radiographie qui résoudra le problème en montrant les perforations toujours absentes dans les kystes sébacés.

La première enfance voit aussi se produire des kystes dermoïdes du crâne ; mais ils sont le plus souvent médians, sans prédilection pour la région antérieure du crâne qu'ils ne perforent pas : ils peuvent il est vrai être perforants lorsqu'ils siègent en arrière et la radio, dans ce cas, ne fournit aucun argument valable. Ces kystes sont d'ailleurs rares et ne s'accompagnent d'aucun des autres signes de la tétrade que nous avons décrite.

Plus important est le diagnostic avec diverses tumeurs malignes du crâne, primitives ou non.

Le chlorome est lui aussi une affection de l'enfance et des sujets jeunes, diffuse mais avec une prédilection pour le crâne où il cause des perforations très analogues radiologiquement à celles du Schüller-Christian ; il peut aussi causer de l'exophtalmie. La coloration du tissu néoplasique est habituellement masquée cliniquement par les téguments et les métastases bien que nombreuses sont souvent peu apparentes cliniquement. La biopsie permetra le diagnostic mais surtout l'absence de diabète insipide et la marche rapidement progressive avec perte de forces et modifications sanguines.

Les modifications craniennes *du myélome* sont cliniquement et radiologiquement analogues à celles du Schüller-Christian. Mais le myélome survient chez l'adulte ou dans la vieillesse ; les urines contiennent de l'albumose de Bence-Jones ; il existe des douleurs ; la radiographie montre des foyers lacunaires multiples, séparés, circulaires et habituellement de petites dimensions, la cachexie est rapide. La tétrade de Schüller-Christian fait défaut.

On peut chez de jeunes sujets voir des perforations crâniennes dues à un sarcome de la dure-mère, mais la tumeur est en général unique et se développe rapidement ; elle s'ulcère vite et évolue sans les autres signes de la dysostose. La mort survient en 1 à 2 ans.

Les métastases crâniennes de tumeurs malignes sont rares chez l'enfant, rarement isolées et s'accompagnent des signes d'autres localisations néoplasiques.

Chez le nourrisson ou le jeune enfant existe un neuroblastome sympathique, d'origine surrénale ; il s'accompagne de signes d'autres localisations parmi lesquels l'augmentation de volume du foie est le plus habituel, d'adénopathies. Son évolution est extrêmement rapide avec cachexie précoce.

Il faut toujours chez l'enfant songer aux *ostéites syphiliques ou tuberculeuses du crâne.*

L'ostéite syphilitique n'est pas exceptionnelle chez le jeune enfant et sa forme gommeuse est la plus propre à créer des confusions mais elle comporte des réactions périostées de voisinage dont l'importance diagnostique est capitale ; de même l'aspect radiologique habituellement très différent. La recherche des stigmates d'hérédo-syphilis et l'association d'autres lésions de même nature ont une valeur d'autant plus grande qu'on n'a jusqu'ici jamais relevé la syphilis dans les antécédents des dysostosiques.

L'aspect radiologique des *ostéites tuberculeuses* et l'absence de lésions réactionnelles de voisinage peuvent favoriser l'erreur diagnostique ; mais on n'observera dans ce cas ni exophtalmie, ni diabète insipide et la ponction exploratrice, l'inoculation et les résultats de la culture sur milieu approprié lèveront tous les doutes.

L'aspect radiologique ouaté du crâne dans la *maladie de Paget* est assez particulier en général pour parer à toute erreur. Il est pourtant des cas où des analogies d'apparence peuvent être assez grandes pour tromper (évolution encore au début du Schüller-Christian, forme hypoostéosique porotique du Paget) ; mais cette affection ne survient qu'à un âge avancé ; la présence d'autres lésions squelettiques, le contour radiologique moins arrondi, moins géographique, le contraste peu marqué avec les régions saines, l'épaississement crânien évident même dans des régions lésées sont des signes distinctifs importants.

L'ostéite fibreuse kystique de la maladie de Recklinghausen enfin, même dans sa forme crânienne et faciale, est très différente. Elle s'accompagne d'une prolifération périostée intense. Mais même lorsqu'il s'agit d'une forme kystique localisée au crâne chez un jeune sujet, l'attention sera éveillée par un épaississement osseux étendu coexistant avec les kystes plus clairs, les altérations des os longs au moins aussi importants que les lésions crâniennes et siégeant en d'autres points que ceux qu'atteint le processus dysostosique. Le diabète insipide ne s'y associe que de façon très exceptionnelle.

L'ostéomalacie donna une image radiologique entièrement différente ; les membres participent au processus, le ramollissement osseux avec les déformations squelettiques qui en résultent ne laissent guère de place à l'erreur.

Le diagnostic avec la maladie de Lobstein, en dépit des modifications crâniennes qui peuvent en résulter est habituellement aisé du fait de la fréquence des fractures spontanées, de la coloration des sclérotiques et des autres symptômes.

Le craniotabes rachitique, de consistance différente, s'accompagne d'autres signes cliniques, radiologiques et humoraux, l'exophtalmie y est peu importante.

L'encéphalocèle occulte n'a pas d'autres symptômes que les lésions crâniennes, localisées et peu étendues; de même dans la dystrophie musculaire où l'aspect radiologique est tout différent.

Traitement. — On connaît un cas de guérison spontanée certaine aussi obscure dans son mécanisme que l'est demeurée la pathogénie elle-même de l'affection en dépit des nombreuses théories proposées. Du fait de la réalité de cette guérison spontanée, il est donc difficile dans une affection peu fréquente d'avoir en matière d'activité thérapeutique beaucoup plus que des conclusions négatives. La maladie de Schüller-Christian est lentement progressive et son pronostic demeure d'une haute gravité.

Le bilan comparatif des essais tentés et des résultats observés est donc peu réconfortant mais la critique de ces essais permet cependant en l'état de nos connaissances l'élimination de certaines méthodes et l'établissement d'une ligne de conduite active préférable à la simple abstention.

Les traitements illusoires. — Ce sont en premier lieu les traitements médicamenteux. Ils se sont proposé la recalcification et le lactate de calcium a été le médicament le plus employé ; autant d'essais, autant d'échecs. Analogue par le but poursuivi mais plus savamment pathogénique l'administration d'huile de foie de morue, véhicule de vitamine D. Autant d'espoirs déçus qu'avec le lactate de calcium. Le gluconate de Ca employé plus récemment par Rathery et Bargeton communément avec la vitamine D et l'hypophyse postérieure a donné une amélioration uniquement fonctionnelle sans modification humorale ; il est par ailleurs trop récent pour permettre aucune conclusion.

Illusoire aussi la chirurgie lorsqu'il s'agit seulement de curettages ou d'exérèse de xanthomes crâniens ; illusoire encore l'emploi des rayons ultra-violets pour lesquels on attend encore le premier indice d'efficacité ; de même le radium (Mettel).

Illusoire et même paradoxale l'administration d'hormones parathyroïdiennes de Collip qui ne peuvent avoir pour effet que la décalcification.

Traitements accessoires. — Le médecin dispose d'autres méthodes : les uns visent certains symptômes ou certaines complications ; les autres qui n'ont pas suffi jusqu'ici à modifier l'évolution générale sont néanmoins des adjuvants utiles.

La chirurgie peut rendre des services vis-à-vis de certaines compressions : ablations de xanthomes compressifs au niveau du hile de certains organes (foie, rein) ; trépanations décompressives lorsque existent des signes d'hypertension intracrânienne. Là se trouve son rôle.

Le *régime alimentaire* pauvre en graisses et en lipoïdes est indiqué pour obvier dans une certaine mesure à l'hypercholestérinémie. Si réduite que soit son action c'est une méthode logique, inoffensive et d'application aisée mais dont on ne saurait attendre mieux qu'une aide et une aide infidèle.

Aide utile encore *l'opothérapie*. Les extraits hypophysaires sont naturellement au premier rang.

L'*extrait hypophysaire postérieur* a été le plus souvent employé par les auteurs. Il agit en général nettement sur le diabète insipide ; il agit parfois sur le syndrome adiposo-génital ; il n'agit pas sur les autres symptômes. Encore doit-il obligatoirement être administré par voie sous-cutanée. La voie nasale n'a pas semblé cependant entièrement inactive entre les mains de Lesné, R. Clément et Guillain. On voit alors assez rapidement les urines revenir à une concentration et à une abondance normales ; la soif disparaît, les matières s'atténuent et l'état général se relève. Mais tous ces heureux effets disparaissent lorsqu'on cesse l'opothérapie.

Le pis est que sa prolongation ne manque jamais d'engendrer l'intolérance : anorexie, épistaxis, douleurs épigastriques, nausées, angoisse ; troubles qui ne cessent que par l'arrêt du traitement et pour faire place à un retour du diabète insipide.

Encore s'agit-il des meilleurs cas et l'efficacité de ce traitement a-t-elle été nulle entre certaines mains (Brahms).

Les *extraits d'hypophyse antérieure* ont été administrés pour lutter contre l'arrêt de croissance. Aucun essai n'a été assez prolongé pour obtenir d'effet perceptible ; on a seulement noté une atténuation de la céphalée, de l'agitation, de l'insomnie, un retour de l'appétit, une amélioration de l'état général. Mais Brahms a noté l'aggravation du diabète insipide.

Rowland a recommandé l'insuline, associée au régime contre l'hypercholestérinémie et l'atteinte générale mais les résultats sont peu probants, ou même nuls (Sossman).

Rowland a enfin associé régime, insuline et hypophyse antérieure avec des résultats notables dans un cas ; mais la brièveté de l'essai ne permet de conclure ni quant à la méthode ni quant à l'élément le plus important dans l'obtention de ce résultat.

De toutes ces méthodes on ne peut donc guère attendre mieux qu'une aide et ces traitements dans l'ensemble sont peu différents d'un traitement symptomatique.

La radiothérapie est à l'heure actuelle la seule méthode qui ait fait ses preuves et qui permette d'espérer, moyennant les perfectionnements que dictera une expérience plus prolongée, une confirmation des espoirs qu'elle a permis.

Il faut évidemment pour interpréter ces résultats faire la part des améliorations spontanées et des coïncidences. C'est ainsi que Cignolini qui le premier a obtenu une guérison en quelques mois l'a sans doute observée après plutôt qu'à cause de la radiothérapie ; il l'a en effet pratiquée à la fois timide et localisée. Les résultats de Sossman (3 cas) ont plus de valeur puisqu'ils persistaient de 2 à 7 mois après la dernière irradiation. Abstraction faite d'une heureuse coïncidence toujours possible, il n'en reste pas moins que les travaux de Sossman permettent d'établir dès maintenant certains principes dont l'observance conditionne le résultat du traitement.

1° L'action des rayons est indéniable : on observe en effet une recalcification incontestable et rapide des foyers osseux irradiés.

2° Cette action est purement locale. Seules sont influencées par les rayons les lésions osseuses soumises à leur action ; les autres foyers ne sont pas modifiés et continuent leur évolution. De nouveaux foyers peuvent apparaître pendant que les lésions irradiées s'améliorent mais ces nouveaux foyers sont heureusement aussi sensibles au traitement que les anciens.

3° Dans les limites de la tolérance on peut aborder concurremment diverses régions de l'organisme et arriver ainsi à agir sur l'ensemble des symptômes de la maladie (croissance retardée, signes hypophysaires) ainsi que le montrent les cas de Sossman. De même en ce qui concerne les xanthomes juxtaviscéraux.

4° L'action des rayons est instable pendant un certain temps ; des récidives locales sont toujours possibles.

Il faut donc un certain délai pour apprécier la solidité des résultats obtenus ; il semble incontestable pourtant que la radiothérapie est le seul traitement fidèle. Mais la solidité de la guérison dépend grandement de la surveillance prolongée dans la suite, surveillance à la fois clinique et *radiologique*. On dépistera ainsi aisément et aura rapidement raison de nouveaux foyers éventuels.

De ce qui précède il résulte que le traitement devra être persévérant et que les rayons devront être judicieusement répartis. *La radiothérapie n'est efficace qu'à doses suffisamment intenses ;* c'est ainsi que Sossman, le meilleur guide jusqu'ici, a fait des irradiations séparées par plusieurs jours, de 1/4 d'heure chacune, avec une puissance de 120 à 185 kw., à 0 m. 40 de la peau — filtration et intensité appropriées à chaque application.

Chaque irradiation atteignant de 33 à 50 % de la dose d'érythème sans reculer devant l'éventualité de l'épilation totale de la tête dans les zones irradiées.

Chez un de ces malades, le traitement, à raison de une ou deux séances par mois, a duré plus de 6 mois et les rayons ont été répartis sur les divers foyers de la tête et du tronc. Quoique récents lorsqu'il les a publiés, les résultats de Sossman semblent les plus beaux qu'on ait jusqu'ici obtenus dans la maladie de Schüller-Christian.

D'autre part le régime et une opothérapie judicieusement combinée sont des appoints utiles au principal du traitement. C'est à l'heure actuelle la radiothérapie qui est l'essentiel et le perfectionnement posologique et technique permettra sans doute d'en améliorer encore les effets.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1937)

Sur les relations entre l'alexine et la protéine visqueuse du sérum. — M. Maurice DOLADILHE.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1937)

Le sulfure de carbone dans la conservation des produits alimentaires. — M. TANON, au nom de la Commission d'hygiène, lit un *rapport* sur cette question.

L'Académie, consultée à plusieurs reprises, a, chaque fois, donné un avis défavorable. La commission croit devoir proposer à l'Académie de donner à nouveau un avis défavorable à une demande concernant la conservation des figues sèches.

L'Académie adopte ces conclusions.

Lésions déterminées par une variété d'anémones de mer. — M. TANON présente une note de M. Skevos Servos (d'Athènes) sur une nouvelle variété d'anémone de mer, l'*hellénopolype*. Antérieurement, l'auteur avait décrit la maladie des pêcheurs d'éponges nus, causée par une actinie.

L'hellénopolype détermine de même, des éruptions immédiates, prurigineuses et peu douloureuses, calmées par le vinaigre et l'huile d'olives.

L'industrie du crin de Florence peut-elle être nationale ? — MM. PERROT et BRUÈRE signalent à l'Académie les efforts qui ont été faits en France, à partir de 1929, en vue de la production nationale du crin chirurgical. Ils notent qu'il est illogique que nos stations séricicoles du Midi de la France contrôlent les œufs (graine) de vers à soie pour les envoyer à l'étranger. C'est, en effet, en Espagne, dans la région de Murcie, que se faisait, récemment encore, l'étirage des vers à soie en vue de la production du crin brut destiné

soit aux besoins de la pêche, soit, après triage et usinage, aux besoins de la chirurgie.

Les auteurs demandent à l'Académie d'émettre un vœu en vue de l'organisation de la production nationale du crin chirurgical.

Ce vœu est renvoyé à l'examen d'une commission spéciale composée de MM. Hartmann, Gosset, Rouvillois, Mourier et Perrot.

Etude pour l'application d'un test de salubrité aux coquillages français. — M. DUBREUIL.

Communication interauriculaire. — MM. COSSIO et ARANA.

Elections. — MM. AUSTREGESILO (de Rio-de-Janeiro) et LE SAGE (de Montréal) sont élus membres correspondants étrangers dans la 1re division (médecine).

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 20 JANVIER 1937)

Injections intra-artérielles dans les infections graves des membres. — M. HUET rapporte quatre observations de M. RICARD (Lyon), concernant des suppurations d'allure grave et extensive traitées par l'injection intra-artérielle d'une solution à 2 p. 100 de mercurochrome (2 à 4 cm^3). Dans les quatre cas, on a constaté une amélioration très rapide et sans avoir observé aucun phénomène inquiétant de choc.

Suites éloignées de l'opération césarienne après extériorisation temporaire de l'utérus. — M. HUET montre les immenses avantages de cette méthode, réalisée pour la première fois par M. Portes en 1923 : sa malade put, après réintégration de l'utérus, mener à bien trois grossesses. Il y a là une méthode capable de sauver la vie sans compromettre définitivement la vie génitale.

Radiations infra rouges et modifications humorales post-opératoires. — MM. LAMBERT et DRIESSENS (Lille) montrent que l'irradiation per-opératoire agit puissamment sur la chute post-opératoire du pH et de la réserve alcaline, et par cela même sur la maladie post-opératoire. Cette action est à rapprocher de celle des injections sucrées et salées hypertoniques préconisées par les mêmes auteurs.

Destruction complète de la colonne lombaire par mal de Pott. — MM. FRUCHAUD et BAUGAS (Angers) présentent de fort belles radiographies montrant la suppléance par greffe de la colonne lombaire.

Avantages de l'incision paramédiane droite dans la chirurgie vésiculaire. — M. FRUCHAUD, à propos d'une malade qu'il opéra pour un volumineux diverticule du duodénum et pour une lithiase de la voie biliaire principale, montre les facilités que donne cette incision.

M. R. BLOCH l'emploie systématiquement.

Pâleur, hyperthermie chez une jeune fille de dix-sept ans. — MM. ALAJOUANINE et J. QUÉNU apportent cette observation exceptionnelle, qui tire tout son prix de l'examen histologique qui a pu être fait de l'encéphale et qui montre un œdème cérébral intense, surtout intense au niveau du tuber cinereum. Ce cas est le premier concernant un adulte.

M. SAUVÉ serait tenté d'incriminer les troubles réflexes signalés parfois dans les suites opératoires des anévrismes cirsoïdes, surtout craniens.

M. MONDOR rappelle que son observation concernait une enfant de 13 ans opérée d'appendicite à froid, et qui guérit d'ailleurs.

M. LEVEUF a observé un cas assez semblable chez une infirmière de 55 ans, et signale que l'œdème cérébral semble fréquent dans les morts subites post-opératoires.

M. A. MARTIN, dans deux cas, a trouvé à l'autopsie des lésions des capsules surrénales.

M. FÈVRE ne croit pas que l'anesthésie locale associée à l'anesthésie générale puisse éviter l'apparition du syndrome pâleur-hyperthermie.

Iléus biliaire. — M. BASSET insiste sur les lésions étagées trop souvent méconnues, et qui expliquent un grand nombre d'insuccès opératoires ; dans son cas, il existait sept perforations, dont trois demeurèrent méconnues.

(SÉANCE DU 27 JANVIER 1937)

La séance annuelle a lieu dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine, en présence de S. Exc. M. le Comte de Kerchove de Denterghem, ambassadeur de Belgique, et d'un très grand nombre de confrères belges, dont le professeur Lambotte (d'Anvers), à qui fut remise la médaille Lannelongue.

M. ROUVILLOIS, président sortant, prononce le discours d'usage, puis, après le compte rendu des travaux par M. André MARTIN, M. Louis BAZY prononce l'éloge de M. Robert PROUST.

L'éloge de Proust a été publié dans le n° 12, du 10 février. de la *Gazette des Hôpitaux*.

— (Voir les prix décernés, *Gaz. Hôp.*, n° 9, 30 janvier 1937.)

(SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1937)

Pneumo-péritoine au cours d'une rupture intra-péritonéale de la vessie. — M. SAUVÉ rapporte cette curieuse observation de M. KAPANDJI, et estime que l'air a pénétré dans la vessie, puis dans le péritoine, au cours des manœuvres de sondage.

M. CHEVASSU, à ce sujet, affirme que la pénétration intra-vésicale d'air est fréquente et banale ; pour l'éviter, il met en communication les sondes à demeure avec un bocal placé à côté du lit des malades.

Volvulus du grêle et examen radiologique. — M. J. GAUTIER insiste sur l'intérêt capital de la radiographie pré-opératoire dans tous les cas d'occlusion intestinale, et montre les services qu'elle lui a rendus dans un cas de volvulus ; il insiste à ce sujet sur une image particulière à ce type d'occlusion et consistant en une opacification moindre que celle de l'injection barytée.

Phlegmons diffus à tendance gangréneuse. — M. MOCQUOT insiste sur de telles formes, non rares, et qui semblent dues au streptocoque. Il en donne plusieurs exemples et les oppose aux phlegmons gangréneux à anaérobies, bien que leur pronostic soit aussi grave : 4 morts sur 6 cas observés.

M. E. BAZY insiste sur le rôle du streptocoque et des phénomènes toxiques secondaires ; il montre la possibilité de foyers infectieux profonds intramusculaires, comme cela se passe dans le charbon symptomatique.

M. CHEVASSU insiste encore sur le mauvais terme de gangrène gazeuse, auquel il préfère ceux plus exacts et plus explicites de phlegmon diffus et de phlegmon diffus gazeux.

M. A. RICHARD présente un calcul vésiculaire extraordinairement volumineux (55 gr.), qui donnait des signes de compression colique.

M. ROUVILLOIS, président, fait part à l'Académie du décès de M. L. GERNEZ, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Infarctus entéro-mésentérique. — M. R. GRÉGOIRE analyse une première observation de M. LOVERDOS (Céphalonie, Grèce), qui fut terminée par guérison après extériorisation de l'anse malade et injection d'adrénaline ; la seconde, de M. ASSELIN, beaucoup plus intéressante, concerne un infarctus du type dit « par choc d'intolérance », et l'auteur vit sous ses yeux les lésions disparaître après une injection d'adrénaline. Le rapporteur oppose ce cas d'apoplexie intestinale à l'infarctus véritable, toujours de cause vasculaire, et mon-

tre l'intérêt d'une intervention d'extrême urgence ; dans le cas de M. Asselin, une reprise des phénomènes se termina par la mort.

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1937)

Ostéomyélite de l'enfant. — M. LEVEUF rapporte plusieurs travaux de MM. SARROSTE (Armée), Michel SALMON (Marseille) et Michel BÉCHET (Avignon).

M. Sarroste, dans plusieurs cas, s'est borné à évacuer les abcès par ponction et à faire des injections de mercurochrome ; il a vu se réparer sans intervention d'énormes lésions osseuses.

MM. Salmon et Béchet apportent des observations analogues.

M. LEVEUF préfère évacuer les abcès par incision et immobiliser en appareil plâtré circulaire ; il discute l'utilisation de l'insuline, de l'anatoxine et du mercuro-chrome.

Résultats éloignés de la thyroïdectomie totale pour insuffisance cardiaque. — MM. WELTI, LIAN et FACQUET, sur cinq malades, n'ont pas observé d'accidents initiaux, et plus tard ils signalent des troubles psychiques chez deux malades, et quelques troubles d'insuffisance thyroïdienne.

Ils insistent sur la rareté des indications, et sur la prudence opératoire ; pour eux, on ne doit pas opérer les angines réflexes ; l'élévation du cholestérol n'est pas toujours proportionnelle à l'insuffisance thyroïdienne observée.

On obtient enfin de meilleurs résultats chez les basedowiens et par thyroïdectomie subtotale.

Maladie de Kienbock bilatérale du semi-lunaire carpien. — M. MADIER communique l'observation d'un homme âgé de trente-quatre ans, qui ressent une vive douleur au poignet droit au cours de son travail. Une radiographie bilatérale montre une décalcification symétrique de ses deux semi-lunaires ; l'auteur, à ce propos, discute de la bilatéralité de l'affection et du rôle du traumatisme dans sa pathogénie.

Pour M. L. BAZY, ce n'est qu'un aspect radiologique, qui se retrouve dans diverses affections.

M. MATHIEU fait remarquer la fréquence de la bilatéralité des lésions carpiennes et tarsiennes.

M. MOUCHET est perplexe sur la thérapeutique à instituer.

Un cas d'artérite oblitérante du membre supérieur. — M. BRECHOT communique cette observation de thrombose complète des gros troncs du membre supérieur.

M. HUET rapporte une observation de torsion d'une trompe kystique, redressée par MM. NINI et CANUAU.

M. MATHIEU présente une fracture du col vissée seize ans auparavant par Delbet, et parfaitement consolidée.

CONGRÈS ET VOYAGES

CROISIÈRE MÉDICALE DE PAQUES EN ORIENT

Sous les auspices du *Bruxelles-Médical* s'effectuera, du 18 mars au 6 avril 193(, à bord du paquebot de luxe *Mariette Pacha* (15.000 tonnes), une magnifique croisière en Sicile, Egypte, Palestine et Syrie, croisière dont l'itinéraire sera le suivant : Marseille, Malte, Alexandrie, Le Caire, Port-Saïd, Caïfa, Nazareth, Tibériade, Beyrouth, Baalbeck, Damas, Jaffa, Jérusalem, Alexandrie, Messine, Taormina, Palerme, Marseille.

Le prix forfaitaire du voyage, comportant tous les frais de Marseille à Marseille — exception faite seulement des pourboires à bord, des boissons dans les hôtels à terre et des dépenses personnelles, — a été fixé comme suit :

1re *classe et hôtels de luxe :* 1.835 belgas.
2e *classe et hôtels de premier ordre :* 1.375 belgas.

Bien que ces prix soient déjà particulièrement réduits (en 1935 les prix de la croisière en Orient — qui ne comportait cependant pas d'escale en Sicile, — étaient respectivement de 2.106 et 1.505 belgas), une réduction de 5 p. 100 (cinq pour cent) sera consentie aux docteurs en médecine ainsi qu'à leurs femmes et enfants célibataires, pour autant que l'inscription soit prise à l'adresse indiquée ci-dessous.

Ajoutons que, si la croisière doit s'effectuer quel que soit le nombre des participants, le nombre des voyageurs sera cependant limité à 200.

Pour tous renseignements complémentaires et les inscriptions, prière de s'adresser à : Bureau des Croisières et Voyages médicaux, 29, boulevard Adolphe Max, Bruxelles.

CONGRÈS DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES DE BUCAREST

Le Comité permanent des Congrès internationaux de médecine, et de pharmacie militaires organise, à l'occasion du Congrès qui doit se tenir à Bucarest, du 2 au 10 juin 1937, un magnifique voyage en Europe Centrale, voyage dont le départ de Paris a été fixé au dimanche 23 mai prochain.

Itinéraire : Paris, Venise, Trieste, Dubrovnik (Raguse), Cettigné, Cattaro, Serajevo, Mostar, Belgrade, le Danube (de Belgrade) à Turn-Severin, par les Portes de Fer), Bucarest, et retour Bucarest-Paris direct, ou Bucarest-Paris avec arrêts à Budapest et Vienne.

Pour tous renseignements complémentaires et pour les inscriptions, s'adresser au Bureau des Croisières et Voyages médicaux, 29, boulevard Adolphe Max, Bruxelles.

LIVRES NOUVEAUX

Formulaire Astier, 7e *édition*, 1937, 1 vol. in-16, 1.200 p., tête dorée, reliure peau souple, avec une préface du professeur Fernand BEZANÇON (1).

Le *Formulaire Astier*, dont l'éloge n'est plus à faire, connaît un succès grandissant et la 7e édition est digne de ses devancières. Elle a été l'objet d'une mise à jour très complète dans chacun de ses chapitres, qu'il s'agisse de la partie « Pharmacologie » ou de celle consacrée à la « Thérapeutique ». Suppressions, remaniements, rectifications et additions ont été effectués en tenant compte de l'évolution incessante de la science médicale dans ses applications pratiques. Plus que jamais, le *Formulaire Astier* justifie son titre de « vade-mecum de médecine et de thérapeutique » ; et le professeur Fernand Bezançon, dans sa préface, a remarquablement résumé tous ses mérites en quelques lignes. « C'est vraiment, dit-il, le livre qui répond à toutes les questions de quelque nature qu'elles soient, dispense des recherches longues et parfois infructueuses, dissipe les doutes, ravive les souvenirs et offre à chaque instant le réconfort de ses précisions, la réponse aux problèmes les plus compliqués. »

(1) Librairie du *Monde médical*, Vigot frères, éditeur. Prix : 30 fr.

Voyage à la capitale des microbes, par le docteur Henri BUSSILLET. Petit in-8° de 229 pages avec 21 dessins de Joseph Hémard. De l'imprimerie Nicolas, à Niort, 1936.

Traitement chirurgical des cavernes de la base. Thèse par le docteur DAMBRIN. Grand in-8° de 231 pages, avec 68 figures. 1936. Chez J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris (6e).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 16. — MERCREDI 24 FÉVRIER 1937. 110e ANNÉE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat* (oral).

Séance du vendredi 19 février 1937 :

Notes attribuées : MM. Aurégan, 15 ; Tiret, 23 ; Fressinaud-Mardefeix, 17 ; Lebel, 16 ; Mlle Aubin, 28 ; MM. Cossart, 21 ; Eman-Zodeh, 22 ; Delatour, 21,5 ; Motte, 22 ; Carosso, 20 ; Vivien, 21.

Questions données : Diagnostic des sténoses pyloriques non cancéreuses. — Examen clinique d'une fièvre typhoïde à la période d'état.

Séance du samedi 20 février 1937 :

Notes attribuées : MM. Courchet, 10 ; Loiseau (James), 21 ; Arnavielhe, 20 ; Colte, 21 ; Schneider, 26 ; Maillard, 20 ; Philippe, 21 ; Ebstein, 24 ; Bretton, 18.

Questions données : Symptômes et complications des kystes hydatiques du foie. — Diagnostic de la scarlatine.

— *Jury du concours* de Brévannes, Sainte-Périne, Chardon-Lagache, Garches et Hendaye : MM. les docteurs Boltansky, Caroli, Bernard (Raymond).

Hôpital Saint-Michel. — Le concours de l'internat pour le service de gastro-entérologie (docteur Maurice Delort), aura lieu en avril. Inscriptions du 15 au 31 mars. Entrée en service le 1er mai.

Les internes, logés et nourris, reçoivent une indemnité mensulle de 300 francs. Ils sont nommés pour un an.

Pour tous renseignements, s'adresser à Mme la Supérieure de l'hôpital Saint-Michel, 33, rue Olivier-de-Serres, Paris.

Asile départemental de Drury-les-Amiens. — Un concours va avoir lieu pour un goste d'interne en médecine (Français, moins de 30 ans, 12 inscriptions au moins). Les internes sont logés, nourris, éclairés et blanchis. Indemnité mensuelle de 400 à 600 francs.

Adresser les demandes avant le 5 mars au directeur de l'asile, en joignant une expédition authentique de l'acte de naissance et un certificat de scolarité.

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. — *Chevalier :* le docteur Martiny, médecin-chef adjoint de l'hôpital Léopold-Bellan, médecin-chef du centre d'orientation professionnelle de la Chambre de Commerce.

Notre excellent confrère Martiny est, on le sait, rédacteur en chef de la *Vie Médicale* et secrétaire général de la section médicale du *Comité France-Italie.* Nous sommes heureux de lui adresser nos félicitations les plus vives et les plus affectueuses.

Distinctions honorifiques. — *Officier de l'Instruction publique :* M. le médecin colonel Cot, à Paris.

Officier d'Académie : M. le médecin commandant Franchi, médecin-chef du régiment des sapeurs-pompiers à Paris.

Médaille d'honneur des épidémies. — La médaille d'argent est décernée à M. le docteur Leclercq (Jean) à Bondy (Seine) pour infection grave contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Guerre. — M. le médecin colonel Blanchard, sous-directeur de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales à Marseille, est nommé directeur par intérim du Service de santé de l'Afrique orientale française, à Tananarive.

Ministère des Pensions. — Le docteur Sureau, secrétaire général de la Commission de classement (loi du 12 août 1933) nous signale les vacances suivantes : médecin du per-

sonnel des dépôts d'étalons de Saintes et Compiègne ; vétérinaires à l'abonnement aux dépôts d'étalons de Lamballe, Pau et Rosières-aux-Salines.

Association professionnelle des journalistes médicaux français. — Au cours de sa récente assemblée générale, l'Association a constitué comme suit son bureau pour 1937 : Président : M. Paul-Boudin. — Vice-présidents : MM. J. de Fourmestraux (de Chartres) et O'Followell. — Secrétaire : M. Albert Garrigues. — Secrétaire adjoint : M. Pierre Labignette. — Trésorier : M. Lucien Mathé. — Membres du Conseil d'administration : MM. O. Béliard, J. Crouzat, J. Minet (de Lille), R. Molinéry.

Caisse mutuelle de retraites des journalistes médicaux français. — Le bureau est constitué comme suit pour 1937 : Président : M. Molinéry. — Vice-président : M. R. Jodin. — Secrétaire : M. Pierre Labignette. — Secrétaire adjoint : M. R. Lehmann. — Trésorier : M. Albert Garrigues. — Administrateurs : MM. J. Crouzat, J. Minet, M. Poumailloux.

COURS ET CONFÉRENCES

Université de Bordeaux. — *Chaire de clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie* (professeur H.-L. ROCHER). — Le cours de perfectionnement d'orthopédie (orthopédie non sanglante et chirurgie orthopédique) aura lieu, en 1937, du lundi 15 mars au samedi 20 mars, à l'Hôpital des Enfants, 168, cours de l'Argonne.

Il comprendra des conférences théoriques, des démonstrations opératoires, des présentations de malades et des exercices pratiques sur les grandes questions de l'orthopédie (malformations du squelette, déviations vertébrales, tuberculoses et infections ostéo-articulaires, paralysie infantile), par M. le professeur Rocher, assisté de ses collaborateurs.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté de médecine jusqu'au 8 mars. — Droits d'inscription : 200 francs. — Exemption de ce droit pour les étudiants et les internes des hôpitaux de Bordeaux.

Cours pratique de sympathologie clinique. — Le professeur Laignel-Lavastine, avec la collaboration de MM. Rosenthal, Delherm, Pasteur Vallery-Radot, Alajouanine, Paul Chevallier, Tinel, Bailliart, Justin-Besançon, Gallot, Vinchon, Largeau, Fay, G. d'Heucqueville, Mme Michel Gaultier, MM. Sambron, Nouaille et Fischer, commencera le lundi 1er mars 1937, à 10 heures, à la Pitié, service 4, un cours pratique sur les « Actualités sympathologiques » en 10 leçons, avec présentation de malades et exercices de laboratoire.

Ce cours fait les lundis, mercredis et samedis à 10 heures, comprendra une introduction anatomo-physiologique, par M. Laignel-Lavastine, une conférence et des exercices pratiques.

Ordre des leçons : lundi 1er mars, M. Laignel-Lavastine : Anatomo-physiologie du sympathique (avec projections).

Mercredi 3 mars, M. Tinel : Circulation cérébrale.

Samedi 6 mars, M. Bailliart : Circulation rétinienne.

Lundi 8 mars, M. Pasteur Vallery-Radot : Migraine.

Mercredi 10 mars, M. Alajouanine : Arthropathies.

Jeudi 11 mars, M. Paul Chevallier : Urticaire.

Samedi 13 mars, M. Rosenthal : Sympathique des tuberculeux.

Lundi 15 mars, M. Justin-Besançon : Corps sympathomimétiques.

Mercredi 17 mars, M. Delherm : Physiothérapie des sympathalgies.

Samedi 20 mars, M. Laignel-Lavastine : Avenues actuelles de la sympathologie.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort du maître Angelo Ceconi, professeur de pathologie spéciale de l'Université de Turin.

Le professeur Ceconi avait célébré l'an dernier son jubilé. Ses amis, à l'occasion de sa trentième année d'enseignement, lui avaient offert un livre d'or auquel ont collaboré les plus grands savants italiens. On doit à Ceconi de nombreux travaux sur les maladies du cœur, les maladies infectieuses, la syphilis, les troubles de la nutrition. Il fut aussi l'auteur d'œuvres didactiques, parmi lesquelles le *Manuel de médecine interne*, édité par *Minerva medica*, ouvrage aujourd'hui classique.

LIVRES NOUVEAUX

Doctrines thermales (Etudes hydrologiques et climatiques), par Etienne CHABROL. — Paris, Masson et Cie, 1936.

Nul n'était mieux qualifié que l'auteur pour condenser en quelques études brèves et substantielles ce que l'histoire de la médecine et l'histoire tout court savent de la médecine hydrologique et climatique. Une série d'études documentées et vivantes à la fois sur l'Auvergne à l'époque gallo-romaine, sur les doctrines hépatiques de Vichy, sur celles de Royat, l'histoire thermale de la goutte et le traitement du rhumatisme à Aix-les-Bains en apprendra plus long à l'étudiant et même au médecin que de copieux articles de traités hérissés de considérations chimiques discutables et étayés de tableaux de composition centésimale aux décimales décourageantes. La médecine thermale, en pleine renaissance depuis un siècle, n'était pas ignorée aux époques les plus volontiers dénommées barbares, et l'examen rapide des opinions et des pratiques médicales aux diverses époques qu'évoque pour nous une érudition amène, nous montre qu'à tout bien considérer ces barbares dont nous sommes les fils furent souvent des précurseurs avisés qui ont su allumer les flambeaux que nous portons à notre tour.

La médecine thermale est trop volontiers considérée par les patients comme tout entière d'empirisme arbitraire ; il faut se louer de voir sa cause défendue par un historien disert et un clinicien averti.

L. BABONNEIX.

LES INFARCTUS MÉSENTÉRIQUES DES ARTÉRITIQUES

Par M. J. RAVOIRE,
Chef de clinique propédeutique médicale
à la Faculté de médecine de Montpellier.

L'intérêt qui s'attache à la question des artérites oblitérantes nous engage à propos d'un cas récemment publié (1) d'infarctus mésentérique observé chez un homme jeune, et survenu comme accident terminal d'un syndrome artéritique prolongé, à passer en revue les circonstances d'apparition, le mécanisme et les symptômes de cette redoutable complication.

Dans cette étude nous envisagerons seulement les infarctus dus à une artérite thrombosante, laissant volontairement de côté les lésions intestinales secondaires à une embolie ou à une thrombose veineuse et les faits d'infarctus intestinaux sans oblitération vasculaire (syndrome de Grégoire) sur lesquels de Fourmestreaux a attiré récemment l'attention et qui sont interprétés comme une manifestation anaphylactique.

***

Depuis l'année 1834, date à laquelle Desprez publie dans les *Bulletins de la Société anatomique de Paris* une monographie sur la thrombose mésentérique, de nombreuses observations ont été communiquées, de nombreux travaux ont vu le jour qui, envisageant le problème tantôt d'un point de vue symptomatique et pathogénique, tantôt d'un point de vue exclusivement chirurgical, ont permis d'apporter un peu de clarté dans la compréhension de cette lésion qui a été mise à l'ordre du jour du dernier Congrès de chirurgie.

L'infarctus mésentérique, — mis à part les cas d'origine embolique et ceux dus à une thrombose veineuse — peut compliquer toutes les artérites. Mais ce sont surtout les artérites séniles qui doivent faire craindre son apparition ; la plupart des cas concernent des malades entre 50 et 70 ans. Farah, dans sa thèse, rapporte 56 observations : 4 seulement concernent des hommes de 30 à 40 ans. Il s'agit presque toujours d'individus du sexe masculin (65,35 % des cas d'après Ameline et Lefebvre), constatation qui pour certains vient renforcer la conception de l'influence du tabagisme et de l'alcoolisme sur les manifestations artéritiques.

L'infarctus mésentérique des vieillards ne représente le plus souvent qu'une manifestation, relativement rare d'ailleurs, de l'artério-sclérose. Lagane se demande, cependant, vu la rareté des constatations anatomiques de la sclérose artérielle de l'intestin, si les lésions chroniques des artérioles intestinales, au lieu de réaliser l'artério-sclérose typique, ne représenteraient pas simplement la conséquence d'artérites infectieuses subaiguës.

Le problème de la thrombose mésentérique survenant chez les sujets jeunes est difficile à résoudre, en raison de l'impossibilité où l'on se trouve dans la plupart des cas d'expliquer le mécanisme même du syndrome artéritique juvénile. Lors des premières observations de Léo Buerger la notion de race fut mise au premier plan. Mais depuis, tant d'artérites juvéniles ont été décrites, en tous points semblables à la maladie de Léo Buerger, mais où seule la notion de race israélite faisait défaut, qu'on en est réduit à dire avec Guillaume que cette affection n'est qu'une « modalité juvénile des artérites oblitérantes ».

De nombreuses étiologies ont été proposées. Successivement le rôle de la syphilis, l'influence de l'intoxication éthylique, tabagique ou alimentaire, de l'intoxication par les gaz de combat (Desplas), le rôle de l'infection (typhus exanthématique, septicémie à bacillus perfringens), des altérations des couches optiques même ont été invoqués.

La possibilité d'anomalies dans les artères intestinales, également envisagée, paraît une cause favorisante exceptionnelle.

De nombreux auteurs, par contre, s'accordent à signaler que l'infarctus mésentérique survient généralement chez des sujets tarés et diminués physiquement. Quelquefois, et c'est le cas dans notre observation, les malades avaient déjà présenté des manifestations vasculaires diverses. Il en est ainsi dans le cas relaté par Mitchell et Brady où cette complication survint chez un individu qui était atteint depuis plusieurs années d'un syndrome de Raynaud. Dans le cas rapporté par Guiny il s'agissait d'un homme de 44 ans, soigné 6 ans auparavant pour une hémorragie cérébrale. Ce sujet, hospitalisé ultéreurement pour thrombo-angéite de la fémorale gauche, réalisa subitement un infarctus mésentérique qui entraîna la mort. L'observation de Cavardias et Catsaras n'est pas moins instructive : un homme qui souffrait depuis 1915 de claudication intermittente des membres inférieurs vit en 1920 ce syndrome disparaître, en même temps que se manifestaient des douleurs angineuses. En 1921 survint un infarctus mésentérique.

Par contre rares sont les cas où l'accident thrombosique se produit brusquement chez un sujet jusqu'alors en pleine santé : tel le malade de Trenal et Cenac qui, sans prodromes, fut pris de vomissements et mourut en 2 heures. A l'autopsie on trouva une thrombose de l'artère mésentérique supérieure avec gangrène de l'iléon.

***

L'apparition d'un infarctus intestinal consécutif à la thrombose d'un vaisseau mésentérique a suscité des explications diverses. Pour les uns, l'oblitération d'une artère mésentérique et, à plus forte raison, d'une de ses branches, ne peut, à elle seule, réaliser un infarctus en raison des anastomoses ; les nombreuses expériences de ligature ne détermineraient pas nécessairement l'infarcissement du territoire intestinal correspondant. D'autres soutiennent que si anatomiquement les branches des mésentériques ne sont pas

(1) G. Giraud, A. Aimes, J. Ravoire et M. Godlewski. Infarctus mésentérique, épisode terminal d'un syndrome prolongé d'artérite juvénile diffuse, *Arch. de la Soc. des sciences méd. et biolog. de Montpellier*, juillet 1936.

terminales, physiologiquement elles fonctionnent comme telles. Le résultat de l'oblitération d'une artère du type terminal (au sens anatomique ou fonctionnel du mot) est que la pression sanguine tombe à zéro dans le territoire ischémié et de ce fait l'infarctus se produit car l'évacuation du sang veineux s'arrête en même temps que l'afflux du sang artériel.

Lagane fait jouer un rôle important à la perméabilité et à l'intégrité des artères intestinales pariétales. Après ligature d'une artère mésentérique la circulation intestinale se rétablirait à condition que les troncs artériels voisins et que les petites artérioles des parois fussent indemnes.

Pour Lapointe l'oblitération artérielle n'est pas nécessairement suivie d'ischémie s'il s'agit d'obstruction haute. C'est la défaillance du myocarde et la sclérose artérielle plus ou moins diffuse qui font obstacle au « jeu normal et providentiel des anastomoses ».

Par analogie avec ce qui se passe pour les artères des membres il faut certainement faire intervenir le rôle du système nerveux et la part du spasme surajouté. Considération qui présente un grand intérêt car elle permet d'envisager dans une certaine mesure un traitement médical de l'infarctus au début. Dans une étude récente (1) Patel et Gosset pensent que dans certains cas, et en particulier dans les cas superposables à celui qui fait l'objet de leur communication, sous l'influence locale de l'endartérite ou sous une influence extérieure mécanique ou inflammatoire se produit une crise vaso-constrictive. Le degré des lésions intestinales est soumis à la durée du spasme, spasme sur lequel Leriche vient aussi d'insister récemment. S'il persiste, à l'anémie fait bientôt suite la stase veineuse et la rupture des capillaires.

Le rôle du système nerveux apparaît donc comme de plus en plus important depuis les expériences de Claude Bernard, de Schiff, de Clavel et Melnotte, de Laignel-Lavastine. Il faut également envisager, d'après Grégoire et Binet, le rôle du milieu intérieur du sang, l'action des toxines et des bactéries.

La pathogénie de l'infarctus a été étudiée par Ameline et Lefebvre au XLIVᵉ Congrès de chirurgie. D'après ces auteurs, l'explication de Litten, théorie du reflux veineux, paraît séduisante : du fait de l'oblitération artérielle le sang n'arrive plus aux veines ou la *vis à tergo* permet de la faire progresser. Un reflux de sang de la veine porte dans les veines mésentériques répond immédiatement à la suppression de cette *vis à tergo*. L'ischémie initiale altère l'endothélium des capillaires ; ces vaisseaux surdistendus se rompent et l'infarcissement se produit.

L'irrégularité des résultats obtenus par l'expérimentation montre que le problème n'est pas aussi simple ; rien ne permet de conclure de l'animal à l'homme, car, d'après Dieulafé, même suivant l'espèce animale envisagée les troubles apparus sont très différents, la présence ou l'absence des phénomènes hémorragiques en particulier tenant à l'importance de la tunique musculeuse et aussi à la composition chimique du contenu intestinal.

(1) Patel et Gosset, Remarques sur la maladie dite infarctus de l'intestin, *Journal de chirurgie*, mars 1935, p. 396-403.

Quel que soit le mécanisme intime de l'infarctus mésentérique, mécanisme qui présente « bien des points mystérieux » (P. Riche), deux particularités anatomiques doivent retenir l'attention.

C'est tout d'abord la localisation prépondérante de la lésion à l'intestin grêle. Le jéjuno-iléon, dans son mésentère complètement flottant est irrigué presque exclusivement par les branches de l'artère mésentérique supérieure dont le calibre est relativement peu considérable. Faut-il voir dans cette particularité, comme le veut Farah, une prédisposition à l'insuffisance de l'afflux sanguin et une explication de la prédominance relative de l'infarctus au jéjuno-iléon ?

Une deuxième particularité concerne l'étendue de l'atteinte intestinale. Les infarctus atteignant moins de 40 cm. de longueur seraient exceptionnels. L'étendue des lésions ne saurait d'ailleurs décourager les tentatives opératoires puisque M. Guire, se trouvant en présence d'un infarctus massif chez un malade de vingt ans reséqua plus de 3 mètres d'intestin et guérit son opéré.

***

Si le mécanisme de l'infarctus mésentérique par thrombose artérielle n'est pas complètement élucidé, la symptomatologie de cette manifestation est faite de signes imparfaits, peu précis et inconstants.

Dès l'abord l'aspect clinique est très différent selon qu'il s'agit de formes aiguës ou chroniques, de formes juvéniles ou séniles.

Depuis longtemps les auteurs allemands (Schniltzer, Schrotter) ont insisté sur les troubles caractérisant l'artério-sclérose intestinale, troubles qu'ils ont décrits sous le nom de *dyspragia angiosclerostica intermittens, d'obstipatio spastica*, et Klein montre que ce processus peut produire des occlusions passagères n'aboutissant pas nécessairement à l'infarctus. Il s'agit soit de crises douloureuses abdominales qui cèdent rapidement par le repos, soit des alternatives de diarrhée et de constipation, ou bien encore d'une crise de diarrhée profuse.

L'infarctus des sujets jeunes s'établit en général d'une façon plus brutale. Il est à remarquer cependant que des signes digestifs prémonitoires, précédant quelquefois de loin les phénomènes aigus, sont souvent notés dans les observations.

L'infarctus une fois constitué, soit progressivement soit d'une façon brutale, présente un certain nombre de signes, qui en raison de leur manque de précision égarent souvent le diagnostic. Le plus souvent il s'agit d'une violente douleur abdominale avec phénomènes généraux intenses. C'est un véritable état de shock abdominal (G. C. Ross). Le mode d'apparition des phénomènes abdominaux peut être moins rapide. Sauvé distingue trois formes possibles de début : début brusque dramatique avec ballonnement abdominal, vomissements, selles diarrhéiques et entérorragies ; début en deux temps ; enfin début plus progressif avec coliques, nausées et vomissements survenant par crises.

Le siège de la douleur est variable. Elle se localise surtout dans la fosse iliaque droite, l'ombilic et l'épigastre. Tantôt diffuse, tantôt localisée, elle peut mé-

me faire défaut (Trenel et Cenac). Les symptômes généraux indiquent d'ordinaire la gravité de l'accident: pouls rapide, filant, extrémités froides, facies angoissé. Le malade présente souvent un état d'agitation extrême. La température peut rester normale, elle est souvent même abaissée.

A ces deux ordres de signes majeurs : violente douleur abdominale, phénomènes généraux intenses, viennent s'ajouter des symptômes plus inconstants. L'hématémèse n'est pas très fréquente, les vomissements fécaloïdes sont rares, le melaena fait le plus souvent défaut. Pour Jackson et Quimby, il manque dans 90 % des cas et d'après Clavel et Melnotte la valeur séméiologique de l'hémorragie est faible alors qu'elle constitue une indication pronostique défavorable. La Rousselière a trouvé 78 fois sur 184 cas le melaena remplacé par une diarrhée séreuse.

L'inspection montre un ventre légèrement augmenté de volume. La contracture généralisée est exceptionnelle, mais l'hyperesthésie cutanée est de règle. On peut d'ailleurs trouver le ventre souple et non douloureux à la palpation (Mitchell, Sabatier). Il existe quelquefois du péristaltisme (cas de Silhol, Wernheim) et il n'y a pas immobilité diaphragmatique. Il ne faut pas compter enfin sur la possibilité de palper l'anse infarcie : cette constatation est exceptionnelle. Tout au plus trouve-t-on une sensation d'empâtement localisé en un segment de l'abdomen. La percussion indique un certain tympanisme, mais en certains endroits existe une matité plus franche qui traduirait l'existence de l'anse infarcie.

Il s'agit en somme de signes se présentant rarement au complet et dont la diversité explique la multiplicité des formes décrites : formes diarrhéique, occlusive (Nothnagel), forme aiguë, forme chronique (R. G. Loop), etc...

Mondor, résumant les signes de l'infarctus intestinal insiste sur le fait que ce ne sont ni ceux de la péritonite aiguë, ni ceux de l'occlusion intestinale franche. L'absence à la fois de la contracture généralisée des péritonites et du météorisme avec douleurs par crises ou arrêt des matières et des gaz de l'occlusion doit faire penser à l'infarctus, mais « ce qui met l'accent essentiel ce sont les signes de collapsus ».

La notion de manifestations artéritiques antérieures quand elles existent, sont d'un appoint important pour le diagnostic qui s'avère généralement très difficile. L'infarctus en impose pour un volvulus, une péritonite, une appendicite, etc... Il n'est pas d'affection chirurgicale d'un organe abdominal quelconque qui n'ait été envisagée aux lieu et place de l'infarctus. D'après Ameline et Lefebvre, sur 198 observations le diagnostic d'infarctus fut posé et vérifié seulement 26 fois.

D'après Gigniaux ce n'est que pendant les premières heures de son évolution que l'infarctus peut être diagnostiqué. Meyer décrit un certain nombre de faits qui pourraient faire soupçonner son apparition : telles sont l'inefficacité du lavement sur la douleur, l'augmentation très fréquente et souvent très élevée de la leucocytose (à prédominance de polynucléaires) dont les chiffres varient de 10.000 à 50.000 avec progression en quelques heures.

Sauvé estime qu'il est impossible cliniquement de distinguer les unes des autres les formes artérielles et veineuses de l'oblitération des vaisseaux mésentériques. Il est difficile également d'en préciser la localisation, encore que quelques signes particuliers de valeur inégale, aient été décrits, telle la localisation de points douloureux, telle la glycosurie qui serait, d'après Kolisch, l'apanage de l'oblitération de la mésentérique supérieure.

***

L'évolution de l'infarctus est en général grave, surtout pour les formes chroniques et chez les vieillards car les chances de survie opératoire sont moindres. Comme le fait remarquer Guillaume l'élasticité fonctionnelle du système circulatoire des sujets jeunes a des ressources d'adaptabilité qui n'existent pas chez le vieillard. L'infarctus de cause cardiaque ou vasculaire serait aussi plus grave.

Cependant si l'on étudie en détail la casuistique de l'infarctus mésentérique on constate que le nombre des guérisons est assez élevé malgré les chiffres divergents que donnent les statistiques. Meyer, lors d'une étude faite en 1931 et basée sur 92 cas trouve 39 guérisons et 53 morts. D'après Farah, par contre, la proportion des issues fatales est beaucoup plus élevée : 95 %. Sur 450 cas, Ameline et Lefebvre relèvent 330 décès opératoires ou non et 120 guérisons.

La guérison spontanée peut être notée (25 à 30 % des cas suivant les auteurs) et on a pu voir quelquefois l'intervention se limiter à la seule extériorisation de l'anse qui peu à peu sous les yeux de l'opérateur reprenait sa coloration et sa vitalité normales.

Le seul traitement est en effet l'intervention chirurgicale précoce, dès que le syndrome douloureux abdominal avec phénomènes de collapsus fait son apparition.

Cependant, dès que l'on peut craindre l'apparition d'un infarctus, dans les cas de claudication intermittente abdominale, il y a sans doute beaucoup à attendre du traitement médical. C'est ainsi que Patel et Gosset, dans l'article antérieurement cité, conseillent dans les cas où la gravité irrémédiable des lésions reste douteuse avant de pratiquer la résection de l'autre, de chercher à mettre fin au spasme vasculaire éventuel par les injections endo-veineuses d'acéthylcholine ou bien encore d'eupavérine.

***

C'est à l'âge de 33 ans que notre malade, H... J..., un employé de banque, non israélite, a été arrêté pour la première fois dans son activité, et d'emblée d'une façon irrémédiable. Rien ne faisait prévoir les accidents qui allaient se dérouler : H... J..., fils de parents réputés sains, père d'une fille de 8 ans bien portante, exempt de toute tare collatérale connue, avait toujours joui jusque-là d'une santé complète. Nous n'avons trouvé à retenir, sans pouvoir l'interpréter, qu'un seul anamnestique : des convulsions (?) vers l'âge de 4 ans. Toute intoxication éthylique, tabagique ou professionnelle est niée.

H... J... a été observé au début de sa maladie, en février 1932, par son médecin traitant, le docteur Carrière, de Pézenas ; par le professeur agrégé Janbon et, à titre chirurgical, par le docteur Marchand, de Béziers ; il a séjourné du

20 juillet 1932 au 10 novembre 1934 dans le service du professeur Rimbaud, aux cliniques Saint-Eloi de Montpellier ; il a été dirigé à cette dernière date sur la clinique propédeutique médicale de Montpellier, où ont éclaté les accidents terminaux.

La première phase de la maladie a été résumée dans les termes suivants par le professeur agrégé Janbon, dans la thèse du docteur Marguerite Labaque-Bordenave.

« H... J... est atteint, le 1er février 1932, d'un état infectieux avec symptômes digestifs, d'une durée de huit jours environ.

« Dix jours après le début s'installent des phénomènes ischémiques dans les deux membres inférieurs, accompagnés de douleurs violentes, et aboutissant à la paraplégie. Les troubles rétrocèdent à droite, mais entraînent la gangrène à gauche. De plus, le 22 février, se produit brutalement une hémiplégie droite.

« Les constatations faites à ce moment (professeur agrégé Janbon et docteur Carrière, de Pézenas) sont les suivantes : sphacèle de la jambe et du pied gauches ; large plaque bleuâtre s'étendant à la totalité du pied et à la face antéro-externe de la jambe ; aucune oscillation n'est obtenue par l'appareil de Pachon jusqu'à la racine du membre, pas plus du reste que du côté opposé : hémiplégie droite, prédominant à la face et au membre supérieur, avec aphasie.

« Le même jour est pratiquée l'amputation de la cuisse gauche au tiers supérieur (docteur Marchand, de Béziers). On constate une thrombose massive des artères fémorales superficielle et profonde ; disséquée de la tranche de section au cou-de-pied, l'artère se laisse cliver aisément, sauf à la jambe, où existent des adhérences, en particulier dans le trajet de la tibiale antérieure ; à ce niveau, larges plaques d'ischémie dans les muscles de la loge antéro-externe, plus accentuées à mesure que l'on gagne l'extrémité du membre. Les veines musculaires des jumeaux sont thrombosées, variqueuses et adhérentes ; la saphène est normale.

« Suites opératoires : la tranche laissée béante est ramenée progressivement grâce à un fil de soie passé en bourse. La température évolue entre 38° et 38°7. Il existe de l'obnubilation intellectuelle. L'hémiplégie et l'aphasie persistent.

« Recherches de laboratoire : Hémoculture en bouillon, négative. Hémoculture en milieu de Boez . B. Perfringens. Réaction de Wassermann, négative dans le sang. Examen chimique du sang : azotémie 0,45 p. 1.000 ; glycémie, 1,03 p. 1.000 (méthode de Baudouin); cholestérolémie 2 p. 1.000 ; calcémie 0,096 (méthode de P. Cristol). Liquide céphalo-rachidien normal à tous égard.

« Thérapeutique : acétylcholine et sérum glucosé intraveineux.

« Le 26 février 1932 apparaît une escarre au niveau du talon droit. Le pied, mis en position haute, devient livide ; en position déclive, il se cyanose et la cyanose remonte jusqu'à mi-jambe. L'oscillométrie reste entièrement négative sur toute la hauteur du membre.

« A partir du 2 mars s'installe une amélioration qui est marquée par les faits suivants : réapparition de la lucidité, disparition des phénomènes fébriles.

« Le malade est revu le 20 juillet 1932 à l'Hôpital suburbain à Montpellier, dans le service du professeur L. Rimbaud. La cicatrisation du moignon d'amputation est depuis longtemps obtenue, mais le malade reste hémiplégié et anarthrique. De plus, on voit s'installer progressivement une rétraction du membre inférieur droit, contre laquelle on est obligé de lutter par l'extension continue, sans résultat appréciable.

« Les réflexes tendineux sont vifs, polycinétiques du côté droit. On obtient un clonus de la main ; il existe un clonus spontané du pied. Paralysie faciale droite avec intégrité du facial supérieur. Inégalité pupillaire au profit de la droite.

« Ponction lombaire montre un liquide céphalo-rachidien normal (tension en position couchée : 10 cm.; albumine, 0 gr. 30 ; chlorures : 7 gr. 10 ; Nageotte : moins de 1 élément au mm^3). »

C'est dans cette situation que le malade nous est confié le 10 novembre 1934 ; son état général n'a cessé de s'améliorer lentement, en même temps que s'atténuaient légèrement les reliquats de son hémiplégie.

A cette date, la corpulence de H... J... est un peu supérieure à la normale, ce qu'explique l'immobilité à laquelle il est contraint. Son teint est un peu pâle, ses lèvres sont colorées.

Les séquelles de son hémiplégie droite sont importantes : les membres droits sont en contracture, mais non absolument privés de tout mouvement. L'avant-bras est fléchi sur le bras et les doigts dans la paume de la main. Ces derniers sont immobilisés, mais l'ensemble du membre supérieur peut être déplacé, de même que l'avant-bras par rapport au bras.

Au membre inférieur droit, quelques mouvements de très faible amplitude peuvent être réalisés. Le membre est contracturé en flexion, un dispositif d'extension continue, déjà institué par le professeur L. Rimbaud, doit être appliqué en permanence pour éviter la flexion du genou.

Les muscles droits sont en hypotrophie et leur rétraction s'ébauche.

A la face, la bouche est légèrement oblique ovalaire, la langue n'est pas déviée, elle a été précédemment, paraît-il, le siège d'un léger tremblement, qui a aujourd'hui disparu ; le facial supérieur est indemne.

Les réflexes tendineux et périostés sont vifs et polycinétiques du côté droit ; nous n'obtenons pas à droite le clonus de la main qui a existé antérieurement, non plus que celui de la rotule, mais le clonus du pied persiste. Le signe de Babinski manque, celui de Mendel Bechterew est positif. Les réflexes crémastériens sont normaux, tous les abdominaux sont effacés : tous ces réflexes cutanés avaient été trouvés précédemment vifs à gauche et abolis à droite.

A gauche, actuellement, les réflexes tendino-périostés sont normaux.

Les *pupilles* sont égales et réagissent correctement à la lumière et à l'accommodation. Ici aussi la situation paraît s'être légèrement modifiée, puisqu'il existait, quelques mois auparavant, une mydriase relative droite et une paresse apparente des réflexes pupillaires gauches.

Les *sensibilités* douloureuse et tactile sont normales à droite ; la sensibilité thermique, diminuée à la cuisse droite, est presque abolie à la jambe et au pied droits. Les sensibilités sont normales à gauche. Le malade ne signale aucune paresthésie, ni aucune douleur du moignon gauche.

La cicatrisation de ce dernier est parfaite et sa qualité est bonne. Le pied droit est un peu froid et cyanosé, mais il n'existe pas de trouble trophique caractérisé.

La *parole* est embarrassée, lente, mais le malade se fait très bien comprendre ; la régression, dans ce domaine, a été importante, car l'anarthrie, autrefois, a été, paraît-il, complète et d'assez longue durée.

Le *psychisme* est tout à fait normal. Le malade se distrait en dessinant de la main gauche, non sans quelque habileté.

Le *cœur* est normal. La *tension artérielle* au membre supérieur gauche est de 14-7 (méthode auscultatoire), de 14-6-5 (méthode oscillatoire). L'index oscillométrique huméral est bon ; il est nul à l'humérale et à la tibiale droites. On ne sent battre la fémorale ni à droite ni à gauche. Les artères du membre inférieur droit ne se dessinent pas sur les clichés radiographiques.

Les poumons sont cliniquement normaux, ainsi que les grands viscères.

Une modification est survenue dans le *métabolisme glucidique*. H..., qui n'était ni glycosurique, ni hyperglycémique lors des premiers accidents qui l'ont frappé, a actuellement un index glycémique de 1 gr. 87 p. 1.000 et une glycosurie de 10 gr. par vingt-quatre heures (pour une diu-


OLETHYLE-BENZYLE

rèse de 7.800 gr. environ). Les urines ne contiennent ni acétone, ni acide diacétique. L'azotémie est subnormale (0 gr. 45 p. 1.000). La cholestérolémie toujours haute (2 gr. 40). Les réactions sérologiques (Wassermann, Hecht, Kahn, Müller), Meinicke) pratiquées par le docteur Devèze restent négatives.

H... connaît encore une courte période de stabilisation, et même d'amélioration relative. En mars cependant, il souffre pendant plusieurs jours de la jambe droite, qui s'œdématise légèrement ; le trajet de la saphène devient douloureux à la pression ; le malade demeure apyrétique. Tout rentre rapidement dans l'ordre. Un régime hypoglycidique mesuré a été institué, associé à une insulinothérapie quotidienne de 15 unités. En mai, la glycémie est encore de 1 gr. 90 et l'azotémie de 0 gr. 50.

Le 14 mai, dans la matinée, H... éprouve des douleurs abdominales diffuses, qui deviennent vite extrêmement vives ; il a plusieurs petits vomissements alimentaires et va à la selle. Il est apyrétique, son pouls est normal, son abdomen souple. Comme H... avoue avoir absorbé la veille en abondance du pâté et des cerises, l'interne de service croit à une simple indigestion. Cependant, le visage du malade s'altère rapidement.

Cet état s'atténue après six heures pénibles. Au commencement de la nuit, H... ne vomit plus, il souffre un peu moins ; mais son visage reste pâle et tiré, son abdomen demeure souple, aucune localisation ne s'y dessine, des gaz sont émis, il n'y a pas eu de nouvelle selle ; la température est toujours normale, le pouls est bien frappé à 90.

Au matin, la situation a complètement changé. Le malade est angoissé, dyspnéique et son teint est terreux, sa paroi abdominale est tout entière en contracture, sans qu'aucun point douloureux précis ne se révèle. Le pouls est petit, rapide (130), la tension artérielle est de 12-7, les bruits du cœur sont assourdis. La température rectale est de 38°2.

Le chef de service est appelé aussitôt auprès du patient : le diagnostic est fait d'une thrombose mésentérique probable, en raison du passé du malade, et de l'absence de localisation des signes initiaux dans la région appendiculaire. L'indication opératoire immédiate est posée ; le professeur Jeanbrau, dont l'avis est sollicité, la confirme, — comme le professeur agrégé Aimes qui veut bien, vu l'urgence, intervenir aussitôt dans le pavillon opératoire du service d'urologie voisin. La laparotomie confirme le diagnostic : la première anse jéjunale est distendue et livide, son mésentère est ecchymotique et contient des vaisseaux thrombosés. L'anse frappée est simplement extériorisée. Il n'existe encore aucun point de sphacèle, aucune exsudation péritonéale.

Après quatre jours de défense, au cours dequels il est très difficile de nourrir le malade, la situation est apparue irrémédiablement perdue : H... s'affaisse et décline. Le sixième jour (20 mai), il est mourant, et les siens l'emportent. Aucun contrôle anatomique post mortem n'a été possible.

*
**

L'évolution de l'infarctus mésentérique de notre malade s'est faite au début en dehors des principaux signes classiquement décrits.

Le début brusque et violent n'a cependant pas d'emblée revêtu le caractère dramatique le plus souvent rencontré. Il serait même possible de le rapprocher du début en deux temps décrit par Sauvé avec un intervalle libre. Alors que la rémission peut être absolue elle n'a été ici que tout à fait relative et trompeuse bien que les divers signes aient paru céder durant 15 heures environ. « Dès que la maladie est constituée, elle est visiblement grave », dit Mondor.

Sans doute le facies du malade s'était précocement altéré, la douleur initiale avait été normalement violente et prolongée, mais après quelques heures une rémission relative avait égaré le diagnostic.

En effet les anamnestiques pouvaient faire penser chez notre malade qui, la veille, avait ingéré une assez grande quantité de cerises et de pâté, à un embarras gastrique ou à une intoxication alimentaire. Particulièrement remarquable était l'opposition entre les signes physiques très discrets (l'abdomen était souple, étonnamment souple même, lors du premier examen, le pouls assez bon, la tension de 11,5-6,5) et l'intensité des phénomènes généraux. Les symptômes physiques abdominaux étant survenus tardivement aucun signe important n'a permis tout au début d'aiguiller lumineusement le diagnostic.

La douleur très violente était généralisée, on ne pouvait retrouver nettement un point maximum qui, joint à divers autres signes, comme nous l'avons signalé, aurait, dans certains cas, une valeur indicatrice topographique, la douleur péri-ombilicale correspondant le plus souvent à un infarctus des vaisseaux mésentériques supérieurs, la douleur lombaire à un infarctus des vaisseaux mésentériques inférieurs.

Les vomissements ont été des vomissements alimentaires et muqueux ; le sang n'y a jamais fait son apparition pas plus que dans les selles qui ont été supprimées précocement. Pas de diarrhée qui est le plus souvent une diarrhée hydrique, fluide, profuse et plus rarement une diarrhée sanglante.

Sept heures après le début, le sujet paraît souffrir un peu moins et plaisante même sur son mal. Il n'existe pas de modifications abdominales pouvant indiquer soit une occlusion, soit une péritonite.

Dix-neuf heures après le ventre est toujours souple, la température normale, quelques rares gaz sont évacués. Quatorze heures après le sujet dort bien, son pouls est satisfaisant.

Vingt-quatre heures après le début, le masque fut arraché avec brutalité. Apparaissent la contracture et des signes indiquant une atteinte grave de l'état général (petitesse du pouls devenu filant, dyspnée très marquée). Le ventre est devenu un ventre de bois, l'élévation thermique est légère (38°2), la douleur est toujours très vive, le facies terreux est très altéré.

Cette forme clinique paraît correspondre à celle que l'on a désignée sous le nom de forme occlusive de l'infarctus sans diarrhée hydrique et sans entérorragie.

Devant le tableau clinique de la 28e heure, on pourrait discuter de nombreuses éventualités (appendicite aiguë perforée, pancréatite hémorragique, etc...), mais il fallait en l'occurrence, en l'absence de signes nets et surtout d'après les antécédents artéritiques du malade penser à une nouvelle participation vasculaire.

Quelle était la nature de cette artérite et quels rapports avait-elle avec l'infarctus mésentérique ?

Malgré la glycosurie et l'hyperglycémie décelée par le laboratoire, le diagnostic d'artérite diabétique survenant surtout comme accident tardif chez des diabétiques à importante glycosurie et polyscléreux devait être éliminé.

A quelle forme rattacher cette artérite juvénile ? Il semble bien qu'il y ait eu plus qu'une dystrophie artérielle avec rôle inflammatoire succinct, comme c'est le cas dans l'artérite juvénile simple. Celle-ci évolue d'une façon excessivement lente et la gangrène suit une progression interminable. Une note nettement inflammatoire se glissait ici : il existait très nettement une angéite dont quelques manifestations échelonnées dans le temps signaient la persistance (ainsi la légère phlébite jambière survenue quelques mois avant l'accident terminal). L'évolution extensive faisait penser à une sorte de septicémie vasculaire de lente évolution, à poussées massives et limitées, à localisations multiples. Ces caractères rapprochent cette artérite de la maladie de Léo Buerger.

Ici encore, l'origine israélite faisait défaut. L'étiologie ne comportait ni tabagisme ni alcoolisme. Si l'identification exacte de notre cas à une malade de Léo Buerger ne peut, de ce fait, être affirmée, il s'agissait certainement d'une forme très voisine. Peut-être un facteur infectieux s'était-il associé au processus dyscrasique : nous n'avons connu l'existence de la septicémie à Perfringens de 1932 qu'après la mort du malade. Cette notion nous eût incité à pratiquer diverses hémocultures. Ces recherches eussent peut-être mis entre nos mains un document utile.

Ces notions n'ont pas pu être complétées par l'examen anatomique des vaisseaux mésentériques, mais il paraît probable qu'il s'agissait ici d'une thrombose lentement constituée, à bas bruit, puisque ce sujet n'avait jamais eu depuis son entrée à l'hôpital le moindre trouble intestinal. Dès que l'oblitération a été complète les phénomènes dramatiques ont fait leur apparition.

Que signifiaient enfin la glycosurie et l'hyperglycémie tardives de ce malade ? Avait-il avant d'entrer dans son périple artéritique un diabète léger et caché ? ou a-t-il réalisé grâce à une lésion vasculaire nouvelle une atteinte des centres glyco-régulateurs ? Enfin, cette glycosurie ne faisait-elle pas tout simplement partie du syndrome artéritique ? En effet, les artérites juvéniles présentent très souvent dans leurs manifestations humorales une hyperglycémie accompagnée d'une hypercholestérolémie qui l'une et l'autre existaient chez notre malade.

Au moment de l'intervention, il n'existait pas de péritonite à proprement parler, le péritoine rempli de sérosité sanguinolente était indemne. Mais malheureusement la thrombose intéressait les premières branches de la mésentérique supérieure. Le sujet a fort bien résisté au choc même de l'intervention pendant plusieurs jours. C'est en raison de l'alimentation très difficile et des troubles toxiques qu'il n'a pu être sauvé.

***

L'histoire de ce malade met en évidence l'importance diagnostique en pareille occurrence des commémoratifs et surtout des signes précoces, révélateurs d'un choc humoral et nerveux grave, alors que les signes abdominaux passent au second plan et peuvent même faire errer le diagnostic.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

AMELINE (A.). Sur les renseignements fournis par la percussion de l'abdomen dans l'infarctus intestinal (*Presse médicale*, 8 nov. 1933).

AMELINE (A.) et LEFEBVRE (C.). Infarctus du mésentère. *XLIVe Congrès de chirurgie*, oct. 1935.

CAVARDIAS et CATSARAS. Contribution à l'étude de la thrombose de l'artère mésentérique (*Lancet*, 1923, t. I, p. 949).

CLAVEL (Ch.) et MELNOTTE (V.). Valeur séméiologique de l'entérorragie dans l'infarctus intestinal. (*Presse médic.*, 30 juill. 1932).

DENELHAN. Infarctus de l'intestin (*Bulletin médical*, 14 oct. 1933).

DESPLAS. Deux observations de thrombose mésentérique (*Société de gastro-entérologie de Paris*, 9 mai 1927).

DIEULAFÉ (R.). Contribution à l'étude de l'irrigation de l'intestin grêle. Conséquences de la ligature expérimentale des vaisseaux mésentériques (*Arch. d'Anatomie, d'Histologie et d'Embryologie*, t. XXI, p. 97-108). — Contribution à la pathogénie de l'infarctus intestinal segmentaire (*Paris médical*, 29 juin 1935).

DUVAL (P.). Affections chirurgicales de l'abdomen (*In Précis de Pathologie chirurgicale*, Masson et Cie, 1924).

FARAH. Thèse de Paris, 1929.

FOURMESTREAUX (DE). L'infarctus de l'intestin sans oblitération vasculaire (*Bruxelles médical*, 3 mars 1935).

GALLAVARDIN. Embolies et thromboses mésentériques (*Gaz. des Hôpitaux*, août 1901).

GIRAUD (G.), AIMES (A.), RAVOIRE (J.) et GODLEWSKI (M.). Infarctus mésentérique, épisode terminal d'un syndrome prolongé d'artérite juvénile diffuse (*Arch. de la Soc. des Sciences méd. et biol. de Montpellier*, juillet 1936).

GRÉGOIRE. Une observation de thrombo-angéite aiguë juvénile (*Société de Chirurgie*, 18 nov. 1929). — A propos de la thrombose mésentérique (*Société de Chirurgie*, 12 octobre 1932).

GUILLAUME. L'artérite juvénile (*Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 11 mars 1927).

GUINY (H.-V.). Thrombo-angéite oblitérante (*Archives médicales belges*, 1927).

GUIRE (M.). Thrombose mésentérique (*Archives des maladies du cœur*, p. 731, 1934).

LAGANE. Thèse de Paris, 1922.

LAPOINTE. A propos de l'infarctus hémorragique de l'intestin (*Société nat. de Chirurgie*, 2 déc. 1931).

LA ROUSSELIÈRE (DE). Etude sur l'oblitération des vaisseaux mésentériques (*Thèse de Paris*, 1921).

LECÈNE. Infarctus hémorragique de l'intestin grêle par thrombose mésentérique (*Société anatomique de Paris*, 1921, p. 291).

MEERSSEMAN et COUMEL (H.). Artérite oblitérante juvénile à localisations multiples (septicémie artérielle subaiguë) (*Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 10 juin 1932).

MEYER (S.C.). Occlusion vasculaire mésentérique (*Annals of Surgery*, juillet 1931).

MONDOR. Diagnostics abdominaux urgents. Masson et Cie, 1930.

MOURE, SEMELAIGNE et COLOMBET. Thrombose de l'artère mésentérique inférieure (*Société anatomique*, 22 janvier 1921).

PATEL (J.) et GOSSET (J.). Remarques sur la maladie dite infarctus de l'intestin (*Journal de Chirurgie*, mars 1935, p. 396-403).

ROSS (G.G.). Six cas de thrombose mésentérique (*Annals of Surgery*, 1920, p. 122).

RICHE (P.). Infarctus intestinal et thrombose mésentérique (*Société nat. de Chirurgie*, 2 décembre 1931).

SABATHIER. A propos d'un cas de thrombose de l'artère mésentérique supérieure (*Loire médicale*, 1925, p. 420).

SAUVÉ. De l'oblitération des vaisseaux mésentériques (*Journal de Chirurgie*, novembre 1920).

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

ZONA OPHTALMIQUE (1)

COMPLICATIONS

Nous serons bref sur :

— Le passage à la suppuration ;

— La transformation hémorragique ;

— Le zona gangréneux.

Ils sont le fait des débilités, des cachectiques et des diabétiques.

Des complications nerveuses et méningées peuvent se voir :

— Mydriase paralytique, qui peut persister longtemps après le zona.

— Paralysie de la IIIe paire, soit dissociée avec ptosis totale, avec ptosis et strabisme interne.

Enfin, la réaction méningée anatomique peut être la traduction d'une véritable méningite zonateuse avec :

Céphalée ;

Rachialgie cervicale ;

Raideur de la nuque.

Exceptionnellement, on a pu signaler à la suite d'un zona, un syndrome de Claude Bernard-Horner avec énophtalmie, rétrécissement de la fente palpébrale et myosis.

Beaucoup plus importantes sont les complications oculaires et les algies persistantes post-zostériennes.

Les complications oculaires portent :

1° *Sur la conjonctive :*

A côté de la conjonctivite simple hyperémique, avec rougeur et larmoiement qui est un signe banal de beaucoup de zonas ophtalmiques, il peut s'agir de :

Conjonctivite phlycténulaire, avec douleur vive et photophobie intense.

2° *Sur la cornée :*

Nous avons vu que la constatation d'une anesthésie cornéenne devait toujours faire redouter son atteinte.

De même, la présence de vésicules sur l'aile du nez doit toujours la faire surveiller spécialement, le même nerf innervant les deux territoires.

La *kératite* est caractérisée d'abord par un dépoli de la cornée, puis par des ulcérations polycycliques surtout visibles après badigeonnage à la fluorescéine, qui laissent souvent une opacité définitive et une taie blanchâtre gênant la vision, parfois un staphylome.

La *kératite purulente* est plus grave encore, elle peut entraîner la fonte purulente de l'œil.

3° *Sur l'iris* beaucoup plus rarement.

4° *Sur la rétine*, pouvant déterminer une atrophie papillaire d'ailleurs exceptionnelle.

Les *séquelles douloureuses du zona* sont la deuxième grande complication de la maladie.

Elles sont d'autant plus à craindre que le sujet est plus âgé.

Elles ne font parfois que s'exacerber après disparition du zona, parfois au contraire, elles s'atténuent peu à peu, mais quoi qu'il en soit, elles sont désespérantes par leur ténacité et elles retentissent considérablement sur l'état général du malade, dont elles rendent la vie insupportable.

FORMES CLINIQUES

Nous ne ferons que signaler les zonas associés :

A un *zona du maxillaire inférieur*, avec des vésicules sur le menton, la lèvre inférieure, les gencives.

A un *zona du maxillaire supérieur*, avec vésicules sur les amygdales, le voile.

A un *zona géniculé*, avec vésicules dans le conduit auditif externe et souvent paralysie faciale.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, nº 14, du 17 février 1937.

A un *zona du glosso-pharyngien, du X*, un zona cervical du tronc ou des membres.

Les *zona sans éruption.*

Les *zona bilatéraux*, exceptionnels.

DIAGNOSTIC

Au début, on pourra discuter :

Une névralgie banale ;

Un érysipèle (rechercher le bourrelet) ;

Une dacryocystite (faire sourdre une goutte de pus) ;

L'herpès, diagnostic le plus difficile, souvent autres localisations.

Quant aux éruptions zostériformes infectieuses, toxiques ou symptomatiques, d'une affection méningée ou médullaire, elles ne sont qu'exceptionnellement ophtalmiques.

NATURE DU ZONA

Anatomiquement, on constate : localement, une dégénérescence ballonnisante, l'atteinte du ganglion de Gasser, parfois du III et des méninges.

Expérimentalement, on n'a pu reproduire l'affection ou tout au moins on n'a pu obtenir la transmission en série.

La nature du virus zonateux reste donc inconnue, on pense qu'il s'agit d'une maladie infectieuse particulière due à un virus filtrant neurotrope.

On a de plus discuté les rapports du zona avec d'autres affections à virus neuro-dermotropes.

Avec *l'herpès*, mais celui-ci n'immunise pas, est inoculable, n'a pas de topographie nerveuse et ne donne pas la réaction de fixation du zona.

Avec *la varicelle* (Wetter). De fait, les caractères histologiques de la vésicule sont les mêmes, il a pu y avoir des apparences de contamination croisée, la réaction de fixation est la même avec les deux antigènes.

Pourtant, nombre d'auteurs font des réserves sur l'identité des deux affections, et il faut noter que la varicelle est inoculable, que le zona ne l'est pas, que la formule hématologique n'est pas la même, que le liquide céphalo-rachidien n'est pas altéré dans la varicelle.

Enfin, à côté du zona, *maladie immunisante*, il existe des réactions zostériennes récidivantes qui semblent liées beaucoup plus à l'atteinte des ganglions rachidiens que de l'agent causal qui peut être varié.

TRAITEMENT

1. *Sur l'éruption*, badigeonnages d'éther picriqué, poudres inertes (talc, oxyde de zinc).

2. *Contre les douleurs :* aspirine, antipyrine, autohémothérapie, moyens physiques, eau d'Uriage ; plus tard, alcoolisation et même traitement chirurgical.

3. *Contre les complications oculaires :*

— Désinfection de l'œil par l'argyrol.

— Prévenir l'iritis par l'atropine.

— Protéger l'œil par un bandeau.

— Tarsoraphie contre les kératites graves.

J. FERROIR.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Lecciones de terapeutica clinica. Première série, par le docteur Juan Carlos Pla. Grand in-8° de 177 pages. A Montevideo, en 1935, aux Editions scientifiques du Syndicat médical de l'Uruguay.

Le blé, la farine et le pain, par le docteur A. Gottschalk. In-8° de 62 pages, avec 16 illustrations. Aux éditions de la Tournelle, en dépôt chez Le François, 91, boulevard Saint-Germain. 1935.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 17. — SAMEDI 27 FEVRIER 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE) PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de médecin des hôpitaux* (admissibilité).

Epreuves écrites. — *Questions sorties :* Série A. Les artérites oblitérantes des membres inférieurs. — Série B. Formes cliniques de la tuberculose granulique des poumons.

Questions restées dans l'urne : Série A. Coma urémique. Des syndromes hypothyroïdiens. — Série B. Amylose rénale. Arthropathies tabétiques.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat* (oral).

Séance du mardi 23 février :

Notes attribuées : MM. André, Paul, 18 ; Lemanissier, 19 ; Sénéchal, Robert, 21 ; Lajouanine, 22 ; Bouche, 21 ; Claracq, 21 ; Gertzberg, 19 ; Grimaut, 20 ; Elbaz, 19 ; Stefani, 20.

Questions données : Symptômes, diagnostic et complications de la tuberculose iléo-cæcale. — Symptômes et diagnostic du pneumothorax spontané total de la grande cavité.

Séance du mercredi 24 février.

Notes attribuées : MM. Audoly, 16 ; Bauer, 15 ; Le Bozec, 17 ; Froissant, 22 ; Denizet, 19 ; Nadiras, 18 ; Villanova, 19 ; Mantoux, 21 ; Bastin, 15 ; Caufment, 20.

Questions données : Symptômes et diagnostic des rétrécissements du rectum. — Symptômes et diagnostic de l'insuffisance aortique syphilitique.

Faculté de médecine de Paris. — *Congé de la Mi-Carême* 1937. 1° Les cours, travaux pratiques et examens vaqueront le jeudi 4 mars. La bibliothèque sera également fermée.

2° Les bureaux du Secrétariat seront ouverts de midi à 15 heures.

Faculté de Strasbourg. — La chaire de clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine est déclarée vacante.

Marine. — M. le médecin général de 2e classe Chauvin est placé dans la 2e section du cadre des officiers généraux du corps de santé de la marine.

— M. le médecin en chef de 1re classe Donval a été nommé dans la 1re section du cadre des officiers généraux au grade de médecin général de 2e classe, en remplacement de M. le médecin général de 2e classe Chauvin, placé dans la 2e section.

Guerre. — Un décret (*J. O.* du 24 février) porte réorganisation du *Comité consultatif de santé.* En voici le texte :

Art. 1er. — Un comité consultatif de santé est institué auprès du Département de la Défense nationale et de la Guerre.

Art. 2. — Ce Comité est composé :

a) De membres titulaires, au nombre de douze au moins, choisis parmi les officiers généraux du corps de santé militaire et du corps de santé des troupes coloniales ;

b) De membres consultants au nombre de dix au moins, choisis parmi les membres civils de l'Académie de médecine (quatre), et parmi les officiers généraux et supérieurs du corps de santé militaire et du corps de santé des troupes coloniales, y compris ceux mis à la disposition d'autres départements ministériels.

Art. 3. — Les membres titulaires et les membres consultants du comité consultatif de santé sont, à dater du 1er janvier de chaque année, régulièrement nommés pour une période d'une année, leur mandat étant susceptible d'être re-

nouvelé par périodes successives et équivalentes d'une année. Toute désignation prononcée en cours d'année est renouvelable à la date du 1er janvier suivant.

Asiles publics d'aliénés. — Mme le docteur Piquemal-Levêque, médecin-chef de service à l'asile public d'aliénés de Limoux (Aude), a été nommée, sur sa demande, médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Braqueville (Haute-Garonne).

Sanatoriums publics. — M. le docteur Gourfinkel, médecin directeur du sanatorium de la Meynardie (Dordogne), a été nommé, sur sa demande, médecin directeur du sanatorium de Plougonven (Finistère).

M. le docteur Calvet, médecin adjoint des sanatoriums publics, a été nommé médecin directeur stagiaire au sanatorium de la Meynardie (Dordogne).

Mlle le docteur Rénié, médecin adjoint au sanatorium interdépartemental d'Hauteville (Ain), a été nommée, sur sa demande, médecin adjoint au sanatorium de la Bucaille à Aincourt (Seine-et-Oise).

Mlle le docteur Roche, médecin adjoint au sanatorium de Plougonven (Finistère), a été nommée, sur sa demande, médecin adjoint au sanatorium interdépartemental d'Hauteville (Ain).

M. le docteur Lasserre, médecin adjoint au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais), a été nommé médecin adjoint au sanatorium du département du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

M. le docteur Lansac-Fatte a été nommé médecin adjoint au sanatorium de Plougonven (Finistère).

Mlle le docteur Peraud a été nommée médecin adjoint au sanatorium de Plougonven (Finistère).

Union des médecins mutilés de guerre. — L'Union des médecins mutilés de guerre a tenu son Assemblée générale annuelle au Cercle Militaire, le 13 février dernier.

Le Bureau est ainsi composé pour 1937 :

Président : M. G. de Parrel ; Vice-Présidents : MM. Garnier-Claudon, O'Followell, Villetard de Laguerie ; Secrétaire général : M. Fernand Masmonteil ; Secrétaire adjoint : M. Dumont ; Trésorier général : M. Beau ; Trésorier adjoint : M. Constantin.

Pour tous renseignements, écrire au Secrétaire général : M. le docteur Fernand Masmonteil, 23, rue du Landy, Saint-Ouen (Seine).

L'Œuvre de Musique et Poésie à l'hôpital, dont la devise « Distraire les malades et faire connaître dans les milieux populaires notre patrimoine musical et littéraire » est à elle seule tout un programme, donnera gratuitement un concert le vendredi 12 mars, à 20 h. 30, salle des Centraux, 8, rue Jean-Goujon. Ce concert a pour but de faire connaître l'Œuvre à travers ses artistes, puisque les noms de Michèle et Claude Loirat, Marcelle Gavanier, Jane Sarrazin se retrouvent dans de nombreux programmes d'hôpitaux, et sa dévouée directrice fondatrice Mme Georges Dupau, femme d'un confrère, souhaiterait que le milieu médical veuille bien s'intéresser à cet effort d'éducation populaire, à la fois artistique et morale.

Sur le programme figure également le nom du Mozart de la danse, la petite « Janine Charrat ».

Une quête, seule, rappellera qu'il faut songer aux frais de déplacement des professionnels qui assurent avec abnégation deux fois par semaine les concerts des hôpitaux et des sanatoria parisiens.

Prière de demander des cartes d'invitation, soit chez Mme Georges Dupau, 15, rue Hégésippe-Moreau (18e). (Tél. : Mar. 27-28), soit chez Mlle Gavanier, 193, rue de l'Université. (Tél. : Inv. 00-83).

COURS ET CONFÉRENCES

Faculté de médecine de Paris. — *Cours de perfectionnement.* — M. le professeur M. Villaret.

Du 8 mars au 20 mars, aura lieu à l'hôpital Necker un cours sur la thérapeutique des affections vasculaires rénales, rhumatismales et endocrino-végétatives, à la faveur des acquisitions récentes de la clinique et du laboratoire.

— Du 19 avril au 4 mai, aura lieu à l'hôpital Necker un cours sur la thérapeutique des maladies du tube digestif, du foie et de la nutrition.

— Du 1er au 4 mai, un voyage à Vichy complétera le cours.

Pour tous renseignements, s'adresser au laboratoire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques de la Faculté de médecine de Paris. (Ecole pratique.)

Chaire de physiologie. — M. le professeur Léon Binet commencera le cours de physiologie le lundi 1er mars, à 16 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Objet du cours : *Respiration, circulation, digestion, les sécrétions internes.*

Les étudiants en médecine de 1re année (nouveau régime) sont convoqués pour les lundis et mercredis (respiration, circulation et digestion) ; les étudiants de 2e année (nouveau régime) sont convoqués les vendredis ; les étudiants de 2e année (ancien régime) sont convoqués les lundis, mercredis et vendredis.

Chaire de bactériologie. Professeur : Robert Debré. — M. le docteur Gastinel, agrégé, commencera ses conférences le mercredi 10 mars, à 18 heures, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à l'amphithéâtre Vulpian.

Sujet des leçons : *Les principales bactéries pathogènes pour l'homme* (révision du cours de bactériologie).

Ces leçons s'adressent plus particulièrement aux étudiants de deuxième année, ancien régime.

Cours de chimie médicale. — M. le professeur M. Polonovski fera la leçon inaugurale de son cours le jeudi 11 mars 1937, à 18 heures, au Grand Amphithéâtre de la Faculté, et continuera le cours les mardis et jeudis suivants, à 16 heures, à l'amphithéâtre Vulpian. Ce cours est destiné aux étudiants de 1re année (N. R.) et 2e année (A. R.) : il portera sur le programme de l'examen de fin d'année.

Cours de parasitologie et histoire naturelle médicale. Professeur : M. E. Brumpt. — M. le professeur G. Lavier, de la Faculté de médecine de Lille, chargé d'enseignement, reprendra le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale (2e semestre) le samedi 6 mars 1937, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. Wilmoth, agrégé, commencera son cours le lundi 3 mai 1937, à 17 heures, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre de la Faculté.

Programme : *Pathologie chirurgicale du membre inférieur.*


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE

REVUE GENERALE

NOTIONS RÉCENTES SUR LA PARENTÉ DE DIVERSES AMYOTROPHIES ET ATAXIES FAMILIALES

Par M. H. PIERRE KLOTZ,
Interne des hôpitaux de Paris.

Nous avons pour objet dans ce travail de situer la parenté qui relie différentes affections familiales, la Maladie de Friedreich, l'amyotrophie de type Charcot Marie, la Névrite hypertrophique de Déjerine Sottas, enfin l'Hérédo-ataxie cérébelleuse. Nous commencerons tout d'abord par préciser en quelques mots le caractère et l'allure clinique de ces diverses maladies.

La première connue, la Maladie de Friedreich, fut identifiée dès 1864. Elle est caractérisée par l'association de signes de la série tabétique (réflexes tendineux abolis, Signe de Romberg) à des signes cérébelleux (démarche cérébelleuse, tremblement intentionnel, parole scandée, nystagmus), à une légère amyotrophie avec déformations très spéciales : pied bot, cyphoscoliose, enfin à un syndrome pyramidal s'extériorisant par un réflexe cutanéo-plantaire en extension.

On attribue classiquement à cette affection familiale des lésions de sclérose des cordons postérieurs débordant sur les faisceaux voisins.

Quelques années après la description de Friedreich, Charcot et Marie, en 1886, identifièrent un type spécial d'affection familiale caractérisé par l'existence d'une amyotrophie considérable surtout nette aux extrémités distales, l'absence plus ou moins complète d'ataxie, et de cyphoscoliose. Les réflexes tendineux sont abolis. Il y a tendance au pied creux, une légère scansion de la parole, et un petit tremblement intentionnel. L'absence de signe de Babinski, notée ultérieurement dans ce type clinique, vint compléter l'opposition avec la maladie de Friedreich. Les études anatomiques de P. Marie et Sainton, de Marinesco devaient cependant montrer également des lésions des cordons postérieurs, analogues à celles observées dans le tabès, avec parfois extension aux cornes antérieures (Marinesco) et aux nerfs périphériques.

En 1889, Gombault et Mallet, sous le titre « un cas de tabès ayant débuté dans l'enfance », étudièrent une variété spéciale d'amyotrophie familiale que quatre ans plus tard, en 1893, Déjerine et Sottas décrivirent sous le nom de « *névrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance* ».

Elle se distingue cliniquement de l'amyotrophie de type Charcot Marie par le caractère plus net de la cyphoscoliose, *l'existence d'un syndrome pseudo-tabétique* (signe de Romberg, douleurs fulgurantes, signe d'Argyll-Robertson) et surtout la présence d'*une hypertrophie des troncs nerveux*. C'est là d'ailleurs la seule lésion anatomique qui oppose les deux variétés d'amyotrophies.

En 1906, puis en 1910, *Pierre Marie et Boveri* observèrent un type différent de névrite hypertrophique familiale dont les caractéristiques grossières, l'opposant au type Déjerine Sottas, étaient l'absence de syndrome pseudo-tabétique, et l'existence au contraire *d'un syndrome cérébelleux des plus nets* (tremblement intentionnel, scansion de la parole).

L'Hérédo-ataxie cérébelleuse enfin, décrite par Pierre Marie, en 1893, ressemble fortement à la maladie de Friedreich dont elle diffère seulement par l'exagération des réflexes tendineux, l'absence ou la discrétion des déformations des pieds, de la colonne vertébrale, l'existence d'atrophie papillaire.

***

Le rapport de ces différentes affections, les formes de passage qui les lient ont fait l'objet de très nombreux travaux.

I. *Relations de l'amyotrophie de type Charcot-Marie et de la névrite hypertrophique interstitielle.*

Dès l'identification de ces types cliniques, leur rapport fut très discuté. Si Pierre Marie et Déjerine soutenaient l'autonomie de tels syndromes, Raymond, Marinesco considéraient l'hypertrophie des troncs nerveux comme une manifestation contingente et tardive, et croyaient à leur unicité. *Ils se basaient sur l'identité des signes cliniques et des lésions anatomiques*, en dehors de l'hypertrophie des troncs nerveux. Dans les deux affections, en effet, l'on retrouve les mêmes lésions de sclérose des cordons postérieurs. De nombreux cas intermédiaires ont d'ailleurs été signalés. Dès 1900, Hoffmann en rapportait des exemples. Tout récemment, Cornil, Chalnot, Raileanu et Thomas publièrent une forme de transition caractérisée cliniquement par un tableau se rapprochant de l'amyotrophie de type Charcot Marie, et anatomiquement par une démyélinisation dégénérative des nerfs avec *prolifération des cellules de la gaine de Schwann*, c'est-à-dire par des lésions assez proches de celles retrouvées dans la névrite hypertrophique. Les auteurs concluent d'ailleurs à une schwannose hypertrophique progressive. Des faits analogues avaient été signalés par Royama, Casazza, Charusi et Nazari (1).

II. *Rapport de la Maladie de Friedreich et de l'hérédo-ataxie cérébelleuse.*

La parenté entre ces deux affections se révéla dès l'origine fort grande. Pierre Marie n'écrivait-il pas lui-même : « Il est possible que l'une et l'autre affections ne soient que des modalités différentes d'une même espèce morbide ».

Les auteurs allemands Erb, Jendrassik, Luthje concluent également à l'analogie de ces deux types d'ataxie. « Nos connaissances cliniques et anatomo-pathologiques, dit Luthje, nous forcent à admettre que la Maladie de Friedreich et l'hérédo-ataxie cérébelleuse représentent cliniquement et anatomiquement une seule maladie, caractérisée par l'ataxie progressive du type familial, et dans laquelle les symptômes varient selon l'intensité et l'extension de la sclérose des

(1) Cités dans Thomas et Chausseblanche. Névrite hypertrophique progressive. Encéphale, 1933, p. 504.

cordons ». La cypho-scoliose, le pied bot ont d'ailleurs été notés dans l'hérédo-ataxie cérébelleuse (Londe). Les troubles visuels peuvent y manquer (Brissaud et Londe), et être observés, au contraire, dans la maladie de Friedreich (Raymond). D'autres auteurs ont signalé l'alternance de ces deux types cliniques dans une même famille (Veraguth, Gardner, Terrier et Chassin). Krebs et Mollaret se rallient complètement à cette manière de voir, faisant de ces affections « deux aspects d'une seule et même entité » qui ne différeraient que par l'intensité des signes pyramidaux. Le plus souvent, le syndrome pyramidal ne se traduit que par un signe de Babinski bilatéral, car la lutte est inégale entre la lésion radiculo-cordonnale postérieure qui a interrompu les réflexes et la sclérose pyramidale qui tend à les exagérer. Parfois cependant, comme ces auteurs l'ont montré, la lésion pyramidale peut, si elle est importante, parvenir à prévaloir contre les lésions radiculaires postérieures et s'extérioriser d'une manière plus complète par une exagération des réflexes tendineux. Ainsi, l'état des réflexes tendineux, ce « poteau frontière » (Londe) entre Maladie de Friedreich et Hérédo-ataxie cérébelleuse, dépend seulement de l'importance du syndrome pyramidal.

III. *Rapports des Maladies du groupe Friedreich et des amyotrophies familiales du type Charcot Marie, ou Déjerine Sottas Gombault.* Ces rapports ont également fait l'objet de travaux intéressants.

Brémond, cité par Austregesilo, a publié (1928) le cas d'un homme *atteint de Maladie de Charcot Marie* dont l'un des enfants présentait une maladie de Friedreich et les deux autres une amyotrophie du type Charcot Marie. Un autre de ses malades était atteint de la même affection : 4 sur 5 de ses enfants étaient touchés ; l'un avait une amyotrophie de type Charcot Marie, un autre une névrite hypertrophique progressive, les deux autres une maladie de Friedreich.

Des cas intermédiaires entre l'ataxie pseudo-tabétique et l'amyotrophie type Charcot Marie ont égalemest été décrits, tel celui de Galloti, dans lequel on notait associés un syndrome de Friedreich et une très grosse amyotrophie à prédominance acromélique.

La similitude clinique de la Maladie de Friedreich avec la névrite hypertrophique est également fort grande. Est-il besoin de rappeler que les deux faits dont se servirent Déjerine et Sottas pour décrire la névrite interstitielle hyperthophique avaient été regardés comme des maladies de Friedreich et publiés comme tels par Déjerine (Soc. de Biol., 1890, p. 43). De même, lorsque Pierre Marie voulut apprécier la valeur de cette hypertrophie des troncs nerveux, décrite récemment et la rechercha chez tous ses malades de Bicêtre, un seul la présentait. Il avait été étiqueté Maladie de Friedreich.

Du point de vue anatomique même, Déjerine et Thomas n'ont-ils pas signalé l'existence dans la maladie de Friedreich de lésions des racines, dse ganglions rachidiens et même des tronçons nerveux analogues à celles observées par Marinesco dans l'amyotrophie du type Charcot Marie? Dans les deux ordres d'affections, les lésions dominantes sont des lésions de sclérose des cordons postérieurs, débordant parfois sur les cornes antérieures.

Tout récemment, Austregesilo, résumant ces différentes notions et les enrichissant de ses observations personnelles, soutient qu'il existe une grande famille d'amyotrophie et d'ataxie familiales dont la branche principale serait constituée par la Maladie de Friedreich et qui présenterait de nombreuses formes intermédiaires entre les différents types cliniques individualisés.

C'est vraisemblablement une de ces formes intermédiaires que viennent de décrire M. Roussy et Mlle Lévy. Il s'agit là d'une affection familiale qui, par son *incoordination légère avec pied bot*, ses réflexes tendineux abolis, *son amyotrophie des muscles des extrémités*, son signe de Babinski inconstant, se présente comme un état intermédiaire entre l'amyotrophie de type Charcot Marie et la Maladie de Friedreich, dont elle ne serait qu'une forme fruste pour Darré, Mollaret et Mlle Landowski.

Conclusions. — Il ressort des différents faits précédents qu'il existe des rapports indiscutables entre les différentes ataxies et amyotrophies familiales. Faut-il, poussant plus loin la similitude, ne faire de ces différents états que des aspects multiples et polymorphes d'une seule et même affection? Nous pensons que le problème se pose tout différemment *du point de vue pathogénique ou théorique et du point de vue pratique.*

***

Au point de vue théorique, puisqu'il existe, nous l'avons vu, de nombreuses formes de transition entre ces deux différentes affections, dont, par ailleurs les lésions anatomiques sont très proches, l'on est tenté de les réunir dans une même entité morbide. Cette conception uniciste, que soutenait autrefois Raymond, que reprend récemment Austregesilo, pourrait être interprétée ainsi :

Il existerait un syndrome de base, *le syndrome radiculo cordonal postérieur*, constitué cliniquement par une abolition des réflexes tendineux avec ataxie plus ou moins importante. Il s'y associerait assez rapidement un *syndrome de la corne antérieure* fait d'amyotrophie prédominant aux extrémités et y créant des déformations plus ou moins nettes (pied bot, main plate), et un *syndrome cérébelleux* plus ou moins complet consistant le plus souvent en un léger nystagmus, avec tremblement et adiodococinésie. A ce stade, suivant que la lésion névritique, qui est pour ainsi dire constante (André Thomas-Marinesco), serait ou non une lésion hypertrophique, le tableau réalisé serait celui de la *névrite hypertrophique*, du type Déjerine Sottas ou Marie-Boveri ou celui de l'*amyotrophie de type Charcot Marie.*

Dans un deuxième stade, *il apparaîtrait un syndrome pyramidal* dû à l'extension nouvelle des lésions médullaires.

Il serait le plus souvent léger, et ne se traduirait que par un signe de Babinski bilatéral, sans exagération des réflexes, en raison de la sclérose préexistante des cordons postérieurs. (Babinski a montré de même qu'une hémiplégie survenant chez un tabéti-

que ne modifie pas les réflexes tendineux abolis.) C'est alors que serait réalisé l'aspect de la *Maladie de Friedreich.* D'autres fois, le syndrome pyramidal forcerait, en quelque sorte, la lésion radiculo-cordonale et parviendrait à exagérer les réflexes. C'est alors, suivant la conception de Krebs et Mollaret, que le tableau serait celui de l'*Hérédo-ataxie cérébelleuse.*

On voit, dans l'ensemble, que les diverses affections familiales ne différeraient entre elles que par la prédominance de certains symptômes qui correspondrait à une prédominance lésionnelle sur les fibres cordonales postérieures, cérébelleuses ou pyramidales.

On concevrait facilement, selon cette conception, que les formes de transition soient très fréquentes entre des états qui ne seraient, en somme, *que des étapes d'une même affection.* On comprendrait aisément aussi que, dans une même descendance, l'on puisse rencontrer chez les différents enfants l'une ou l'autre de ces maladies familiales, comme cela a été signalé dans de nombreuses observations et comme nous l'avons, en particulier, observé dans un cas assez démonstratif qui fit l'objet d'une publication récente avec MM. Villaret et Hagueneau à la Société de Neurologie (février 1935).

Si, du point de vue théorique et pathogénique, la conception uniciste semble donc logique, faut-il, l'introduisant dans la pratique, et par là dans la nosologie, englober sous un terme univoque, qui resterait d'ailleurs à déterminer, les diverses amyotrophies et ataxies familiales? Ce serait là une erreur. Il est, au contraire, nécessaire de maintenir les différents types identifiés par les classiques. Ce sont là en quelque sorte des *repères cliniques* qui permettent aux différents auteurs qui s'occupent des affections familiales de situer immédiatement le cas qu'ils étudient, et d'éviter de confondre sous un terme identique des tableaux cliniques essentiellement disparates.

Un point reste acquis cependant, l'identité complète de la Maladie de Friedreich et de l'Hérédo-ataxie cérébelleuse qui ne diffèrent que par l'intensité du syndrome pyramidal. Cette conception, déjà soutenue par Pierre Marie, les auteurs allemands Erb, Jendrassik, Luthje, est affirmée par MM. Guillain et Mollaret, qui en donnent une très satisfaisante explication pathogénique et qui proposent de désigner cette affection sous le nom *d'hérédo-dégénération spino-cérébelleuse.*

Trois types cliniques mériteraient donc d'être conservés :

1° *L'amyotrophie du type Charcot Marie,* caractérisée grossièrement par l'association à des réflexes tendineux abolis d'un syndrome amyotrophique très marqué et d'un syndrome ataxique discret.

2° *L'Hérédo-ataxie du type Friedreich,* ou mieux « *hérédo-dégénération spino-cérébelleuse* » (Guillain et Mollaret), dans laquelle une amyotrophie plus discrète, une ataxie plus marquée, est associée à un syndrome pyramidal qui, selon son importance, ne donne qu'un signe de Babinski ou, au contraire, une exagération des réflexes tendineux. Notons que Guillain et Mollaret font entrer aussi dans ce cadre la paraplégie spasmodique familiale dans laquelle le syndrome pyramidal est au maximum.

3° *La Névrite hypertrophique interstitielle progressive de l'Enfance,* à laquelle seule l'hypertrophie des troncs nerveux confère un caractère particulier. Contrairement aux données classiques, en effet, cette affection très polymorphe semble s'éloigner fréquemment des deux types individualisés par Déjerine, Sottas et par Pierre Marie, Boveri. C'est ainsi que le malade de Souques (1926) ne présentait ni les signes de la série tabétique, caractéristiques du premier groupe, ni ceux de la série cérébelleuse que l'on retrouve dans le deuxième. Il en est de même du malade que nous avons eu l'occasion de suivre dans le service de notre maître M. Maurice Villaret. Aussi faut-il voir dans l'hypertrophie des troncs nerveux le seul caractère constant de cette affection.

BIBLIOGRAPHIE

AUSTREGESILO. — Parenté entre les atrophies musculaires, Charcot-Marie, Dejerine Sottas et maladie de Friedreich, *Rev. sud-améri. de méd. et de chir.*, mars 1930.

BOVERI. — Névrite hypertrophique progressive (type P. Marie). *Semaine méd.*, 1910, p. 145.

CHARCOT et MARIE (P.). — Sur une forme particulière d'atrophie musculaire progressive souvent familiale, débutant par les pieds et les jambes, *Rev. de méd.*, févr. 1886.

CORNIL, CHALNOT, RAILEANU, THOMAS. — Névrite hypertrophique progressive non familiale, *Soc. de Neur.*, 5 juin 1930.

DARRE, MOLLARET et LANDOWSKI (Mlle). — La maladie de Roussy-Lévy n'est-elle qu'une forme fruste et abortive de la maladie de Friedreich ? *Rev. neur.*, 1933, p. 787.

DEJERINE et THOMAS. — Les lésions des racines des ganglions et des nerfs dans la maladie de Friedreich, *Rev. Neur.*, n° 2, 1907.

DEJERINE SOTTAS. — Sur la névrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance, *C. R. Soc. biol.*, 1893.

GALLOTI. — Forme spéciale de maladie de Friedreich, *Rev. de neur.*, n° 5, nov. 1928.

GOMBAULT et MALLET. — Un cas de tabès ayant débuté dans l'enfance, *Arch. de méd. exp.*, 1889.

GUILLAIN et MOLLARET. — Considérations cliniques et physiologiques sur la maladie de Friedreich. L'hérédo-dégénération spino-cérébelleuse, *Presse méd.*, 1933, n° 73, p. 1417.

JENDRASSIK. — Die hereditäre Krankheiten Handbruck der Neurologie (*Zweiter Band. Spezielle Neurologie*, I, Berlin, 1919.

KREBS et MOLLARET. — Aspects successifs de maladie de Friedreich et d'hérédo-ataxie cérébelleuse chez le même malade. *Rev. neur.*, 2 juill. 1931.

LONDE. — L'hérédo-ataxie cérébelleuse, *Th. Paris*, 1895.

LEITHJE. — Die hereditäre Ataxie. Fortschritte des deutschen Klinik herausgegeben von E. V. Leyden und Klemperer, vol. 6, part 2, 1919.

MARIE (P.). — Sur l'hérédo-ataxie cérébelleuse, *la Sem. méd.*, 1893. — Forme spéciale de névrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance, *Revue de neurol.*, 1906. — *Travaux et Mémoires*, Paris, Masson, 1928.

MOLLARET. — La Maladie de Friedreich, *Th. Paris*, 1933.

RAYMOND. — *Etudes de pathologie nerveuse*, 1910. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 6e série, Paris, 1903, p. 203.

ROUSSY et CORNIL. — Névrite hypertrophique progressive de l'adulte, *Am. de méd.*, 1919, p. 296.

Roussy et Lévy (Mlle). — La dystasie areflexique héréditaire, *Presse méd.*, 1932, N° 93, p. 1733.
Roussy et Lévy (Mlle). — Sept cas d'une maladie familiale particulière: *Revue neurologique*, 1926, t. I, N° 4, p. 427.
Sainton. — Amyotrophie de type Charcot-Marie, *Th. Paris*, 1899.
Souques. — Forme atypique de névrite hypertrophique progressive, *Ann. de méd.*, 1926, p. 404.
Souques et Vallery-Radot (P.). — De la contracture dans la maladie de Friedreich, *Rev. neur.*, 1912, p. 634.
Thomas et Chausseblanche. — Un cas de névrite hypertrophique et progressive de l'enfance, *Encéphal.*, 1933, p. 504.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1937)

Traitement chez l'homme des sections nerveuses périphériques par greffon hétéroplastique médullaire. — MM. Antonin Gosset et Ivan Bertrand.

Influence du déséquilibre alimentaire aigu d'origine glucidique sur la composition du muscle du pigeon. — MM. Raoul Lecoq et Roger Duffau.

Sur la propriété anticorps de la protéine visqueuse des sérums hémolytiques antimouton. — MM. P.-G. Charpentier, Maurice Doladilhe et Charles Morel.

Gélification des constituants sanguins. — M. W. Kopaczewski.

(SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1937)

Sur les effets que peut avoir une dose de 0 mgr. 05 de testotérone sur l'histogenèse de la femelle chez le cobaye. — Mme Véra Dantchakoff.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1937)

L'origine de l'hypertrophie prostatique.— M. F. Legueu. Elle a pour point de départ le col vésical lui-même et non l'utricule prostatique. L'adénome en est la manifestation la plus objective mais non la seule. Quand il n'est pas très développé, il y a dans le col lui-même une hypertrophie fibreuse et musculaire du sphincter, située ainsi très audessus de l'appareil mullérien.

L'origine de cette hypertrophie dans un trouble hormonal était déjà annoncée par la toxicité de l'adénome prostatique, dont l'auteur a démontré la réalité avec Gaillardot : elle est encore prouvée par une éosinophilie très marquée, qui, née sous l'influence de l'adénome, disparaît rapidement après la prostatectomie.

Les opérations testiculaires, la castration, non plus que la ligature des déférents, n'avaient autrefois donné des résultats heureux.

Dernièrement, l'expérimentation a pu reproduire sur la souris, le singe et le cobaye l'hypertrophie de tous les éléments mésodermiques intra-prostatiques par l'ingestion de folliculine. Il est donc probable qu'une substance analogue manifeste son activité au moment où la sécrétion testiculaire tend à diminuer.

Aussi bien le traitement opothérapique de la maladie prostatique par les produits testiculaires est-il fondé et a-t-il donné de bons résultats au début de la maladie, au moment de l'apparition des premiers symptômes.

Renseignements complémentaires sur la pathogénie de la Bouffissure d'Annam, maladie de carence. — M. L. Normet complète les données qu'on lui doit déjà sur l'étiologie, la pathogénie et le traitement de la Bouffissure d'Annam. Cette curieuse affection causée par l'absence dans la ration alimentaire de toute albumine animale, aboutit à une inaptitude totale de l'assimilation des albumines et des corps gras. La faculté d'assimilation des albumines peut être recouvrée à la suite d'injections de glycocolle, mais elle peut l'être aussi par l'administration per os du mélange extractif de l'ensemble des vitamines B. Au contraire, la vitamine cristallisée antinévritique B^1 administrée seule est sans effet sur la Bouffissure d'Annam.

La pathogénie de la maladie paraît donc ressortir à une carence des vitamines d'utilisation nutritive et d'utilisation cellulaire.

Les lésions histo-pathologiques de la Bouffissure d'Annam. — MM. J. Bablet et L. Normet décrivent les lésions histopathologiques de la Bouffissure d'Annam : hépatite aiguë analogue à celle de certaines formes d'ictère grave ; dégénérescence des fibres musculaires cardiaques avec phénomènes spéciaux de lyse, néphrite épithéliale constante, mais dont la faible gravité contraste avec l'importance de l'hépatite ; splénite hypoplasique ; pancréatite atrophique avec dislocation et raréfaction des actini et des îlots de Langerhans. Les lésions du myocarde expliquent les troubles circulatoires et la fréquence des morts subites.

Dans l'ensemble, de telles lésions sont incompatibles avec une étiologie parasitaire de la Bouffissure d'Annam et confirment le caractère de maladie de carence attribué par M. Normet à cette affection.

Alcool et cancer de l'œsophage. — MM. Piquet et Tison.

Comité secret. — L'Académie a discuté le choix du sujet mis au concours cette année pour le prix Albert Ier de Monaco (100.000 francs).

Le prix sera attribué à des travaux concernant les *hormones sexuelles.*

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1936)

Hémocrinothérapie dans les affections staphylococciques cutanées. M. Filderman présente 108 observations d'affections staphylococciques cutanées (furonculoses, anthrax, etc.) au cours d'une période de 11 ans, soumises à l'hémocrinothérapie. 83 malades ont guéri sans récidive, 10 après récidive, 6 ont des récidives insignifiantes ne demandant pas de traitement. Cela fait 93 bons cas et 6 relativement bons, sur 108. Des 9 as restants, 3 seulement sont des échecs véritables. Les autres 6 malades avaient guéri, mais ils ont récidivé et ont guéri par des traitements appliqués par d'autres médecins. La méthode de l'auteur présente l'avantage d'une action heureuse sur de nombreuses affections associées, simultanément ou non, et dépendant d'un trouble endocrinien.

Note sur les indications thérapeutiques des U. V. — M. Lobligeois insiste sur l'avantage peu connu de l'emploi des Rayons U. V. en cas de dysménorrhée douloureuse. Il cite à ce sujet toute une série de cas très encourageants.

Indications thérapeutiques dans les complications de l'avortement criminel et lors des perforations de l'utérus. — M. Robert Kaufmann est d'avis qu'en matière d'avortement criminel, il faut tenir l'interrogatoire pour à peu près nul. Le curettage est une opération difficile et aveugle, qui a une indication formelle, mais absolument restreinte : la rétention de matières infectées ; celui qui l'exécute hérite souvent d'une inoculation ou d'une perforation causées par



HYPERTENSIONS
ET TOUS ÉTATS SPASMODIQUES
DE LA MUSCULATURE LISSE
Gélules
Benzoate de Benzyle
OLÉTHYLE-BENZYLE
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, Rue du Faubourg St Honoré
PARIS VIIIe

les manœuvres antérieures. Si les phénomènes infectieux ou péritonéaux se généralisent, il faut *toujours* ouvrir le ventre, Toute opération conservatrice sera drainée. Si l'on doit sacrifier l'utérus, rien ne draine si bien que l'hystérectomie totale.

Mission au Brésil. — M. G. LUYS rend compte d'une mission dont il a été chargé dans ce pays en septembre dernier. Il fit des conférences à l'Académie de Médecine, à la Société d'Urologie Brésilienne et à la Société de Médecine, ainsi que des séances opératoires dans divers hôpitaux. Partout il reçut l'accueil le plus flatteur et le plus chaleureux et il recueillit ainsi un faisceau de faits scientifiques des plus intéressants qu'il expose à la Société de Médecine de Paris.

Contribution expérimentale à l'étude de quelques propriétés pharmaco-dynamiques du totum glycosidique de Digitalis Lanata. — MM. TISON et A. DUGAY étudient quelques propriétés pharmacodynamiques de la nouvelle Digitale : Digitalis Lanata Ehr. Après avoir rappelé dans un bref préambule l'historique de l'introduction en France de cette nouvelle plante par le professeur Perrot en 1930, ils passent plus spécialement à l'étude du totum glycosidique de la plante. Ils déterminent chez le cobaye la dose léthale du totum lui-même et de ses six composants. Les auteurs étudient ensuite l'action du produit aux doses subléthales, et enfin aux doses thérapeutiques (1/4 de milligr. par kilog). Puis vient une étude chez le lapin. Les injections faites chez cet animal par voie intraveineuse sont très bien tolérées. La dose de 0,0003 par kilogr. est continuée pendant trente jours consécutifs chez un lapin qui ne présente aucun trouble ni général ni local. Enfin toujours chez le lapin, les auteurs étudient l'action immédiate du produit par voie intraveineuse, à la dose de 0,00028 par kilog. Ils enregistrent les modifications du rythme cardiaque consécutives à l'introduction du médicament. En conclusion, ils soulignent les propriétés suivantes qui ont été mises en évidence au cours de leur travail : a) Toxicité relativement élevée ; b) Innocuité remarquable aux doses thérapeutiques ; c) Elimination parfaite sans accumulation ; d) Aucune action sclérosante locale sur les parois vasculaires ; e) Action cardiotonique remarquable, rapide, intense, cyclique, et sans aucune séquelle pathologique.

(SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1936)

Pince automatique pour fermer le vagin dans l'hystérectomie totale. — M. G. PASCALIS présente une pince automatique, dérivée de celle de von Potz, permettant dans l'hystérectomie totale de fermer, par des agrafes, le vagin avant de le sectionner.

Traitement chirurgical du cancer du poumon. — M. G. PASCALIS, après avoir rappelé les difficultés du diagnostic précoce du cancer pulmonaire, insiste pour qu'on n'attende pas de l'évolution la confirmation ou l'infirmation de celui-ci, car la chirurgie ne peut rien pour les cas avancés. Seule la pleurotomie exploratrice précoce peut améliorer le pronostic de cette redoutable affection. C'est une opération simple et sans réelle gravité.

Vues nouvelles sur le cancer. (*Pathogénie et traitement*). — M. Ch. TAGUET attire l'attention sur le rôle important de la médecine de demain dans la lutte contre le cancer. Après avoir passé en revue les thérapeutiques anticancéreuses les moins discutées, il fait le bilan des résultats obtenus et constate que si les progrès dans la technique opératoire précoce et une meilleure utilisation des radiations ont amélioré ces résultats, ces derniers sont loin d'être complets. Le perfectionnement de nos moyens thérapeutiques n'empêchera pas que leur champ d'action soit toujours limité ; car ce n'est pas seulement la manifestation locale du cancer qu'il faut détruire, c'est le terrain cancéreux qu'il faut modifier et cela, c'est du domaine de la médecine. A l'appui de ce point de vue, l'auteur dit un mot du cancer expérimental qui bien que virulent ne modifie pas le terrain puisqu'il n'est jamais producteur de métastase, et le met en parallèle avec certains corps dits cancérigènes, qui, eux, préparent ce terrain en perturbant les métabolismes. Après un aperçu sur les prédispositions héréditaires, et les causes exo et endogènes, l'auteur envisage nettement la solution du problème sous l'angle de la prophylaxie et constate que le Congrès international de Bruxelles a officiellement encouragé ces directives nouvelles.

Opacification expérimentale post-mortem de l'appareil circulatoire. — M. R. HEIM DE BALSAC présente un certain nombre de clichés d'opacification de l'appareil circulatoire réalisée suivant sa méthode. Les cavités cardiaques et les gros vaisseaux apparaissent ainsi, mis en évidence à leur place, dans le thorax, par une véritable « dissection radiologique ». La topographie radiologique de ces organes est ainsi établie avec certitude et précision. L'analyse de la silhouette cardiovasculaire ainsi réalisée sous toutes les incidences par l'auteur, lui permet de décrire une anatomie radiologique cardiovasculaire très particulière. Divers exemples lui permettent de montrer toutes les déductions radiocliniques qui résultent de ces recherches exposées par ailleurs en détail.

(SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1936)

Du développement social du thermo-climatisme international. — M. MOLINÉRY parle des assises du Congrès international de Belgrade, qui se sont terminées auprès de la station thermale de Vrnjacka-Bonja, où fut exposée l'organisation sociale du thermalisme de cette station. Il développe dans sa communication ce qu'il a appris à ce sujet auprès des Yougoslaves, des Hongrois, des Italiens, et fait un « tour d'horizon » en Tchécoslovaquie, en U.R.S.S., en Angleterre et aux Etats-Unis. L'auteur termine en montrant ce qui a été réalisé en France. Le thermo-climatisme social est un fait que les médecins ne doivent pas ignorer, mais auquel ils doivent apporter leur très attentive collaboration. Des projections ont terminé la communication de l'auteur.

Traitement des fractures de l'humérus par l'appareil de Séjournet. — M. SÉJOURNET présente un film cinématographique, exposant son appareil pour toutes fractures de l'humérus, avec la technique d'application et les résultats obtenus. Après avoir appareillé un sujet porteur d'une fracture diaphysaire récente, Séjournet lui fait exécuter, sur-le-champ, des mouvements actifs et passifs. Au 28e jour, les exercices de gymnastique sont d'une précision remarquable et réellement impressionnants. Au bout du deuxième mois, le blessé a recouvré une activité fonctionnelle intégrale : nous le voyons reprendre les travaux de son métier. Sur l'écran sont ensuite projetés les remarquables résultats obtenus chez une vieille dame de 91 ans, six mois après une fracture épiphysaire supérieure. L'appareil de Séjournet a le mérite et l'originalité d'immobiliser la fracture sous extension et contre-extension continue, tout en laissant libres les articulations du coude et de l'épaule. Dans tous les détails, ce film est très démonstratif.

Assemblée générale. — M. HARTENBERG est élu président pour l'année 1937.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1936)

A propos du procès-verbal. — M. PAISSEAU, Mlle BOEGNER et M. VEILLE apportent de nouvelles observations d'améliorations par les injections de sérum chloruré, paraissant être sans rapports avec l'état humoral antérieur des malades.

Sur un cas de granulie froide. — M. Coffin lit une note de M. FERRU (de Poitiers) rappelant qu'il a vu en parfaite santé une enfant chez laquelle il avait porté neuf ans auparavant le diagnostic de granulie froide. La preuve de la tuberculose avait été faite par la constatation de nombreux bacilles de Koch dans le milieu intestinal.

Enfant à long cou. — M. LANCE présente un enfant de 11 ans, atteint de torticolis congénital et d'arrêt de développement testiculaire. Le fait le plus important est la dimension anormale du cou qui est vraiment considérable. L'examen radiologique a montré qu'il n'y avait bien que sept vertèbres, mais celles-ci sont aussi volumineuses que les vertèbres lombaires de ce même enfant. Le reste du rachis est normal. Cette anomalie est congénitale et familiale.

Traitement médical des mastoïdites. — M. Léon TIXIER expose son point de vue sur le traitement des mastoïdites. Il estime que l'intervention chirurgicale ne doit jamais être précoce et qu'elle peut souvent être évitée par l'emploi judicieux du traitement médical dont les deux éléments essentiels sont les injections de propidon et l'usage des dérivés azoïques.

Trois cas d'otite du nourrisson guéris par le traitement médical. — M. BIZE rapporte trois cas d'otite du nourrisson dans lesquels la gravité de l'état général et l'existence d'une fièvre élevée de type septicémique pouvaient faire discuter l'urgence d'une intervention. Toutes trois guérirent cependant sous l'influence du seul traitement médical. Il insiste d'autre part sur le fait que la paracentèse est d'autant mieux supportée et plus efficace que ses indications sont plus impérieuses : il faut savoir attendre toutes les fois que les douleurs sont peu nettes et l'état général satisfaisant.

Oto-mastoïdites latentes et états de dénutrition aiguë chez le nourrisson. — M. J. CATHALA, Mlles LORAIN et MOREL ont traité pendant les mois d'août et septembre 1936 quinze cas de choléra infantile grave. Cinq ont guéri par le traitement classique ; deux ont quitté l'hôpital avant guérison. Parmi les autres, cinq qui n'ont pas été opérés étaient porteurs à l'autopsie de lésions anatomiques profondes du rocher ; les trois derniers ont été opérés. Parmi ceux-ci, deux avaient des nécroses profondes du rocher et l'un d'eux a guéri ; le troisième n'avait pas de lésion mastoïdienne, mais une inflammation aiguë de l'antre pylorique avec hépatite graisseuse.

Ces constatations confirment pleinement la formule de Barbellion : « Dans le milieu nosocomial, la suppuration de l'oreille moyenne et de ses dépendances est la règle chez les nourrissons qui succombent. Son absence est l'exception. » Elles montrent également le bien-fondé des idées défendues par MM. Ribadeau-Dumas et Ramadier.

Deux cas mortels d'intoxication accidentelle par la nitrophénazine. — MM. SARROUY et CHIPOT rapportent l'observation de deux sœurs âgées de 5 et 2 ans qui ont été toutes deux atteintes d'intoxication à la suite de l'ingestion accidentelle d'un produit à base de nitrophénazine. L'intoxication s'est manifestée par des troubles gastro-intestinaux, vomissements répétés et diarrhée profuse, par des sueurs abondantes et par une hyperthermie considérable.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 24 février. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Robert Debré, Lemierre, Guéniot. — M. ARSONNEAU. Les pelvitomies dans un service de maternité parisien. — M. GALL. L'accouchement prématuré à la Maternité de Lariboisière de 1926 à 1936. — M. SAUVAGE. Fonctionnement de la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine. — Mlle CARLET. Histoire des idées sur la guérison des cavernes depuis Laënnec. — Mlle HELMAN. Formes cliniques de l'abcès latéro-pharyngien dans la petite enfance. — M. DESÉGLISE. Les glandes à sécrétion interne dans les cirrhoses hépatiques.

Jeudi 25 février. — Jury : MM. Cunéo, président ; Terrien, Funck, Velter. — M. GASCON. Traitement ambulatoire des fistules ano-rectales. — M. LOBEL. Valeur clinique de la sphygnioscopie rétinienne.

— Jury : MM. Bezançon, président ; Laignel-Lavastine, Nobécourt, Lévy-Valensi. — M. COTTENCEAU. Tuberculose pulmonaire et traumatisme du thorax. — M. GALUP. L'asthme d'origine psychique.

Samedi 27 février. — Jury : MM. Carnot, président ; Lereboullet, Tanon, Joannon. — M. CHIO JEN. Le choléra à Changaï dans les dix dernières années, 1926-1935. — M. DEVIGNEVIELLE. Etude critique de la fatigue musculaire et de la réglementation des heures de travail dans l'industrie. — M. BAULANDE. Le bain de lumière général et l'hydrothérapie dans le traitement des séquelles de rhumatismes.

CHRONIQUE

LA CONFÉRENCE DU PROFESSEUR CASTELLANI A LA SORBONNE

Invité par le ministre de la Santé publique, le professeur Aldo Castellani a fait, samedi soir, à la Sorbonne une conférence sur l'*Organisation du Service de Santé en Ethiopie.*

L'illustre conférencier qui, on le sait, a été l'inspirateur et le directeur de cette merveilleuse organisation, fut accueilli par une véritable ovation. Les mêmes acclamations saluèrent S. E. l'ambassadeur d'Italie qui, avec Mme Cerutti, avait pris place à côté de M. le Maréchal Franchet d'Esperey.

Dans l'assistance on remarquait Mme la marquise Targiani, présidente de la Croix Rouge italienne ; le baron Scaduto, premier conseiller ; M. Baratieri, conseiller ; M. de Ferraris, secrétaire d'ambassade ; le général Barbasetti, attaché militaire, et M. Ferrero, attaché naval à l'ambassade d'Italie ; MM. les médecins généraux inspecteurs Lévy, Morvan, directeur du S. S. au ministère de la Guerre ; le médecin général Paître, directeur du Val-de-Grâce ; le médecin colonel Liégeois, représentant le médecin général inspecteur Rouvillois ; M. le professeur E. Leclainche, président de l'Académie des Sciences ; MM. les professeurs Cunéo, Lemierre, Tanon, Gougerot (de Paris), Parisot (de Nancy) ; MM. Mesnil, Salimbéni, Dujarric de la Rivière (de l'Institut Pasteur) ; le professeur Ferrabouc (du Val-de-Grâce) ; les docteurs J. Huber, Vaudremer, X. Leclainche, J. Noir, Buizard, Molinéry, Vaccaro, Pierra, Martiny....

M. le professeur Louis MARTIN, directeur de l'Institut Pasteur, présidait. A ses côtés, les représentants des ministres de la Guerre et de la Marine, le professeur Bezançon, vice-président de l'Académie de médecine, le professeur Brumpt, représentant le doyen de la Faculté de médecine ; le docteur Dartigues, président de l'U. M. F. I. A.

***

Au nom de M. le Ministre de la Santé publique, qu'il représente, M. Louis Martin souhaite la bienvenue au conférencier et donne la parole à M. Brumpt.

M. Brumpt retrace rapidement la carrière de son illustre confrère avec lequel il se lia jadis en Somalie.

Aldo Castellani est né en 1877 à Florence ; c'est là qu'il fit ses premières études, puis il les termina à Londres.

En 1903, il est dans l'Ouganda. Chez des malades atteints de la maladie du sommeil, il découvre un trypanosome pathogène.

Les Anglais lui confient alors un laboratoire à Colombo, puis il rentre à Naples, occupe la chaire de clinique des maladies tropicales. Pendant la grande guerre, médecin de la marine, il est envoyé en Macédoine, où le paludisme fait des ravages.

En 1924, il est nommé directeur de l'Ecole des maladies tropicales de New-Orléans ; en 1927, directeur de l'Ecole d'hygiène et de médecine tropicale de Londres ; en 1931, directeur de la clinique tropicale de Rome ; en 1935, haut conseiller technique du royaume d'Italie.

Fait très remarquable, il partage son temps entre ces diverses situations auxquelles il se consacre alternativement. Ses travaux éminents l'imposent à l'admiration de tous. Le roi d'Angleterre le fait baronnet, le roi d'Italie le nomme sénateur, puis en août 1936 lui confère le titre héréditaire de comte de Chisimaio, en souvenir des services rendus en Somalie et en Erythrée.

***

M. Castellani remercie le ministre de la Santé publique et S. E. l'ambassadeur de lui avoir permis de prendre la parole dans la vénérable Sorbonne.

Il y a dix-huit mois, dit-il, les journaux du monde entier prédisaient : l'armée italienne ne sera pas vaincue par les Ethiopiens, mais par la maladie. Or, les maladies tropicales qui se sont montrées si redoutables dans les précédentes expéditions coloniales (Madagascar (1896), mortalité un tiers des effectifs français ; Cameroun allemand, mortalité 112 p. 1.000. Expédition britannique en A. O. A. (1914) 2.794 tués, 6.700 décès par maladie, etc.), ces maladies tropicales, qui causaient des pertes bien supérieures à celles du feu de l'ennemi, ont été vaincues.

Du 3 octobre 1935 au 9 mai 1936, sur un effectif de 500.000 hommes, on a enregistré :

Tués : 1.099, dont 118 officiers.

Décès par maladie : 599, dont 23 officiers. (Dans ces décès sont compris les accidents d'automobiles et les noyades.)

Ces résultats extraordinaires ont été obtenus par une *préparation* très longue et minutieuse au point de vue sanitaire ; de plus, l'envoi du matériel et du personnel sanitaire a eu *la priorité* sur les envois de troupes et de munitions.

Un *matériel* formidable a été employé.

Hôpitaux de base et de campagne : 135.
Hôpitaux transportables : 55.
Centres chirurgicaux : 13.
Sections radiologiques : 15.
Sections odontologiques : 11.
Laboratoires d'analyse : 4.
Sections de désinfection : 12.
Sections de désinsectisation : 6.
Sections d'épuration des eaux : 136.
Dépôts de matériel : 4.
Navires hôpitaux : 8.

Notons l'emploi de l'air *conditionné* (filtré, climatisé) installé systématiquement dans les hôpitaux et navires. (Air maintenu à 25°.)

Le personnel : 2.500 médecins tous formés à l'Ecole tropicale de Rome ; 178 pharmaciens ; 384 infirmières de la Croix Rouge, dont S. A. R. la Princesse Maria-José de Piémont. (On sait que la Croix Rouge italienne a été fondée par S. A. R. la princesse Hélène de France, duchesse d'Aoste.) 15.500 infirmiers qui, pendant les journées inoccupées, ont travaillé aver ardeur à faire des routes.

Enfin 268 prêtres militaires et 10 aumôniers de la marine qui, par leur constant contact avec la troupe, ont joué un grand rôle dans la prophylaxie du paludisme.

Maladies. — *Paludisme.* Alors que la population indigène était entièrement paludéenne, on n'a relevé que 23 décès dans l'armée italienne, grâce à l'emploi préventif et quotidien de la quinine à forte dose.

Dysenterie. — 429 cas hospitalisés, aucun décès. — *Fièvre typhoïde, et para.* Grâce à la vaccination au tétravaccin, moins de cas que dans la métropole. — *Typhus :* néant. — *Fièvre récurrente :* 17 cas. — *Variole :* 1 cas. — *Insolations :* 34 cas. 7 décès. — *Pellagre :* néant. — *Choléra :* néant. — *Peste :* néant. — *Gangrène gazeuse :* néant. — *Scorbut :* néant.

A propos du scorbut, notons que *l'alimentation* était très surveillée et que les hommes recevaient un citron par jour. Le vin était donné seulement le soir.

Notons aussi que les troupes ont évité les marches. Les transports en camion ont été utilisés le plus possible.

Au point de vue *chirurgical*, il faut noter le petit nombre de blessures et la gravité des plaies par arme blanche (couteau). A ce propos, M. Castellani projette quelques photographies de cadavres abominablement mutilés par les Abyssins...

Après cette conférence d'un si puissant intérêt et qui fut longuement applaudie, M. Louis Martin remercia M. Castellani. M. Dartigues, au nom de l'U. M. F. I. A., salua enfin l'illustre maître, et une fois de plus proclama l'affection des médecins français pour leurs confrères italiens (1).

F. L. S.

Dimanche, une réception fut offerte par l'U.M.F.I.A. à M. le professeur Castellani. De nombreux confrères entouraient M. Dartigues et M. Molinéry et les aidèrent à accueillir les confrères italiens. S. E. l'ambassadeur d'Italie assistait à la réunion.

---

(1) Au cours de la conférence, M. Castellani a donné des indications pratiques sur le traitement de deux misères tropicales, *la bourbouille et l'épidermophytose.* Nous croyons utile de reproduire les formules qu'il a indiquées :

Traitement de la bourbouille simple.

Poudre.

R. Acide borique	}	ââ 20 gr.
amidon	}	
oxyde de zinc	}	

Traitement de l'épidermophytose.

A. Onguent antimycosique.

R. Acide phénique	1 gr.
Acide salycilique	3 gr.
Vaseline blanche	100 gr.

B. Lotion, préparation :

Fuchsine basique	1 gr.

Broyer dans un mortier avec 10 cm³ d'alcool absolu ;
Ajouter 100 cm³ de solution phéniquée à 5 %.
Deux heures après ajouter 1 gr. d'acide borique.
Deux heures après ajouter 4 cm³ d'acétone.
Deux heures après ajouter 10 gr. de résorcine.

M. Castellani insiste sur la nécessité de suivre rigoureusement ces indications. La lotion est employée seule lorsque l'épidermophytose s'installe sur la bourbouille.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.


LA MARQUE DE FABRIQUE
EXIGER
SALUS ET SCIENTIA

LISTE DE L'INTERNAT

N° 18. — MERCREDI 3 MARS 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat* (oral). — Séance du vendredi 26 février 1937 :

Notes attribuées : MM. Seyer, 20 ; Bessel, 21 ; Azoulay, 24 ; Thiéblot, 14 ; Mariani, 18 ; Dugrenot, 21 ; Cotillon, 19 ; de Lignières, 21 ; Verriez,, 17 ; Bourdin, 22.

Questions données : Symptômes et diagnostic des contusions de l'abdomen. — Symptômes et diagnostic de l'hémiplégie syphilitique.

Séance du samedi 27 février 1937 :

Notes attribuées : MM. Mouchot, 19 ; Weill, 23 ; Tulou, 21 ; Feld, 22 ; Serreau, 20 ; Magder, 18 ; Pahmer, 22.

Questions données : Symptômes, diagnostic et complications des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. — Formes cliniques des endocardites malignes.

Liste de nomination

Concours de l'internat en médecine 1937. — *Internes :* MM. Nick, 68 ; Klotz, 65 ; Goulesque, 62 ; Thoyer-Rozat, 61 ; Beaufils, 61 ; Villanova, 61 ; Ebstein, 60 ; Schneider, 60 ; Lenoel, 60 ; Costa, 60 ; Cuvereaux, 59 ; Serane, 59 ; Brille, 59 ; Loiseau James, 59 ; Germain, 59 ; Cornet, 58 ; Raymondaud, 58 ; Aurenche, 58 ; Mlle Mage, 58 ; MM. Lajouanine, 57 ; Tulou, 57 ; Musset, 56 ; Bancaud, 56 ; Mlle Damiens, 56 ; MM. Frebet, 55,5 ; Thorel, 55 ; Sénéchal André, 55 ; Robert Jean, 55 ; Audry, 55 ; Azoulay, 55 ; Coblentz, 55 ; Grislain, 54 ; Fischgrund, 54 ; François A., 54 ; Lartigue, 54 ; Claracq, 54 ; Mlle Lotte, 54 ; MM. Wintrebert, 54 ; Stefani, 54 ; Trémolières, 53 ; Mlle Dreulle, 53 ; MM. Bibas, 53 ; Rouzaud, 53 ; Weill, 53 ; Rousset, 53 ; Mlle Pinard, 53 ; MM. Roehlin, 53 ; Albahary, 53 ; Guiot, 52 ; Mlle Eyraud, 52 ; MM. Pinel, 52 ; Meyer, 52 ; de Lignières, 52 ; Philippe, 52 ; Stallender, 52 ; Magder, 52 ; El Baz, 52 ; Vermenouze, 52 ; Vivien, 51 ; Carasso, 51 ; Bonduelle, 51 ; Sachnine, 51 ; Loeper, 51 ; Fréret, 51 ; Wolfromm, 51 ; Bretton, 51 ; Lesca, 51 ; André (Paul), 51 ; Dufourmentel, 51 ; Gougerot, 50,5 ; Deuil, 50 ; Mlle Montalant, 50 ; MM. Deguillaume, 50 ; Feld, 50 ; Placa, 50 ; Gallaut, 50 ; Castany, 50 ; Chalochet, 50 ; Mlle Aubin, 50 ; MM. Champagne, 50 ; Fressinaud-Masdefeix, 50 ; Torre, 50.

Externes en premier. — MM. Deprez, 50 ; Kaeppelin, 50 ; Eudel, 49,5 ; Lecointe, 49,5 ; Lange, 49,5 ; Maignan, 49,5 ; Vernes, 49,5 ; Hardel, 49,5 ; Boudon, 49,5 ; Delatour, 49,5 ; Tirel, 49 ; de Larminat, 49 ; Pahmer, 49 ; Bareau, 49 ; Froidefond, 49 ; Mlle de Neyman, 49 ; M. Gimault, 49 ; Mlle Rist, 49 ; MM. Mantoux, 49 ; Granjon, 49 ; Bricaire, 49 ; Huber, 48,5 ; Lacroix, 48 ; Bessil, 48 ; Tetreau, 48 ; Comte, 48 ; Lacombe, 48 ; Etienne (Roger), 48 ; Blinder, 48 ; Metzger, 48 ; Raynaud, 48 ; Mlle Corre, 48 ; MM. Brault, 48 ; Blancard, 48 ; Soulier, 48 ; Brochiantz, 48 ; Sevileano (Eugène), 48 ; Alison, 48 ; Desfossés, 47 ; Labayle, 47 ; Bouche, 47 ; Froissant, 47 ; Douville, 47 ; Poissonnet, 47 ; Caufment, 47 ; Mlle Lindeux, 47 ; MM. Bourdeau, 47 ; Vakili, 47 ; Mlle Bentkowski, 47 ; MM. Fénelon, 47 ; Barbier, 47 ; Mlle Darbowsky, 47 ; MM. Marchon, 47 ! Eman-Zadeh, 47 ; Joinville, 47 ; Renault, 47 ; Castaigne, 47 ; Toufesco, 47 ; Bernard (Pierre), 46,5 ; Bourdin, 46 ; Dugrenot, 46 ; Oudot, 46 ; Mlle Stahland, 46 ; MM. Thaon, 46 ; Butzbach, 46 ; Delabroise, 46 ; Wetterwald, 46 ; Moulle, 46 ; Poussier, 46 ; Langevin, 46 ; Minkowski, 46 ; Seyer, 46 ; Scebat, 46.

Hôpitaux de Bordeaux. — M. Carles, médecin titulaire à l'hôpital Saint-André, est nommé médecin honoraire des hôpitaux.

M. Etienne Dubourg, médecin titulaire à l'hôpital des Enfants, est affecté, en la même qualité, à l'hôpital Saint-André.

M. Boisserie-Lacroix, chef du service de dermatologie à l'hôpital des Enfants, est nommé médecin titulaire au même établissement, en remplacement de M. le docteur Dubourg.

M. François Leuret, médecin adjoint à l'hôpital Saint-André, est nommé médecin titulaire et affecté au service de dermatologie de l'hôpital des Enfants.

Hospices civils de Saint-Etienne. — La commission administrative des hospices civils de Saint-Etienne donne avis de l'ouverture, à l'hôpital Edouard-Herriot, à Lyon, le lundi 7 juin 1937, à 8 h. 30, d'un concours public pour la nomination d'un médecin des hôpitaux.

Ce concours aura lieu devant un jury médical présidé par un membre de la Commission administrative des hospices ; il se composera de 5 épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat général des hospices, rue Michelet, 37 *bis*, à Saint-Etienne.

Le registre d'inscriptions sera clos le vendredi 28 mai 1937, à 18 heures.

Hôpital intercommunal de Montfermeil (S.-et-O.). — Un concours pour trois places d'internes titulaires et trois places de provisoires s'ouvrira le 15 mars 1937. Les demandes d'admission devront parvenir pour le 5 mars.

Seront admis 12 candidats notés sur titres.

Le concours comportera une épreuve écrite qui déterminera les six candidats admis à l'épreuve d'examen de malade.

Les candidats doivent être Français, pourvus de seize inscriptions, sauf pour les externes de Paris ou internes de ville de Facultés ou Ecoles de médecine nommés au concours, qui n'auront à justifier que de douze inscriptions.

Sous le rapport du stage hospitalier, les internes sont assimilés par la Faculté de Médecine de Paris aux internes des hôpitaux de Paris, et jouissent des mêmes avantages.

Pour tous renseignements complémentaires et pièces à fournir, s'adresser à la Direction de l'Hôpital intercommunal de Montfermeil (Seine-et-Oise).

Hôpital civil de Constantine. — Un étudiant en fin d'études, externe ville de Faculté ou interne hôpital de province, est demandé pour l'internat de l'hôpital de Constantine, service de la chirurgie.

Ecrire avec références au directeur.

Hôpitaux de Tunis. — Un concours aura lieu, en avril, à la Faculté de médecine de Paris, pour :

1° Un poste de chirurgien de l'hôpital français de Tunis ;
2° Un poste de chirurgien de l'hôpital Sadiki, à Tunis ;
3° Un poste de chirurgien à l'hôpital Conseil, à Tunis ;
4° Un poste de médecin de l'hôpital français de Tunis.

Adresser à la *Direction de l'Intérieur*, à Tunis, avant le 20 mars, les demandes, avec indication de résidence. (Etre Français ou Tunisien, avoir le diplôme d'Etat, être âgé de moins de 40 ans, services militaires déduits).

Pièces à fournir : extrait de l'acte de naissance, copie conforme du diplôme, extrait du casier judiciaire, exposé de titres.) Indemnité : 15.000 francs.

Les épreuves consistent en une composition écrite de pathologie et des épreuves cliniques.

Faculté des Sciences. — M. Laugier, professeur sans chaire, est nommé professeur de physiologie générale (dernier titulaire : M. Louis Lapicque).

Ecole de Nantes. — Après concours, M. de Ferron a été nommé chef de clinique médicale.

M. Colas a été nommé chef de clinique chirurgicale.

M. Viaud a été nommé aide d'anatomie.

Légion d'honneur. — COLONIES. — *Commandeur :* M. Chevalier, professeur au Muséum d'histoire naturelle.

SANTÉ PUBLIQUE. — *Commandeur :* M. Hautant, chef du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Tenon, chef du service de l'Institut Curie de l'Université de Paris.

Officier : M. Richerolle, médecin chef de l'hôpital civil de Montluçon.

Chevalier : MM. Jourdan, Meugy et Morali, à Paris.

GUERRE. — *Officier :* M. Dupont, à Lussac-les-Châteaux.

Chevalier : MM. Desjacques, à Lyon ; Mossé, à Paris et Salomon, à Mondilhan.

Guerre. — *Mutations.* — Médecin-colonel : M. Anglade, médecin des hôpitaux militaires, hôpital militaire Dominique-Larrey, Versailles, et président de la commission de réforme, est maintenu et désigné comme médecin-chef.

Médecin lieutenant-colonel : M. Bolotte, de l'hôpital militaire Dominique-Larrey, Versailles, est maintenu et désigné comme président de commission de réforme.

Ministère de la Marine. — *Avis relatif aux incorporations en avril 1937 dans le service de santé de l'armée de mer.* — Un certain nombre d'étudiants en médecine, possédant au moins douze inscriptions validées, pourront, sur leur demande, être incorporés dès avril prochain dans l'armée de mer en qualité d'élèves médecins auxiliaires.

Les étudiants admis accompliront six mois de service en qualité de matelots infirmiers. Ils pourront, au terme de cette période, être nommés au grade de médecin auxiliaire. Après un an de service, le grade de médecin de 3e classe de réserve pourra leur être conféré s'ils possèdent ou obtiennent le diplôme de docteur en médecine.

Les demandes d'incorporation devront être adresssées, avant le 15 mars 1937, au ministère de la Marine militaire (bureau du recrutement et des réserves), accompagnées des pièces suivantes :

a) Pièces officielles établissant la situation universitaire ;

b) Certificat de position militaire délivré par le bureau militaires de recrutement dont dépend chaque intéressé ;

c) Certificat médical constatant l'aptitude au service de la flotte (à faire établir soit par un médecin de la marine dans un port militaire, soit par un médecin de l'armée dans une ville de garnison).

Ministère de l'Education nationale. — Mme le docteur Suzanne Sérin, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine, médecin en chef des asiles, est nommée attachée au cabinet du sous-secrétaire d'Etat à l'Education nationale.

RENSEIGNEMENTS

Station hydrominérale du centre très connue, médecin céderait clientèle, situation ancienne et importante, location villa meublée suivant désir, présenterait à correspondants. Ecrire N° 501, bureau du journal.

Les Acides Aminés contre les accidents auriques

Dans la réunion du 26 mars 1936 de la Société des Médecins d'Hauteville, les Drs Delong et Max Thompson ont fait une intéressante communication sur les résultats obtenus par les injections intraveineuses d'un Acide Aminé, le Glycocolle, en solution à 5 0/0 contre les accidents cutanés et muqueux dus à la Chrysothérapie.

Chez leurs cinq malades, ils ont, disent-ils, obtenu un plein succès, la fréquence et l'intensité du traitement étant proportionnées à la gravité des accidents.

Rappelons que l'Okamine, solution n° 2, du Dr Hervouët est à base de Glycocolle et de Méthylglycocolle, ce dernier ayant une activité de beaucoup supérieure au premier.

C'est une raison de plus pour justifier la faveur dont l'Okamine jouit de plus en plus dans le corps médical, nulle autre médication antituberculeuse et revivifiante n'étant à la fois aussi active et aussi inoffensive,

◆

ASTHÉNIE TRAUMATIQUE

PRONOSTIC ET MÉDECINE LÉGALE

Par M. R. BENON,
Médecin du quartier des maladies mentales
de l'hospice général de Nantes.

L'asthénie post-traumatique, ou l'asthénie post-commotionnelle, que l'on dénomme encore, par timidité ou pour d'autres raisons, le syndrome subjectif post-traumatique, est d'observation courante et elle commence à être connue des praticiens. La blessure du crâne, la plaie du crâne, la perte de substance osseuse cranienne, n'est pas indispensable pour que l'asthénie suive le traumatisme : ce qui paraît bien l'être, c'est la commotion cérébrale, la perte de connaissance déterminée par le traumatisme physique. Quid du pronostic de l'asthénie post-traumatique, et aussi des conclusions médico-légales, particulièrement en matière d'accident du travail ?

***

Il est difficile d'apporter des chiffres précis sur la curabilité et l'incurabilité de l'asthénie traumatique. Nous voyons de nombreux traumatisés du crâne qui ne guérissent point ; nous n'en voyons que très rarement qui déclarent, cinq ou dix ans après la blessure ou le choc, être totalement guéris, c'est-à-dire être ce qu'ils étaient auparavant. Le plus grand nombre, de beaucoup, est donc catégorique sur le changement qui s'est produit en eux à la date du traumatisme. Examinons, du point de vue clinique, ce qu'il peut advenir d'un blessé ou d'un commotionné du crâne, et considérons : *a*) les cas *curables ;* *b*) les cas *incurables.* — Nous donnerons des chiffres : nous nous garderons bien d'affirmer qu'ils ont une valeur définitive ; ils résultent seulement d'une pratique un peu longue (1).

A. Cas curables. — Quand on dit cas curables, il faut ajouter immédiatement cas curables en apparence, car des complications, des récidives spéciales sont possibles : elles sont rares, mais quand elles se produisent elles sont presque toujours graves, bien que fonctionnelles.

1. *Asthénie curable :* 30 %. — L'asthénie post-traumatique, rapidement curable ou curable en six ou douze mois, nous paraît relativement rare. Le chiffre de 30 % est peut-être trop élevé. Il y a ici tout un travail de statistique à reprendre, à refaire, mais long et difficile.

2. *Asthéno-manie :* 0,05 %. — L'asthéno-manie post-traumatique est rare. Personnellement nous en avons observé une cinquantaine de cas. Il importe de savoir que l'hypersthénie ou manie n'apparaît que quelques jours ou quelques semaines après le traumatisme : elle entraîne souvent l'internement, non toujours, car il peut s'agir de la forme atténuée de la manie.

3. *Asthénie et hypocondrie :* 4 %. — L'asthénie post-traumatique, compliquée d'idées hypocondriaques, est plus commune que l'asthénie post-traumatique compliquée d'idées d'auto-accusation ou d'idées de persécution. Cette hypocondrie secondaire, motivée par l'asthénie, n'est ni l'hypocondrie minor ni l'hypocondrie major ; elle guérit avec l'asthénie.

4. *Asthénie et mélancolie :* 0,05 %. — Le chagrin, la tristesse, ou l'ennui par contrariété de voir son état, sont communs chez l'asthénique post-traumatique, mais les idées d'auto-accusation, de culpabilité, d'indignité sont très rares. L'asthénique plus souvent est inquiet, préoccupé de l'avenir. Dès que l'asthénie disparaît, le chagrin se dissipe.

5. *Asthénie et persécution :* 0,05 %. — L'asthénique post-traumatique est maintes fois irritable, susceptible ; il peut devenir méfiant et présenter des idées de persécution épisodiques, non pas fondées sur des illusions et hallucinations, mais sur des interprétations absurdes et multiples. Le chagrin, l'inquiétude, peuvent contribuer au développement des idées de persécution.

6. *Asthénie périodique :* 0,05 %. — L'asthénie post-traumatique, guérie en quelques mois ou en quelques semaines, peut ultérieurement se compliquer d'asthénie périodique (accès de courte ou de longue durée). Ces faits sont rares, mais fâcheux, sauf dans le cas où les accès sont très espacés.

7. *Manie et asthénie-manie périodique :* 2 %. — La manie périodique et l'asthénie-manie périodique (forme alterne et forme circulaire), lorsqu'elles surviennent après un traumatisme, succèdent toujours à un accès initial d'asthéno-manie post-traumatique. Signalées depuis longtemps par un certain nombre d'auteurs, elles comportent toujours un pronostic grave.

B. Cas incurables. — L'asthénie chronique incurable post-traumatique est très commune. Elle constitue la séquelle névroso-psychique la plus courante après les traumatismes du crâne, avec ou sans plaie, avec ou sans perte de substance osseuse : elle peut donc succéder à une simple commotion de l'encéphale.

1. *Asthénie chronique :* 60 %. — L'asthénie chronique, séquelle post-traumatique, est en principe incurable après quatre ou cinq ans de durée. Il y a des cas d'asthénie chronique post-traumatique qui guérissent tardivement, après plusieurs années : ils sont très rares : 1 %. Cette asthénie chronique post-traumatique peut être simple ou compliquée : elle est toujours plus grave chez les malades énervés, irritables, inquiets, que chez ceux qui sont résignés à leur sort. Des idées hypocondriaques, des idées mélancoliques, des idées de persécution, surtout les premières, se greffent maintes fois sur l'état d'asthénie chronique post-traumatique. Des crises nerveuses aussi sont susceptibles d'apparaître ; ce sont des crises de nature émotionnelle, par énervement, donc des crises d'hystérie : le sujet, conscient de son état,

(1) V. R. BENON. 1. *Traumatismes et névropsychopathies.* Paris, 1929, édit. Maloine, in-16°, 219 p. ; 2. *L'asthénie. Syndrome. Maladie. Diagnostic. Traitement.* Paris, 1934, édit. Vigné, in-8°, 236 p.

souffre vivement de se voir diminué, s'agite, proteste, lutte, et enfin présente des crises nerveuses. La manie après asthénie chronique séquelle de traumatisme, — asthénie chronique ayant duré de deux à quatre ans, — est très rare, mais elle existe sans conteste, et peut alors être suivie de psychoses périodiques, de manie chronique.

2. *Asthénie et démence.* — La démence post-traumatique est aussi rare qu'est commune l'asthénie chronique post-traumatique. La démence précoce peut succéder à l'asthénie prolongée, chronique post-traumatique : 1 % des cas. — L'asthénie post-traumatique chez un syphilitique peut-elle être suivie de paralysie générale ? C'est fort douteux. Ce sont plutôt faits qui coïncident ; ils n'ont de relation causale que possible ou probable.

***

Le cas que nous rapportons ci-dessous est assez simple : il concerne une domestique qui a été victime d'un accident d'automobile et l'accident est considéré comme un accident du travail. L'asthénie post-traumatique dure depuis août 1934 et nous sommes en novembre 1935 ; le syndrome s'accompagne d'idées hypocondriaques, mais nullement systématisées, et sans crises nerveuses à base d'énervement. La blessée, une fille de 39 ans, a fait l'objet dans une grande ville de quatre examens pratiqués par des spécialistes : un neuro-psychiatre, qui a bien reconnu son état d'asthénie (à un moment, il parle dans son petit rapport d'affaiblissement intellectuel, mais ce doit être un lapsus calami); — un ophtalmologiste; — un otorhinolaryngologiste ; — un radiologiste, lesquels, sauf le radiologiste, ont fixé des pourcentages d'indemnisation. Le premier, le neuro-psychiatre, évalue l'infirmité à 80 % ; le second, l'ophtalmologiste à 50 % ; le troisième, l'otorhinolaryngologiste à 15 %, ce qui fait un total, notamment d'après le Guide-barème militaire, édition 1926, de 95 %. Nous nous sommes élevé souvent contre l'insuffisance des indemnités accordées aux blessés du crâne, aux commotionnés, affectés d'asthénie chronique post-traumatique. Mais ici, il nous paraît que nous sommes en présence d'autres excès. L'ophtalmologiste reconnaît lui-même que la diplopie qu'il a constatée est de nature subjective. Nous avons, en conséquence, fixé le taux de l'invalidité à 75 %. Sans conteste, de tels cas doivent constamment faire dans la suite l'objet de révision : nul ne devrait être réglé définitivement. Disons qu'à notre avis, le plus grand nombre des accidentés du travail, blessés du crâne ou commotionnés, nous apparaissent comme lésés au point de vue du pourcentage. L'exemple que nous rapportons est une exception : en général, les évaluations des spécialistes sont trop faibles.

***

Résumé de l'observation. — *Accident du travail, le 6 août 1934 : commotion cérébrale par accident d'automobile. Asthénie chronique séquelle post-traumatique avec tendances hypocondriaques, en novembre 1935. Evaluation des infirmités (système nerveux, yeux, oreilles) trop élevée : 95 p. 100. Réduction à 75 p. 100. Revision de tels cas indispensable après quatre ou cinq ans.*

Mlle Audj..., Adeline, âgée de 39 ans, en résidence actuellement chez son père, auparavant cuisinière au service du docteur L..., a été victime d'un accident d'automobile qui lui a laissé des troubles nerveux et psychiques (examen en novembre 1935).

Accident. — Le lundi 6 août 1934, vers huit heures, Mlle A... revenait du Mans avec le docteur L..., en voiture automobile. Sur la route de Paris, près de Nantes, une voiture du XIe Train des équipages coupa la route. M. L..., pour éviter la voiture, aurait donné un coup de frein ; l'automobile dérapa et se jeta contre une borne et ensuite contre un mur. La toiture de la voiture fut enlevée. Une portière s'ouvrit, et les occupants furent projetés dehors. Mlle A... fut trouvée allongée sans connaissance sur le trottoir. Elle serait restée plusieurs heures dans le coma. M. L... ne fut pas blessé.

Le 13 août 1934, le docteur M..., chirurgien des hôpitaux, rédigea le certificat suivant : « Commotion cérébrale, plaies du cuir chevelu et de la jambe droite. (La blessée) est guérie et peut reprendre son service. Les blessures de l'accidentée n'entraînent aucune incapacité de travail. » — Dans un nouveau certificat, le 2 mai 1935, le docteur L... écrivait : « Mlle A... présentait (à la suite de son accident) deux petites plaies du cuir chevelu n'ayant pas nécessité de sutures, et une contusion de la jambe droite. La nature de ces blessures ne pouvait entraîner aucune incapacité de travail. »

Le 9 juillet 1935, le docteur N... déclarait en un certificat : « Mlle A... présente des troubles subjectifs : *a*) perte de la mémoire ; *b*) céphalée persistante localisée aux régions pariétales ; *c*) vertiges ; *d*) diminution notable de la faculté d'élocution ; *e*) impossibilité de suivre une conversation, de lire ou de compter sans erreur ; *f*) diminution de l'activité visuelle et auditive, avec bourdonnements si accentués qu'ils gênent considérablement l'audition. — Objectivement, l'examen clinique général ne révèle aucune altération organique grave ; les troubles accusés par l'intéressée devront être confirmés par des examen spéciaux n'appartenant pas à la clinique générale... »

Examens divers (avant l'expertise). — Mlle A... a fait l'objet de quatre examens spéciaux à X... : l'un pour les yeux, à la date du 6 septembre 1935 ; un second pour les oreilles, le 7 septembre 1935 ; un troisième pour le système nerveux, le 11 septembre 1935. Le quatrième est un examen radiographique, le 11 septembre 1935.

Examen des yeux, pratiqué à l'hôpital T..., par le docteur O... : « ...Les globes oculaires et les paupières apparaissent normaux. Il n'existe, à l'examen du champ du regard, aucune perturbation dans la mobilité extrinsèque et intrinsèque des globes oculaires. Les pupilles sont normales, mais l'examen au verre rouge fait déceler une diplopie homonyme, variable constamment en quantité, mais qui ne permet pas d'incriminer un muscle donné. Cela correspond, d'ailleurs, aux dires de Mlle A..., qui accuse fréquemment une vision très trouble, puis une diplopie. — En outre, Mlle A... accuse une acuité visuelle de 3/10 à l'œil droit et de 4/10 à l'œil gauche, qu'on ne peut améliorer par une correction optique. Le champ visuel, pris au périmètre de Majitot, s'est montré normal. — Les milieux oculaires, bien transparents, permettent de voir un fond d'œil quasi normal. Cependant, il est à noter que les pupilles ont un aspect légèrement hypercoloré. La tension artérielle rétinienne, prise au dynamomètre de Baillard, s'est montrée normale à 35. Aux deux yeux il en est de même de la tension oculaire, qui est de 20 au tonomètre de Baillard. — Il résulte de l'examen ophtalmologique... qu'il existe des troubles subjectifs (diminution de l'acuité visuelle et diplopie) et des troubles objectifs qui se trouvent liés à une légère modification dans l'aspect des papilles optiques... Incapacité évaluée à 50 p. 100, du point de vue ophtalmologique... »

Examen des oreilles, pratiqué à l'hôpital T..., le 7 septembre 1935, par le docteur P... : « Tympans normaux. L'examen à l'audition donne :

O.D.				O.G.
A la conque		Voix chuchotée		10 ctm
3 mètres	*air*	Voix haute	*air*	5 mètres
A la conque	os	Montre	os	3 ctm

O.D.		Diapasons		O.G.
17″		64		25″
30″	*air*	128	*air*	40″
	os		os	
10″				10″
16″		435		20″
XVI		*Stmycken*		XIX

Examen labyrinthique : vertiges intermittents, qui obligeraient la malade à se raccrocher aux objets environnants. Pas de nystagmus spontané, même dans les régions extérieures. — Examen calorique : O. D. 20 cc. à 25 c. ; quelques secousses nystagmiques peu nettes ; 40 cc. à 25 c. : latence 20'', durée 45'', nystagmus horizontal rotatoire : sensation vertigineuse. — O. G., 20 cc. à 25 c. : latence, 20'', durée 50'', nystagmus horizontal rotatoire : pas de sensation vertigineuse. — Conclusions : diminution notable de l'audition surtout marquée à droite et hypoexcitabilité du labyrinthe droit. Préjudice 15 p. 100. »

Examen neuro-psychiatrique, pratiqué le 11 septembre 1935, par le docteur Qua... : « ...La malade a déclaré que, aussitôt après l'accident, « elle souffrait de violents maux de tête et d'un affaiblissement (*sic*) intellectuel, empêchant toute initiative... » La malade accuse : des céphalées presque incessantes, prédominant à la région occipitale, sur le sommet du crâne ; la difficulté de subir tout bruit tant soit peu intense ; des vertiges ; une baisse de la mémoire telle qu'elle est obligée de se servir d'un livre pour préparer les plats même habituels. — Du point de vue mental, la dominante est la difficulté et la lenteur des opérations. L'évocation mnésique, les associations idéiques ne s'opèrent que moyennant un effort visible peu propre à une activité correctement ordonnée. En tablant sur les renseignements fournis par sa sœur (qui l'accompagnait), il semble qu'il y ait perte d'acquisitions scolaires jusque-là conservées. Toutefois les opérations mathématiques prescrites, mentales et écrites, s'opèrent en général exactement, moyennant que la malade s'applique longuement et qu'en cas d'erreur on l'invite à reprendre. Il nous paraît ressortir de ce fait que jusqu'ici le fond mental n'est pas altéré, mais que sont atteintes surtout la mise en branle et la coordination de l'activité intellectuelle. De là, l'immobilité, la torpeur, l'inexpressison de la malade, ainsi que nous avons pu l'observer et qui confine, à certains moments, à un véritable état stuporeux. — Du point de vue neurologique, l'examen ne révèle rien, sinon une hyperréflexie tendineuse diffuse. Le pouls est rapide, à 100. — Incapacité : 80 p. 100... »

Examen radiographique, par le docteur B..., le 11 septembre 1935 : « Il existe à droite, dans la région pariétale, un trait qui termine précocement la suture occipito-pariétale et dont la direction transversale est atypique ; on observe en outre un aspect pigmenté de la partie supérieure du crâne correspondant à la zone, encore à l'heure actuelle augmentée de volume. (On note) une opacité plus grande de la région du rocher droit. L'ancienneté du traumatisme rend impossibles des conclusions positives : seules subsistent des présomptions de fracture basées sur les signes précédemment décrits. »

Antécédents. — Les antécédents de la blessée ont pu être précisés sans difficulté avec elle. Signalons qu'elle était accompagnée, lors des deux examens que nous avons pratiqués, par son père, âgé de 67 ans : celui-ci est retraité cantonnier. — Son père jouit d'une bonne santé. Sa mère également ; celle-ci a 61 ans ; elle a mis trois enfants au monde, trois filles. L'accidentée est l'aînée. Sa sœur Marguerite et sa sœur Baptistine sont mariées toutes deux : Marguerite, âgée de 36 ans, a trois enfants ; Baptistine, âgée de 33 ans, n'a pas d'enfant. Dans la famille, il n'y aurait aucun cas de maladie nerveuse ou mentale.

Mlle A..., Adeline, née le 29 février 1896, a été élevée par ses parents. Elle sait lire, écrire, compter ; elle est capable de faire une lettre ; elle n'a pas eu son certificat d'études primaires. — Elle n'aurait jamais été affectée de maladie grave. Elle a eu, à plusieurs reprises, des bronchites, mais sans gravité. Avant son accident d'automobile, le 6 août 1934, elle aurait eu un autre accident : elle serait tombée dans un escalier, mais pas de commotion, pas de séquelle nerveuse ou psychique. Elle exerce la profession de cuisinière. Elle a commencé à travailler à douze ans, et de douze à vingt ans, elle a été occupée dans les fermes. Venue à Nantes, vers l'âge de 21 ans, elle s'est placée comme bonne à tout faire chez M. S..., et elle y est restée pendant dix ans. Ensuite, elle est entrée chez le docteur L..., comme cuisinière : elle y a travaillé pendant six ans. Elle n'aurait souffert ni de chagrins, ni de contrariétés. — M. S..., dans un certificat à elle délivré le 15 juillet 1929, déclare que Mlle A... est entrée chez lui en novembre 1919, et en est sortie à la fin de mai 1929 et que « c'est une jeune fille recommandable à tous égards, tant pour la conduite que pour le travail ». — Mme L..., le 27 juin 1935, déclare de son côté : « ...Elle fait très bien la cuisine, est sobre, intelligente, propre, aimant les enfants. On peut avoir confiance en elle ; elle est honnête. Je n'ai qu'à me louer de ses services. »

Etat actuel. — L'examen direct de Mlle A... est aisé. Elle se prête volontiers à toutes recherches cliniques. Elle est bien présente à l'interrogatoire, bien attentive. Elle ne répond pas rapidement aux questions qu'on lui pose, mais elle y répond toujours. Elle n'est atteinte ni de délire, ni d'affaiblissement intellectuel, ni de confusion mentale, ni d'hypomanie, ni d'obsessions-phobies, etc. Voici ses déclarations, qui traduisent essentiellement un état d'asthénie nerveuse générale : « Je ne me sens plus la même. Je ne peux plus travailler. Je ne pouvais plus travailler chez le docteur L... ; je fatiguais. Je n'ai plus la même force, la même vigueur, la même résistance... Je n'ai plus la même mémoire. Je fais des oublis. Je ne peux lire, écrire, ça me fait mal dans la tête. Je ne sais plus écrire les mots ; si j'insiste, ça ne vient pas ; si j'attends, je retrouve le mot. Je peux compter : en prenant bien mon temps, j'arrive. Mais ce n'est plus comme avant. Je suis devenue indifférente à ce qui se passe, à ce qu'on me fait (conscience nette de son état)... J'ai mal dans la tête, si je travaille un peu. Sans travailler aussi, je souffre. — Avez-vous des étourdissements ? — Oui... je ne suis pas sûre de moi. J'ai des bourdonnements d'oreilles, plus ou moins forts, et plus du côté droit. J'entends mal de ce côté-là... La vue est moins bonne. Quand je fixe, ça se trouble et quelquefois, je vois double... Il me semble que dans ma tête quelque chose remue. Quand ça remue, la tête se brouille et je dois m'appuyer quelque part (étourdissement) : ça ne dure pas longtemps... » Pas d'insomnie ; pas de troubles gastro-intestinaux, pas de rachialgie, pas d'irritabilité exquise. — On note des tendances hypocondriaques, mais secondaires à l'asthénie musculaire et psychique. — L'examen somatique est négatif : pas de troubles de la motilité, ni de la sensibilité (légère hypoesthésie bilatérale), ni de la réflectivité. Les organes de la cavité abdominale apparaissent sains, comme ceux de la cavité thoracique. Les pupilles sont égales et actives. — La blessée met au premier rang de ses troubles, la céphalée, les troubles de la vue, les troubles de l'ouïe, mais non pas l'amyosthénie et l'anidéation. Cela est d'observation courante.

Histoire clinique. — L'histoire clinique est nette. Mlle A... rapporte constamment les symptômes qu'elle ressent à l'accident d'automobile qu'elle a subi le 6 août 1934. Elle ne retrouve pas toujours vite et spontanément cette date. Elle ne sait rien de cet accident d'automobile. Elle se voit sur la route avec le docteur L..., mais que s'est-il passé ? Elle l'ignore. On lui a dit qu'elle avait été projetée hors de la voiture. Elle ne le sait pas. Elle a été transportée dans une clinique, mais comment y a-t-elle été conduite ? Elle l'ignore. Revenue à elle, à la clinique, elle est rentrée chez le docteur L... au bout de quatre jours. Les troubles amnésiques post-traumatiques, observés ici (amnésie rétrograde d'évocation ayant duré quelques minutes et amnésie antérograde de fixation ayant pu durer une ou deux heures), sont de forme classique et sans gravité spéciale.

L'accidentée est restée chez le docteur L... du mois d'août 1934 au mois de juin 1935, époque à laquelle elle est rentrée chez son père. Sur cette longue période (août 1934-juin 1935), elle déclare : « Je m'occupais chez le docteur L..., mais je voyais bien que je n'étais plus la même. On me soignait, on ne me forçait pas à travailler... Je n'avais plus la même santé. Je marquais sur un bout de papier les commissions que je devais faire. J'avais des maux de tête, des étourdissements, je voyais et j'entendais mal. J'avais du mal à lire et à écrire, tandis qu'autrefois je faisais tout cela sans difficulté. Je me laissais aller, d'autant que je souffrais de plus en plus de la tête, et puis aussi quelquefois dans la jambe gauche. Mon état s'est aggravé, je crois, au mois de février-mars 1935. Je luttais. Je voulais travailler, mais je ne pouvais plus. J'avais toutes sortes de malaises. Ce n'était plus la même santé. Je suis rentrée chez mon père. Je ne suis ni mieux, ni plus mal. Je suis peut-être mieux parce que je ne fais presque rien. J'espère bien ne pas rester comme ça, infirme. — Après l'accident que vous aviez subi dans un escalier, aviez-vous éprouvé des malaises de cette sorte ? — Jamais. Ma santé n'était peut-être pas toujours parfaite. J'allais voir quelquefois des médecins, mais je n'étais pas du tout comme je suis maintenant. — Quand avez-vous commencé à voir double ? — Je ne sais pas au juste. — Quand vous êtes-vous aperçue que vous entendiez moins bien ? — Presque tout de suite après l'accident. — Comment se fait-il que vous n'avez pas cessé de travailler immédiatement chez M. le docteur L...? — Je pensais guérir. »

***

Il n'est pas toujours aisé de fixer rapidement le pronostic et de rédiger des conclusions médico-légales très précises en matière d'asthénie post-traumatique, état fonctionnel ou dynamique pur. Il y a des cas curables et des cas incurables, et seul, le temps permet de fournir un diagnostic définitif. Parmi les cas curables, citons : l'asthénie post-traumatique, simple ou compliquée d'idées délirantes, et curable en six mois ou un an, l'asthéno-manie post-traumatique, mais dans ce dernier cas, peuvent survenir ultérieurement des psychoses périodiques. Parmi les cas incurables, citons l'asthénie chronique et incurable post-traumatique, très rarement la démence précoce, comme complication de l'asthénie. L'asthénie traumatique, prolongée ou chronique, est à évaluer entre 30 et 80 %. Tous ces cas d'asthénie post-traumatique durable doivent être révisés au bout de 3, 4 ou 5 ans, si l'on veut arriver à une certaine justice sociale. Actuellement, un grand nombre d'accidentés du travail, blessés du crâne ou commotionnés, apparaissent comme lésés, parce que porteurs de troubles nerveux simplement fonctionnels que l'expert déclare carrément sans importance.

COLITE HÉMORRAGIQUE CHEZ UN GARÇON DE TREIZE ANS

Par MM. L. BABONNEIX et BORGIDA

Observation. — P..., Charles, âgé de 13 ans, entre dans le service le 15 juin 1936, pour état infectieux, pâleur excessive et émission de selles noires.

Ces accidents remontent à une huitaine de jours, et ont été annoncés par des vertiges, qu'il éprouvait le matin en se levant, et par des malaises avec tendances syncopales, survenant une ou deux fois par jour.

Les cinq premiers jours, les selles avaient un aspect normal, mais les trois jours suivants, elles sont devenues noires « comme du goudron », avec même quelques stries de sang rouge.

Elles avaient une consistance normale, ne contenaient ni glaires, ni fausses membranes, ni pus. Leur nombre n'a pas varié : une seule par jour.

Dans la journée, l'enfant éprouvait quelques douleurs abdominales en barre, sans localisation nette, peu intenses, accompagnées de gargouillements.

Il n'y avait pas d'autres troubles digestifs : vomissements, anorexie, signes de rectite.

Le tableau clinique s'est complété par l'apparition de signes infectieux : fièvre, céphalée, courbature, douleurs dans les jambes.

Auparavant, en dehors des maladies éruptives de l'enfance, P... était bien portant, quoique toujours assez pâle. Notons qu'il est typographe, mais ne manipule pas d'objets contenant du plomb.

Son père est mort de tuberculose pulmonaire.

A l'*examen*, le 15 juin, on est frappé par sa pâleur extrême : les téguments sont exsangues, les muqueuses, entièrement décolorées.

Cette anémie intense ne s'accompagne pas de symptômes inquiétants d'hémorragie interne : le pouls est bien frappé, parallèle à la température, la tension artérielle est de 9 1/2-5 (Vaquez), l'état général reste bon, la langue est humide.

L'aspect général est satisfaisant, il n'y a pas d'amaigrissement.

La température est à 38°9.

L'abdomen est souple, la fosse iliaque légèrement douloureuse, la palpation provoque du gargouillement, tout le trajet colique est un peu sensible, le côlon gauche, spasmé, roule sous les doigts.

Le foie est normal, la rate ne semble pas hypertrophiée. Il n'y a pas de taches rosées sur le ventre.

Le toucher rectal ne montre rien d'anormal.

A la pointe du cœur, on trouve un souffle systolique peu intense, n'ayant pas les caractères des souffles organiques.

L'examen des poumons, du système nerveux, des organes hématopiétiques, de la bouche, des urines, est négatif.

En dehors du melœna constaté le soir de l'entrée à l'hôpital, il n'y a pas d'hémorragies viscérales, muqueuses ou cutanées.

On ne trouve pas de stigmates de saturnisme.

Les jours suivants, divers examens de laboratoire ont été pratiqués :

Sérodiagnostic pour l'Eberth, les para A et B, négatif.

Examen du sang :

Globules rouges : 850.000.

Globules blancs : 8.000, dont :	poly..........	70 %
	lympho	70 %
	mono	15 %
	éosino	1 %

Hg : 10 %.

Valeur globulaire : 0,58.

Cette formule, appuyée par l'absence des troubles de la crase sanguine, permet d'éliminer le diagnostic d'une affection primitive du sang et de conclure à une anémie par perte sanguine.

L'examen radiologique donne les résultats suivants :

Poumons normaux ;

Image gastroduodénale normale, pas d'ulcus.

Du point de vue intestinal :

Ingestion de baryte : légère stase cœcale, transit gauche accéléré.

La moitié supérieure du descendant est élargie en boudin, sans segmentations haustrales, la moitié inférieure est sensible à la palpation.

Rectum distendu.

Lavement baryté : rectum distendu, dolichosigmoïde, sensibilité nette de la région rectosigmoïdienne.

Lavement au collothore, poussé jusqu'à l'angle splénique : changement de la direction des plis, qui, au lieu d'être verticaux, sont très tassés, horizontaux.

Les radiologues concluent, d'après l'ensemble de ces images, à l'existence d'une colite, sans image de lésion organique visible.

D'ailleurs, rétrospectivement, on retrouve chez l'enfant des troubles intestinaux : c'est un constipé habituel, sans toutefois de douleurs ou muco-membranes.

Pendant son séjour dans le service, il avait, pendant une huitaine, chaque jour, trois selles pâteuses, sans caractère spécial.

L'examen caprologique met en évidence des signes de fermentation intestinale exagérée.

Flore iodophile très développée.

Amidon non digéré en grande quantité.

Acides organiques (en HCl normal pour 100 gr. de matières) : 30 cm^3 (chiffre normal, 15 cm^3).

Ammoniaque (plus acides aminés par formoltitration) en NH^4OH normal pour 100 gr. de matières : 4,6 cm^3 (chiffre normal, 3 à 4,5 cm^3).

Ni la méthode de coagulation, ni la réaction de Triboulet n'ont décelé d'albumines solubles.

On ne trouve ni parasites ni œufs à l'examen microscopique.

L'évolution de la maladie a été rapidement favorable.

Sous l'influence du repos, de la diète, de la glace sur le ventre, des hémostatiques et d'une transfusion de 100 cm^3 de sang, l'hémorragie intestinale a cessé. Au bout de 3-4 jours, les selles ont repris un aspect normal. La température a baissé, elle oscillait pendant 4 jours autour de 38°, puis tombait à la normale. Les semaines suivantes, cependant, on constatait quelques crochets à 38°.

L'anémie s'est réparée rapidement, aidée par l'opothérapie hépatique : les globules rouges sont à 1.600.000 le 21 juin, à 2.640.000 le 8 juillet.

*
* *

En somme, hémorragie très abondante, survenue au cours d'une colite, chez un grand enfant. Sans doute, pourrait-on faire quelques objections. La première, c'est qu'il est rare que la colite s'accompagne d'une hémorragie aussi importante. La seconde, c'est que l'examen des selles n'a pas permis d'y déceler d'albumine soluble. La troisième, c'est que les fermentations intestinales sont extrêmement fréquentes chez les jeunes sujets, comme l'a montré M. Goiffon. Aucune d'elles n'est irréfutable. Les hémorragies intestinales ont été observées dans les colites infantiles par des cliniciens tels que L. Guinon. La seconde n'a peut-être pas une importance décisive. Quant à la troisième, on peut la réfuter en faisant remarquer qu'il est exceptionnel que dans le dysmicrobisme intestinal de M. Goiffon, les fermentations acquièrent autant d'intensité que dans notre cas. Quelle autre hypothèse formuler, d'ailleurs ? Dysentérie ? Mais l'examen microscopique des matières est resté négatif. Ulcus, néoplasme intestinal, polypose, diverticulite ? Les constatations radiologiques ne sont pas favorables à ces diagnostics. Nous conclurons donc à une colite avec fermentations, favorisée, peut-être, par l'existence d'un dolichocolon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1936)

Réflexes sino-carotidiens et pression céphalo-rachidienne. — MM. M. LOEPER, A. LEMAIRE et F.-P. MERKLEN confirment dans l'ensemble les résultats de leurs recherches antérieures : l'excitation faradique du nerf sino-carotidien de Hering, la traction sur le bout céphalique de la carotide primitive déterminent chez le chien une chute de la pression du liquide céphalo-rachidien, vraisemblablement consécutive à la chute de la tension artérielle. Mais des excitations plus fortes peuvent amener une hypertension céphalo-rachidienne initiale transitoire, qui paraît conditionnée par l'augmentation concomitante de la pression veineuse ; des excitations prolongées peuvent être suivies d'une hypertension rachidienne ultérieure, assez durable et de mécanisme encore mal élucidé.

Mise à part la question de cette hypertension secondaire, les variations de la pression céphalo-rachidienne provoquées par l'excitation sino-carotidienne semblent conditionnées beaucoup plus par les changements de la pression artérielle et de la pression veineuse générales que par une action élective sur les vaisseaux et le volume de l'encéphale et du liquide céphalo-rachidien : si le sinus carotidien joue un rôle important dans la régulation de la pression céphalo-rachidienne, il s'agit là d'un rôle surtout indirect.

Cinématographie des amibes. — MM. COMANDON et DE FONBRUNE ont projeté un film cinématographique représentant une amibe non pathogène (*Amoeba phagocytoïdes*, Gaudicheau). Il permet d'étudier le mécanisme de l'absorption des microbes et de leur digestion à l'intérieur de cette cellule. On remarque ainsi le rejet des membranes bacillaires vidées de leur contenu par la digestion.

Recherches sur le taux des purines libres et combinées dans le sang des goutteux. — MM. F. COSTE, A. GRIGAUT et R. MANDE. Le rapport des purines libres aux purines totales (dosées par la méthode de Thannhauser et Czoniczer) n'est, chez les sujets goutteux, que peu supérieur à celui trouvé chez les sujets non goutteux, et varie d'ailleurs assez largement chez un même sujet.

La différence fondamentale entre les deux groupes de sujets réside non dans la répartition des fractions puriniques, mais dans l'élévation globale du taux des purines chez les goutteux, portant d'ailleurs aussi bien sur les purines libres que sur les purines combinées.

L'action inhibitrice du citrate de soude sur le pouvoir bactéricide du sang humain. — MM. A. GRIMBERG, S. MUTERMILCH et AGASSE-LAFONT concluent de leurs recherches que l'addition de citrate de soude au sang destiné à l'hémoculture annihile le pouvoir bactéricide que possède le sang, et par suite augmente les chances d'obtenir une hémoculture positive (groupe coli-typhique).

Par contre, ils fixent non pas à 20 pour 1.000, mais à 30 p. 1.000 le taux de citratation du sang qui paraît nécessaire pour obtenir le résultat cherché.

Cherchant enfin à préciser quel est le mode d'action dans ce cas du citrate de soude, ils ont établi que le citrate de soude agit en inhibant l'action alexique du plasma.

Historadiographie et localisation histologique de substances médicamenteuses ou toxiques à poids atomique élevé. — MM. P. Castel, P. Lamarque et J. Turchini, recherchant par la technique de l'historadiographie la localisation histologique de sels de bismuth, d'or, d'antimoine et d'arsenic. L'opacité de ces substances aux rayons X nous permet de les retrouver dans les tissus, en particulier au niveau des émonctoires et de divers éléments du système réticulo-endothélial.

Neurones sympathiques périphériques de la face. Leur rôle au cours de la rage. — M. Manouélian. L'existence des endoneurocytes du trijumeau permet d'expliquer la haute gravité des morsures de la face, mais ces endoneurocytes ne sont pas les seuls neurones périphériques de cette région. La face contient des ganglions nerveux sympathiques, soit libres soit inclus dans les glandes et les glandules salivaires de la face. Nombre de neurones se trouvent parfois aussi dans le derme, le chorion des surfaces du revêtement. Les neurones sympathiques, qui sont parmi les cellules les plus sensibles au virus rabique, sont donc, ainsi que les andoneurocytes du trijumeau, la cause de la haute gravité des morsures de la face.

Capacité de synthèse de l'acide ascorbique chez le fœtus humain. — MM. A. Giroud, R. Ratsimamanga, M. Rabinowicz, Santos Ruiz et I. Cesa ont montré sur le cobaye que, pendant la carence, les valeurs d'acide ascorbique sont beaucoup plus élevées chez le fœtus de cobaye que chez sa mère. Ce fait semble en faveur d'une synthèse, chez le fœtus, dont l'adulte serait incapable. Avec le fœtus humain on retrouve les mêmes phénomènes, mais plus accentués. Les valeurs trouvées chez ce dernier sont très élevées, surtout pendant les premiers stades, elles dépassent même les valeurs moyennes que l'on observe chez les organismes non carençables. A fortiori, elles sont de beaucoup supérieures à celles que permet l'alimentation habituelle chez l'homme adulte. Plusieurs hypothèses peuvent être envisagées, celle de la synthèse de l'acide ascorbique par le fœtus paraît concorder le mieux avec l'ensemble des faits cliniques ou expérimentaux.

Influence du sang de chien dépancréaté sur la glycémie du chien normal. — MM. F. Rathery, Bargeton, de Traverse. Les auteurs, reprenant les expériences de Kepinov et S. Petit-Dutaillis, utilisent des quantités de sang moins fortes et opèrent sur des chiens normaux.

L'hyperglycémie immédiate ne se retrouve que quatre fois sur huit ; elle peut être remplacée par de l'hypoglycémie.

L'hyperglycémie tardive se retrouve dans cinq cas sur huit. Tantôt la courbe hyperglycémique est très progressivement ascendante et monte par exemple de 1,14 à 2,06, tantôt elle ne survient que tardivement, à la deuxième, troisième ou cinquième heure, ordinairement précédée d'une chute. Cette montée peut persister et s'amplifier pendant 4 heures, 2 heures ou être très fugace.

La séroprotection des enfants exposés à la contamination de la rougeole, avec du sérum rougeoleux ne donnant pas le phénomène d'inhibition. — Mme Papp, présenté par M. R. Debré.

Sur le phénomène d'inhibition de R. Debré. — Mme Papp (de Budapest).

Sur l'infection inapparente de la rougeole. - Mme Papp.

(Séance du 19 décembre 1936)

Pouvoir antianaphylactique de l'acide ascorbique chez le cobaye. Importance de l'alimentation et du taux de l'acide ascorbique sur la sensibilité de l'organisme. — MM. A. et P. Giroud, R. Ratsimamanga et M. Rabinowicz. La sensibilité aux phénomènes anaphylactiques dépend nettement de l'alimentation. Avec des régimes riches en verdure et par suite en acide ascorbique, on observe chez le cobaye notablement moins d'accidents qu'avec des régimes plus pauvres. D'autre part, chez les animaux que le régime a rendus particulièrement sensibles, l'acide ascorbique injecté par voie veineuse présente un pouvoir antichoc très marqué.

Hyperglycémie provoquée chez le chien par la ligature brusque et complète de la veine porte, richesse du foie en glycogène et surrénalectomie. — MM. N. Fiessinger, R. Cattan et F.-P. Merklen confirment la complexité du mécanisme de l'hyperglycémie secondaire à la ligature brusque et complète du tronc porte. Certains facteurs règlent l'importance de l'élévation du taux du sucre sanguin et expliquent sa variabilité, en particulier la richesse du foie en glycogène. Mais on ne peut expliquer l'hyperglycémie de la ligature portale par une simple adrénalinémie réflexe due à l'hypotension artérielle qui en résulte, car cette hyperglycémie se retrouve aussi intense chez le chien après surrénalectomie double.

Effets de l'excitation du splanchnique sur la pression céphalo-rachidienne. — MM. M. Loeper, A. Lemaire et F.-P. Merklen. L'excitation du splanchnique chez le chien provoque une élévation simultanée des pressions céphalo-rachidienne et veineuse, avec cependant un léger retard de la première sur la seconde. Cette augmentation de la tension rachidienne s'observe encore chez l'animal surrénalectomisé. Elle ne s'explique pas par la seule décharge adrénalinique résultant de l'excitation splanchnique.

Effet de l'énervation rénale sur l'anisergie réno-tensionnelle due au phénoxy-1-diméphylamino-2-éthane (J. L. 407). — M. M. Bariéty et Mlle D. Kohler, pour étudier les anisergies circulatoires réno-tensionnelles, proposent d'utiliser l'énervation rénale. Ils insistent sur la nécessité de pratiquer une énervation soigneuse, dont ils précisent la technique. Appliquant cette technique à l'anisergie réno-tensionnelle provoquée par le J. L. 407, ils notent qu'après énervation du rein, cette anisergie disparaît, le volume du rein énervé augmentant avec la pression artérielle, tandis que le volume du rein intact diminue.

Influence du sang humain diabétique sur la glycémie du chien normal. — MM. F. Rathery, Bargeton, de Traverse, avec du sang humain normal, n'ont provoqué qu'une baisse glycémique, jamais d'hyperglycémie. Avec du sang de diabétiques humains, ils ont provoqué, chez le chien normal, d'une façon inconstante, une poussée hyperglycémique.

Il paraît donc probable que, chez certains diabétiques, le sang diabétique humain renferme une substance hyperglycémiante. La faible quantité du sang utilisée explique la faible amplitude du phénomène.

Cette inconstance des résultats s'explique aisément par ce fait que le diabète, chez l'homme, relève de mécanismes complexes.

L'état réactionnel du chien receveur doit aussi intervenir.

La production expérimentale de tumeurs hypophysaires chez le rat. — MM. Ch. Oberling, M. Guérin et P. Guérin ont obtenu des tumeurs hypophysaires dans deux séries expérimentales différentes :

1° Chez des rats mâles qui à l'âge de deux mois avaient été castrés et greffés avec les ovaires provenant des femelles de la même portée. Sur sept animaux qui ont vécu plus d'un an après l'opération, quatre présentaient à l'autopsie des tumeurs du lobe antérieur.

2° Chez des rats auxquels on avait fait des applications intra-cérébrales de 3-4 benzopyrène. Les quatre animaux qui ont vécu plus de sept mois ont tous présenté des tumeurs du lobe antérieur.

Ces tumeurs sont en général des adénomes formés par des castration, cellules de grossesse, cellules chromophobes, cellules de [illegible] de modifications importantes d'autres parenchytes glandulaires : atrophie testiculaire, hyperplasie des vésicules séminales et de la prostate, hyperplasie parfois adénomateuse de la médullo-surrénale, hypertrophie thyroïdienne et parathyroïdienne, adénome langerhansien du pancréas, etc...

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 2 mars. — Jury : MM. Claude, président ; Mocquot, Rathery, Brocq. — M. ADJURIAGUERA (de). La douleur centrale. — Mlle FLAJSZER. Contribution à l'étude du test de Schiller après la ménopause. — Mlle LEIVANT. Traitement du cancer du col utérin par les méthodes physiothérapiques. Comparaison statistique.

Mercredi 3 mars. — Jury : MM. Gosset, président ; Lemierre, Gastinel, Vallery-Radot. — M. LATIFI. Les fistules sigmoïdo-vésicales. — M. PANCRAZI. La pleurotomie sans résection costale avec drain à thorax fermé. — M. CONTE. Les affinités de la toxine streptococcique pour le système neuro-végétatif. Applications à la pathogénie de la scarlatine.

Mardi 2 mars (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Mocquot, président ; Coquot, Lesbouyriès, Robin. — M. ROYER. Obstruction et fistule du trayon chez la vache. — M. RICARD. Procidence du corps clignotant chez le chien et le chat.

THÉRAPEUTIQUE

UNE MISE AU POINT

1927-1937 ! Le Chophytol-Rosa à base de feuilles fraîches de Cynara (artichaut) a dix ans d'existence et d'expérience.

C'est surtout grâce au Chophytol-Rosa (ampoules injectables, dragées et gouttes per os) que les expérimentations sur le Cynara ont été réalisées. C'est en grande partie grâce à lui qu'ont pu être précisées :

a) Son action cholérétique ;

Son influence sur le métabolisme du cholestérol (pouvoir cholestérolytique), de l'azote et de l'eau.

b) Ses indications thérapeutiques dans l'insuffisance hépatique, l'imperméabilité rénale.

c) Ses applications en médecine générale, en cardiologie, en chirurgie et en pédiâtrie.

Les contrefaçons du Chophytol-Rosa ne possèdent aucune bibliographie personnelle. Elles utilisent la documentation scientifique réalisée grâce à notre produit. D'ailleurs, seules les formes « per os » facilement aptes aux imitations, ont été contrefaites ; la forme injectable, d'application médicale éprouvée, est demeurée au-dessus des possibilités des plagiaires.

Les travaux de J. Brel, de Léon Tixier et de son école, de G. Edgard-Rosa, de F. Monville (Thèse de Paris 1933), de J. Picart (Thèse de Paris 1935) sont des témoignages éclatants du rôle primordial joué par le Chophytol-Rosa dans la vulgarisation et la codification de la Cynarathérapie.

Les Laboratoires Rosa remercient le corps médical du large crédit que, jusqu'ici et pour ces raisons, il a accordé au Chophytol-Rosa en matière de Cynarathérapie.

CHRONIQUE

UN CHIRURGIEN LATIN EN U.R.S.S.

(*Les voix latines*)

Sur l'invitation de l'U.M.F.I.A., M. J. ABADIE (d'Oran), est venu la semaine dernière apporter, dans une très remarquable conférence, ses impressions sur un récent séjour en Russie.

Le docteur Georges Duhamel, de l'Académie française, présidait entre Mme la maréchale Lyautey et Mme Abadie. M. Joseph Bédier, de l'Académie française, plusieurs membres de l'Institut et de l'Académie de médecine assistaient à la conférence ainsi qu'un public très nombreux et attentif.

Après une très cordiale présentation de M. Dartigues, président fondateur de l'U.M.F.I.A., M. Abadie prend la parole.

En juin dernier, il est allé en Russie pour s'efforcer, après tant de voyageurs, après tant d'hommes de lettres dont les opinions s'affrontent, de vérifier si « l'U. R. S. S. est un paradis ou un enfer ». Pour éclaircir un mystère — si mystère il y a — tout témoignage de bonne foi prend sa valeur.

M. Abadie a voyagé seul, il est resté assez longtemps pour voir le décor et son envers. Il a séjourné à Léninegrad, à Moscou, Nijni-Novgorod, Stalinegrad, Rostock, Odessa.

Il a visité librement beaucoup d'usines, de Kolkhoses, d'hôpitaux, qui évidemment lui avaient été désignés. Il a vu de fort belles créations, mais il lui apparaît que tout cela existe, et en mieux, chez nous.

Après avoir fait un récit très coloré et très objectif de ce qu'il a vu, M. Abadie le résume : d'abord ce qui est bien ou très bien.

A *l'actif* de l'U. R. S. S., il faut placer l'ampleur, en nombre et en hauteur, des constructions ; la rapidité de leur développement ; la protection de l'enfance ; la lutte contre l'ignorance ; le souci de la sélection.

Est-ce à dire que tout est parfait ? M. Abadie remarque que lorsqu'on parle là-bas d'enseignement, ce n'est sans doute pas l'enseignement supérieur de chez nous, mais il faut noter la conviction des étudiants, leur désir de s'instruire et leur application.

Au point de vue industriel, la Russie a son industrie lourde affranchie de l'étranger, pour le reste de l'industrie le gouvernement paraît ne pas chercher à satisfaire des besoins, mais à en créer pour trouver des débouchés à sa production.

Au passif, il faut mettre le temps perdu, la paperasserie et cette extraordinaire ignorance, ignorance complète et voulue, de ce qui existe à l'étranger.

Il faut remarquer, d'autre part, que le *Stakanovisme* ne va pas sans provoquer dans la masse ouvrière des protestations en raison des inégalités de salaires, trop marquées, qu'il entraîne. Notons encore que la deuxième constitution fait disparaître les commodités des divorces et des avortements. Le suffrage universel effectif soulève une opposition au « parti », jusqu'ici tout-puissant. Le régime glisse vers un opportunisme imprécis qui oublie les grands principes. Les menaces extérieures enfin compliquent l'attitude des dirigeants pris entre l'action internationale du Komintern et la sauvegarde nationale. En somme, l'expérience bolchevique est encore en cours.

Tirer des enseignements, oui. Adopter, non ! et cette première conclusion, le conférencier la fortifie par une étude comparée du génie latin et de la mentalité slave remaniée par le bolchevisme.

Se plaçant enfin au point de vue français, il étudie la réalité de l'appui que l'U. R. S. S. peut apporter à notre

pays. Surtout il insiste sur la rançon de tout ce qui a pu [illegible] enthousiasme de quelques jours : c'est là [illegible] Après avoir traduit ses impressions dernières, il adjure ceux qui président aux destinées de la France de « sauvegarder, créer même à nouveau un idéal commun pour notre patrie, car sans idéal, il n'y a plus d'aptitude au sacrifice, et sans sacrifice, il n'y a plus ni force, ni grandeur ».

F. L. S.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Affection dont les *formes cliniques sont nombreuses*, les aspects variables avec l'intensité des phénomènes septicémiques et des lésions intestinales, avec l'atteinte concomitante d'organes généralement peu touchés, avec l'âge et le terrain sur lequel elle évolue. la fièvre typhoïde présente souvent de grosses *difficultés de diagnostic* clinique ; mais aujourd'hui la nature de la maladie est beaucoup plus facilement reconnue grâce aux procédés de laboratoire : *hémoculture* et *séro-diagnostic*.

L'étude des formes cliniques présente en outre un gros *intérêt prognostic*, car il va permettre dans une certaine mesure de prévoir l'évolution de l'affection dont le pronostic doit cependant toujours être réservé.

ETIOLOGIE

Quelle qu'en soit la forme, la fièvre typhoïde se contracte essentiellement par les *eaux polluées*, les laits infectés par coupage ou par manipulation avec des mains souillées, les coquillages et particulièrement les *huîtres* qui ont vécu dans les eaux polluées, les légumes souillés par arrosage ou provenant de champs d'épandage, les mouches.

En outre, la contagion peut être directe par les *mains souillées* chez les personnes qui soignent les malades. Il existe d'ailleurs des *porteurs sains* de bacilles d'Eberth qui sont également cause de contagion.

I. Forme d'intensité moyenne chez l'adulte vigoureux

La fièvre typhoïde est particulièrement fréquente dans la saison estivo-automnale.

Il s'agit assez souvent de sujets surmenés et déprimés depuis quelque temps.

L'*incubation* dure deux semaines environ.

Lorsqu'on voit le malade, il se présente avec un *état infectieux évident*.

Signes généraux. — Il a une température croissante de jour en jour, avec de légères rémissions matinales.

Il est très fatigué et très las.

Signes digestifs. — Il n'a pas d'appétit et est souvent constipé.

Quelques signes devront faire penser, à cette période, à la possibilité d'une fièvre typhoïde commençante, l'existence du trépied :

Céphalée,
Vertiges,
Insomnie,

Auxquels il faut ajouter l'apparition fréquente d'un *épistaxis*.

En présence de ces signes, il faudra rechercher s'il n'existe pas déjà quelque signes objectifs de la période d'état :

— Dissociation du pouls et de la température, dicrotisme du pouls ;
— Splénomégalie ;
— Taches rosées (qui ne sont pas encore apparues) ;
— Sensibilité et gargouillement de la fosse iliaque droite ;
— Angine de Duguet ;

Etc...

En tout cas, [illegible] le malade comme s'il avait une fièvre typhoïde et demander une hémoculture à la première élévation thermique à 39°.

PERIODE D'ETAT

Signes généraux. — Le diagnostic devient alors beaucoup plus facile, car dans nos pays on pense d'emblée à la fièvre typhoïde devant une température élevée et persistante qui ne fait pas sa preuve.

Le *pouls* est dissocié de la température, hypotendu et dicrote.

La *fièvre* est en effet à 40° en plateau.

Quant au *Tuphos*, il est souvent assez peu marqué, il existe seulement un peu de prostration, d'abattement. Cependant il peut exister des signes plus marqués et un délire doux et tranquille, surtout nocturne.

Les *urines* sont rares, foncées, déposent dans le bocal, contiennent rarement de l'albumine.

Les *selles* sont diarrhéiques, multiples, très fétides, d'aspect de purée de pois ou de jus de melon.

Signes physiques. — A l'examen : 1° On note rapidement :

— Les lèvres sèches ;
— La langue saburrale, sèche, rôtie dans les formes sévères ;
— L'existence inconstante d'une *angine de Duguet*, ulcération ovalaire siégeant sur le pilier antérieur, peu ou pas douloureuse.

2° *On examine très attentivement l'abdomen :*

Le ventre est légèrement ballonné, tympanique.

On recherche surtout l'existence de *taches rosées*, éléments rosés maculeux lenticulaires, s'effaçant par distension de la peau, larges de 2 à 3 mm.

Ces éléments sont d'ailleurs souvent très peu nombreux et devront être recherchés également dans les régions lombaires.

La *fosse iliaque droite* est le siège d'une sensibilité spéciale ; elle est en règle gargouillante.

Dans l'*hypocondre gauche*, on recherchera et on trouvera une splénomégalie percutable et souvent palpable.

3° *A l'examen du thorax* on constate :

Dans les deux champs pulmonaires, l'existence de sibilances diffuses et dans les cas plus sérieux et à une période plus avancée, de la congestion hypostatique caractérisée par de la submatité et de gros ronchus associés à des sous-crépitants.

Au niveau du cœur :

— Une bradycardie ;
— Parfois un assourdissement du premier bruit.

4° Enfin on recherchera toujours l'existence de signes méningés frustes :

Raideur de la nuque ;
Ebauche de Kernig.

En présence de ce tableau, le diagnostic clinique est une quasi-certitude. On le confirmera cependant par les épreuves de laboratoire, mais c'est la plus mauvaise période pour les effectuer :

L'hémoculture cessant d'être positive vers le 10e jour ;
Le séro-diagnostic ne devenant positif que vers le 15e.

(A suivre.)

J. FERROIR.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 19. — SAMEDI 6 MARS 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Académie de médecine. — Dans sa dernière séance, l'Académie a attribué le prix Albert Ier de Monaco (100.000 francs), à MM. Bovin, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Strasbourg, et Ancel, professeur d'embryologie à la même Faculté, pour l'ensemble de leurs travaux sur les hormones sexuelles.

Guerre. — *La Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires* est ainsi composée pour 1937 :

Président : M. le docteur Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur.

Membres de droit : MM. Merlin, Gardiol, Serge-Gas ; les médecins généraux inspecteurs Morvan et Rouvillois ; M. Bernard ; les médecins généraux Oudard, Sorel, le général Frossard.

Membres civils : les professeurs Achard, Bezançon, Debré, Lemierre, Ramon, Roger, Roussy, Tanon, M. Jules Renault.

Membres militaires : les médecins généraux inspecteurs Lévy, Sacquépée, Sieur, H. Vincent, Dopter, Polin.

Secrétaire : M. Hombourger.

Conseil supérieur de surveillance des eaux destinées à l'armée.

Président : M. le professeur H. Vincent, membre de l'Institut.

Membres de droit : MM. Louis Martin, Morvan, Alleau, Bernard, Oudard.

Membres civils : MM. Merlin, Gardiol, Tanon, Rochaix, Dienert, Dimitri, Imbeaux, Lœwy, Martel, Preaud, Raguin et Sentenac.

Membres militaires : MM. Rouvillois, Sacquépée, Lévy, Dopter, Mancier, Le Bourdellès, Codvelle.

Secrétaire : M. Hombourger.

Légion d'honneur. — GUERRE. — Le *Journal officiel* du 3 mars publie le tableau de concours pour la Légion d'honneur (armée active).

Médaille d'honneur du Service de santé militaire. — La médaille de bronze a été décernée à MM. les médecins capitaines de réserve de la 7e région Lévy et Schlumberger.

Institut Alfred Fournier. — Le Conseil d'administration de la Ligue française contre le péril vénérien a nommé M. Levaditi, de l'Institut Pasteur, directeur scientifique de l'Institut Alfred Fournier.

Assemblée française de médecine générale. — Les prochaines Assises nationales consacrées à « la Natalité et ses variations » (études régionales et locales comparées) auront lieu à Paris (Hôtel-Dieu, 9 heures), le dimanche 7 mars 1937, sous la présidence de M. le docteur Siredey. A 13 heures, déjeuner des Assises aux Champs-Elysées (exceptionnellement chez Ledoyen, derrière le Petit-Palais : 50 francs). Prière instante de s'inscrire à l'avance.

XXVIe session (avril-mai 1937), « La fièvre typhoïde » (répartition, prophylaxie et traitement actuel). Les Assises nationales auront lieu le dimanche 9 mai, sous la présidence du professeur Vincent, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

XXVIIe session (juin-juillet 1937). « L'éducation physique » (ses indications et contre-indications médicales chez l'enfant et l'adolescent). Les Assises nationales, première séance du Congrès international de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports, auront lieu le dimanche 11 juillet, à la Faculté de médecine de Paris (grand amphi-

théâtre), sous la présidence de M. le docteur Félix Gadaud, sénateur de la Dordogne.

XXVIIIe session (octobre-novembre 1937). « Les colibacilloses urinaires » (clinique et thérapeutique).

XXIXe session (décembre 1937-janvier 1938). « La météoropathologie » (influence des facteurs météorologiques en pathologie).

XXXe session (février-mars 1938). « Le diabète sucré » (sa thérapeutique actuelle, problème médical et social).

XXXIe session (avril-mai 1938). « La lithiase rénale » (étiologie, prévention et thérapeutique médico-chirurgicale).

XXXIIe session (juin-juillet 1938). « Les syndromes angineux » (diagnostic et traitement).

Leçons du dimanche sur les thérapeutiques nouvelles. — Une série de 10 conférences sur les thérapeutiques nouvelles sera faite à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Pitié, le dimanche matin à 10 h. 30, à partir du 7 mars 1937.

7 mars. — M. le professeur F. Rathery. La thérapeutique insulinique dans le diabète sucré.

14 mars : M. le docteur Delherm, électro-radiologiste de la Pitié. Le traitement physiothérapique des rhumatismes chroniques.

11 avril : M. le docteur Moline, ancien chef de clinique. La thérapeutique des eczémas.

18 avril : M. le docteur F. Trémolières, médecin des hôpitaux. Le traitement de la colopathie muco-membraneuse.

25 avril : M. le docteur A. Courcoux, médecin des hôpitaux. Le traitement de la pleurésie séro-fibrineuse.

2 mai : M. le professeur Grégoire. Les indications de la splénectomie dans les affections médicales.

9 mai : M. le docteur Chiray, agrégé. Le traitement de la soi-disant insuffisance hépatique.

23 mai : M. le docteur Garcin, médecin des hôpitaux. Le traitement de l'épilepsie.

30 mai : M. le docteur Cathala, agrégé. Le déséquilibre alimentaire et son traitement chez les enfants du premier âge.

6 juin : M. le docteur Derot, ancien chef de clinique. Traitement du rhumatisme gonococcique.

Conférences d'histologie. — M. le professeur Verne a commencé ses conférences le vendredi 5 mars 1937, à 17 heures (amphithéâtre Vulpian), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Ces conférences s'adressent spécialement aux étudiants de deuxième année.

Sujet des conférences : *Histologie des organes.*

Inauguration de l'Ecole technique de la conserve. — Les nouvelles installations de l'Ecole technique de la conserve ont été inaugurées le 26 janvier dernier par M. J. Julien, sous-secrétaire d'Etat à l'enseignement technique.

A cette cérémonie assistaient de nombreux savants et médecins qui ont examiné avec un vif intérêt le laboratoire de travaux pratiques et de bactériologie, le laboratoire de recherches de chimie, la salle des balances d'examens microscopiques et l'usine de démonstrations.

L'Ecole a pour objet principal de former les cadres moyens et les cadres supérieurs d'une des plus importantes industries de France.

En même temps, son installation spéciale permettra de faire des recherches scientifiques en vue de procurer l'amélioration des fabrications et de donner aux consommateurs un surcroît de garantie au point de vue de l'hygiène et de la valeur alimentaire des conserves.

Nécrologie. — Le professeur Olimpio Cozzolino, le pédiâtre justement renommé de l'Université de Bari.

— Le professeur Alberto Lutrario, directeur général de la Santé publique à Rome, délégué italien au Comité international d'hygiène de Paris et à la Société des Nations.

— Le docteur Bugiel, ancien président de la Société d'anthropologie, à Paris.

— Le docteur Pierre Pecker, à Saint-Germain-en-Laye.

— Le docteur Paul Jardet, à Vichy.

LIVRES NOUVEAUX

Manuale di Pediatria, publié sous la direction du prof. Gino Frontali (1).

Vingt collaborateurs, l'état-major de la jeune école pédiâtrique d'Italie, se sont joints au prof. Gino Frontali, de Padoue, pour rédiger ce recueil trop modestement intitulé « Manuel de Pédiâtrie » et qui est déjà un traité succinct. Il est conçu dans un esprit clinique et avec un souci d'ordre et de clarté que les exigences de l'esprit français trouvent rarement satisfaits dans les publications étrangères et où il salue, à juste titre, un témoignage irrécusable de la parenté des races et des esprits. Tous les chapitres de la médecine infantile, particuliers aux divers âges et aux divers appareils, la sémiologie et l'hygiène générales, spécialités, orthopédie même y trouvent leur place, ainsi qu'une bibliographie restreinte, mais où rien ne manque de ce qui compte vraiment dans la contribution des écoles médicales des divers pays.

Rien non plus n'a été négligé pour rendre la lecture de ce manuel aisée et utile ; les illustrations, en noir ou en couleur, y sont nombreuses, originales et toujours démonstratives.

Ouvrage didactique, qui témoigne hautement de ce que peut réaliser la vigueur juvénile de l'effort qui s'unit à la connaissance de riches traditions.

L. Babonneix.

(1) Turin. Ed. Minerva Medica, 1936, XIV.

REVUE GENERALE

LE COLLAPSUS TYPHIQUE

Par MM. R. DE BRUN et P. DE FONT-RÉAULX

Le collapsus au cours de la fièvre typhoïde est un sujet à la fois anciennement et très mal connu. Après être resté à l'ordre du jour pendant tout le dernier tiers du siècle dernier et avoir fait couler des flots d'encre, l'intérêt qui s'attachait à cette question s'est épuisé, sans cependant que l'on puisse dégager de ces innombrables travaux aucune idée claire, non seulement sur la pathogénie, mais même sur l'aspect clinique du collapsus. Il suffit de consulter à ce propos les traités classiques pour se rendre compte combien les notions que nous possédons sont, à la fois, succinctes, confuses et contradictoires.

Nous n'avons pas l'intention de faire ici une revue générale des innombrables publications qui ont été consacrées à ce sujet ; nous voulons seulement rappeler la symptomatologie exacte du collapsus, telle que nous l'avons établie il y a quelques années (1), exposer ensuite notre conception personnelle concernant la pathogénie de la mort subite et du collapsus, et les rapports qui unissent ces complications à la myocardite typhique (2). Nous ne ferons que reproduire ici les conceptions que nous avons déjà soutenues il y a une dizaine d'années.

PRÉAMBULE HISTORIQUE

Nous nous excusons, dans un article où nous prétendons exposer simplement nos idées, de commencer par un préambule historique. Mais nous croyons qu'il est indispensable à la clarté de notre exposé de montrer d'abord comment la confusion a pu s'établir dans ce chapitre de la médecine, au point de l'avoir rendu, après trente années d'études, tout à fait incompréhensible.

Au milieu du siècle dernier, vers 1860, Wunderlich (3), puis Griesinger (4) signalent la possibilité de collapsus au cours de la fièvre typhoïde. Le terme de collapsus avait à ce moment une signification bien précise. Il évoquait un tableau clinique particulier, bien connu des médecins d'alors, tableau typiquement représenté dans la deuxième phase du choléra, phase dite de « collapsus et d'algidité ». On savait que ce tableau pouvait se retrouver, du moins à l'état d'ébauche, au cours d'infections graves, en particulier à leur phase terminale. Mais Wunderlich, puis Griesinger, signalaient la possibilité de voir apparaître brusquement, au cours d'une typhoïde d'apparence normale, des phénomènes *graves* de collapsus ; et tous deux pensaient que ces accidents étaient imputables au cœur.

(1) R. DE BRUN : Etude clinique sur le collapsus typhique. *Thèse Paris*, 1925.
(2) R. DE BRUN : La myocardite et les phénomènes de collapsus dans la fièvre typhoïde. *Presse Méd.*, 1er décembre 1926.
(3) WUNDERLICH : Path. und Thérap. 1856. La temp. dans les maladies. Trad. Labadie Legrave 1872.
(4) GRIESINGER : Infections Krankheiten, 1864.

En 1869 paraissent, à quelques mois d'intervalle, deux travaux importants dont les auteurs sont deux jeunes internes des Hôpitaux de Paris. C'est d'abord la retentissante thèse de Dieulafoy (1) sur la mort subite dans la fièvre typhoïde, à laquelle il assigne une origine bulbaire ; l'autre travail est un article de Hayem (2) sur les lésions du myocarde dans la fièvre typhoïde, lésions qu'il croit être la cause de la mort subite que vient de décrire Dieulafoy.

Quelques années plus tard, en 1875, Hayem publie une série de leçons cliniques sur les manifestations cardiaques au cours de la fièvre typhoïde (3). Dans ces leçons, il reprend et complète ses études sur les lésions histologiques de la myocardite typhique, myocardite à laquelle il attribue deux complications principales : la syncope ou mort subite, d'une part, et le collapsus, d'autre part. Après avoir rapporté un certain nombre d'observations de collapsus, il donne de cette complication une description d'ensemble courte mais précise : « Le pouls, dit-il, est filiforme, les extrémités se cyanosent et se refroidissent. Le visage est terne, bleuâtre, grippé ; les yeux sont excavés, les lèvres et les pommettes sont bleuâtres, le nez froid ; une sueur froide et visqueuse couvre les tempes. Le regard est fixe, sans expression, les paupières demi-closes, la voix faible, cassée, les mouvements faibles et incertains, la prostration extrême. En même temps, la température est abaissée... Cet état est en général passager ; il dure quelques heures et constitue une sorte d'accès qui. s'il ne se reproduit pas, peut n'avoir qu'une influence médiocre sur le cours et la terminaison de la maladie. Mais on peut observer encore des accès successifs, plus ou moins nombreux, et d'intensité variable. »

Après ce beau travail, qui dégageait d'une façon si nette la figure du collapsus, on pouvait penser qu'un progrès définitif avait été réalisé, et que de nouveaux travaux ne feraient que le compléter. C'est cependant le contraire qui s'est produit.

Après les travaux de Dieulafoy et de Hayem, la question passe en effet à l'ordre du jour, et va y rester pendant plus de trente ans. Les cliniciens, hantés par la perspective désormais bien connue d'une « mort subite par le cœur » au cours de la typhoïde, vont essayer de prévoir et si possible de prévenir cet accident par une étude attentive des moindres troubles cardiaques. Toute une génération médicale s'est passionnée pour ce problème : la pathogénie et la prévention de la mort subite. Et cependant, malgré d'innombrables travaux, on peut dire qu'après le livre de Hayem la plus grande confusion s'établit sur ce sujet.

Comment ce fait s'est-il produit ?... C'est ce que nous allons montrer.

Après Hayem, on considère comme définitivement établie l'origine myocardique du collapsus et de la mort subite. C'est qu'en effet, la théorie de Hayem se basait sur le critère, alors indiscuté, de constatations

(1) DIEULAFOY. La mort subite dans la fièvre typhoïde, Paris 1869.
(2) HAYEM : Recherches sur les rapports existant entre la mort subite et les altérations du cœur dans la fièvre typhoïde ; *Archives de physiol. norm. et pathog.* 1869.
(3) HAYEM : Leçons cliniques sur les manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde, Paris 1875, 1 vol.

anatomiques : la théorie bulbaire de Dieulafoy n'apparaît plus que comme une brillante fantaisie. Et désormais on va rapporter, sous le nom de « collapsus cardiaque », les observations les plus diverses où les auteurs croient voir une défaillance du cœur. Et de l'exactitude de ce diagnostic de collapsus cardiaque, ils apportent une preuve histologique.

En d'autres termes, on n'a pas maintenu une démarcation rigoureuse entre, d'une part : le *tableau clinique*, solidement établi par Hayem, et qui n'aurait jamais dû être perdu de vue ; et, d'autre part : la *théorie* cardiaque qui n'aurait dû rester qu'une conception pathogénique provisoire. Pour avoir commis cette faute de raisonnement, on devait errer pendant plus de trente ans.

Lorsqu'on lit attentivement les nombreuses observations rapportées postérieurement au livre de Hayem sous le nom de collapsus cardiaque, on constate d'abord qu'elles ne reproduisent nullement le tableau clinique édifié par Wunderlich, Griesinger, Hayem. Mais une autre constatation s'impose aussi, c'est qu'un grand nombre de ces observations présentent entre elles un indéniable air de parenté. Il est assez facile de retrouver, dans ces observations, un syndrome alors fréquemment observé en clinique et qu'Hutinel devait décrire plus tard sous le nom de *syndrome malin*. La gravité de ce syndrome et son évolution le plus souvent mortelle ont permis aux auteurs d'effectuer facilement des contrôles histologiques et de constater des lésions banales de myocardite typhique qui légitimaient, à leurs yeux, le diagnostic de collapsus cardiaque (1).

Ainsi s'est édifiée peu à peu une figure clinique nouvelle du « collapsus cardiaque », figure clinique bien différente de celle du collapsus vrai, tant par ses caractères cliniques que par son évolution : mais cette nouvelle figure restait assez floue, étant donnée la diversité d'observations qui n'étaient reliées entre elles que par un lien histologique sans signification. *Et c'est ainsi que le collapsus typhique, tel que Hayem l'avait décrit, tombe dans l'oubli.*

Cela est tellement vrai que des faits incontestables de collapsus sont désormais méconnus :

Bacaloglu, dans sa thèse si documentée, rapporte, par exemple, une observation bien intéressante à ce point de vue. Il s'agissait d'une malade du service de Moizard, à la Charité, qui fit, à 48 heures d'intervalle, deux attaques franches de collapsus. Entre les deux accès, Potain dont le service était voisin, fut appelé à donner son avis. Constatant l'intégrité du cœur, il ne fit que confirmer l'opinion de Moizard, « qu'il ne s'agissait pas de myocardite, mais de pseudo-accidents de collapsus d'origine bulbaire » (2).

Quelques années plus tard, Chantemesse et Tissot (3), puis Urbain Monnier et Pateau (4), rapportent, sous le nom de « crises hypothermiques dans la fièvre typhoïde », des faits incontestables de collapsus, où cependant ce diagnostic n'est même pas évoqué. Il suffit pourtant de lire les observations de ces auteurs pour se convaincre qu'il s'est bien agi de collapsus. Voici d'ailleurs, à titre d'indication, la description d'ensemble que donne Tissot des accidents qui accompagnent les brusques dépressions thermiques au cours de la typhoïde : « La respiration est courte, la parole faible, la face est pâle, les traits tirés, les yeux excavés, cerclés de noir, le nez froid, les pommettes et les lèvres bleuâtres. Les bruits cardiaques sont mal frappés, affaiblis, irréguliers ; les caractères du pouls reflètent les désordres des contractions cardiaques ». Ce sont là, incontestablement, les éléments essentiels de l'état de collapsus. La description d'U. Monnier concernant ce qu'il appelle « les crises hypothermiques graves », n'est pas moins explicite.

Il faut attendre jusqu'en 1915 pour voir Aubertin et Chabanier rapporter sous leur vraie dénomination trois belles observations de collapsus. Pour la première fois depuis le livre d'Hayem, les faits sont vus sous leur véritable jour : quarante ans avaient été nécessaires pour cela.

Malgré la fréquence de la fièvre typhoïde pendant la guerre, aucun autre travail n'a paru sur ce sujet. De même dans les années suivantes, jusqu'à notre thèse.

DESCRIPTION CLINIQUE

Des phénomènes de collapsus, nous l'avons dit, peuvent apparaître au cours des maladies infectieuses. S'ils sont la règle dans le choléra, au point d'en constituer une des principales caractéristiques cliniques, dans les autres infections ils restent d'ordinaire ébauchés ou atténués, simple épiphénomène au cours de certaines formes sévères et à leur phase terminale, perdus dans le reste du tableau clinique.

Il est beaucoup plus rare de voir dans le cours d'une maladie infectieuse, qui souvent ne paraissait pas particulièrement grave, un état de collapsus sévère apparaître brusquement, passant aussitôt au premier plan du tableau clinique, et constituant ainsi par lui-même un danger immédiat.

Si ces faits sont rares, ils ne sont peut-être pas absolument exceptionnels. C'est ainsi que nous avons pu observer, au cours de l'épidémie de grippe de l'hiver 1921, étant interne de Bergé, une bonne demi-douzaine de grippés transportés d'urgence à l'Hôpital Broussais, présentant le tableau complet du collapsus et de l'algidité, tels qu'on les voit dans le choléra : tous moururent en 1 à 3 jours. De semblables états de collapsus peuvent se montrer brusquement au cours de la fièvre typhoïde, où ils présentent une physionomie clinique assez particulière, que nous allons tenter de mettre en évidence.

Nous aurons en vue d'abord les grands accès de collapsus, où la symptomatologie est très complète. La connaissance de ces formes assez rares permettra de reconnaître les formes frustes et atténuées, certainement plus fréquentes, et que nous décrirons ensuite.

(1) Voir en particulier les importants mémoires de Landouzy et Siredey, *Revue de médecine*, 1885 et 1887.
(2) Bacaloglu : *Thèse Paris*, 1900.
(3) Tissot : Des abaissements insolites et brusques de la courbe thermique normale dans la fièvre typhoïde, *Thèse Paris*, 1905.
(4) U. Monnier : *Gazette Méd. de Nantes*, 1908. Pateau : Crises hypothermiques dans la fièvre typhoïde. *Thèse Paris* 1909 (inspirée par U. Monnier).

***

Mais d'abord quelques mots sur les circonstances d'apparition.

Le collapsus s'observe indifféremment dans les deux sexes ; mais, par contre, l'âge joue un rôle important : il s'agit, en effet, le plus souvent, *d'adultes jeunes*, entre 20 et 30 ans.

L'apparition d'un collapsus ne semble nullement dépendre de la gravité de la maladie originelle. *On l'observe aussi bien dans les typhoïdes de moyenne intensité, que dans les formes graves.* Ce fait, déjà signalé par Griesinger, a frappé presque tous les observateurs.

Le collapsus peut apparaître à une date variable de la typhoïde, depuis le début de la deuxième semaine jusque pendant la défervescence. Mais en règle, la grande attaque de collapsus ne se montre guère avant la fin du deuxième septénaire. *Elle est particulièrement l'apanage du troisième septénaire et du début de la défervescence ; les collapsus plus précoces sont d'ordinaire des formes atténuées.* Mais cette règle n'est évidemment pas absolue, et l'on peut observer des collapsus graves précoces ; Griesinger cite un cas de « collapsus intense » au 7e jour de la maladie.

La fréquence du collapsus au cours de la fièvre typhoïde est impossible à apprécier : nous manquons pour cela totalement de données, même approximatives. Les formes légères ou frustes sont, en effet, le plus souvent méconnues. Les formes graves elles-mêmes ne sont observées par le médecin que si elles sont suffisamment prolongées. Cependant, nous avons l'impression que si la grande attaque reste rare, les collapsus atténués doivent être relativement fréquents ; mais on ne saurait, sur ce sujet, avancer aucun chiffre.

A. La grande attaque de collapsus. — La symptomatologie du collapsus comporte deux symptômes essentiels : la chute thermique et l'état de collapsus.

1° LA CHUTE THERMIQUE. — La chute thermique se fait d'ordinaire à pic. En deux à trois heures de temps, la température peut tomber de deux, trois et même quatre degrés. C'est en général en 5 à 8 heures qu'elle atteint son étiage, mais parfois la chute peut être plus rapide : 3°,5 en une heure dans une observation d'Aubertin et Chabanier.

La profondeur de la chute est variable. Le thermomètre descend d'ordinaire au-dessous de 37°, pour aller parfois aux environs de 35°, et même plus bas : 33,9 dans une observation de Tissot. Disons dès maintenant que la gravité du collapsus ne paraît pas liée à l'importance de l'hypothermie. Au bout d'un temps variable, la température remonte, parfois aussi vite qu'elle était descendue, parfois plus lentement.

La chute thermique s'accompagne souvent de *sueurs froides* plus ou moins abondantes. De même la réascension thermique, lorsqu'elle est rapide, peut s'accompagner de *frissons*, mais cela paraît plus rare.

Nous représentons quelques exemples de courbes de température qui permettront mieux que toute description, de se rendre compte des aspects de cette chute thermique. (Fig. 1 et 2.)

L'abaissement de la température centrale nous paraît devoir être séparé de l'état de collapsus ; il semble y avoir en effet une certaine indépendance entre ces deux ordres de symptômes. Nous reviendrons sur ce sujet.

2° L'ÉTAT DE COLLAPSUS. — Nous désignons sous ce nom un ensemble symptomatique bien défini, qu'on ne trouve nettement que dans les formes graves. On peut reconnaître dans cet état de collapsus trois éléments distincts : altération du faciès, algidité et cyanose. Ce sont là les trois éléments essentiels qui caractérisent la phase algide du choléra, et que nous retrouvons ici avec toutes leurs particularités.

a) *L'altération du facies.* — Dans les cas graves cette altération est très marquée : le nez est pincé, les yeux profondément excavés, cernés, le regard atone, la voix cassée : c'est au maximum un facies grippé, avec un élément assez particulier d'angoisse répandu sur les traits du malade.

b) *La cyanose.* — Elle est bien spéciale. Elle n'est pas seulement localisée aux extrémités, mais s'étend plus ou moins *à l'ensemble des téguments.* Le faciès est bleuâtre ; les joues, les pommettes, toute la face, le cou, revêtent une teinte bleutée. Cette même teinte se retrouve sur les membres, jusqu'à leur racine, et même sur le tronc ; c'est une véritable *cyanodermie.*

Cette cyanose *ne s'accompagne d'aucune dyspnée.*

c) Le troisième élément est constitué par le *refroidissement périphérique* ou *algidité*, qu'il ne faut pas confondre avec l'hypothermie. Il s'agit là d'un symptôme très particulier, qui n'est bien net que dans les collapsus graves avec cyanose marquée.

Il y a quelques années, étant interne chez Widal, je fus un jour rappelé par une infirmière, qui paraissait très effrayée, auprès d'une jeune femme atteinte de typhoïde, que je venais de quitter moins de cinq minutes auparavant. Je l'avais examinée attentivement, et l'avais trouvée en excellent état. Lorsque je revins dans sa chambre elle était en plein collapsus, le facies grippé, et entièrement cyanosée. Voulant l'examiner, je fus arrêté aussitôt par une impression véritablement saisissante, tant elle était inattendue : ses téguments étaient entièrement froids comme ceux d'un cadavre, ou d'un animal à sang froid.

Cyanose et algidité paraissent être étroitement liées. Dans ces formes graves de collapsus, le tableau clinique ainsi réalisé est donc bien particulier : le malade est entièrement froid et bleu. Ce tableau rappelle absolument celui du choléra à la phase algide.

Par contre, l'algidité ne paraît pas liée à l'abaissement de la température centrale. C'est ainsi que dans une observation que nous avons suivie de près, l'algidité est apparue, a évolué, et a régressé en même temps que la cyanose et l'altération du facies, et tous ces signes avaient à peu près disparu lorsque, plusieurs heures après le début du collapsus, a commencé la chute thermique. L'on sait d'ailleurs que dans le choléra, l'algidité ne suit pas nécessairement les fluctuations de la température centrale.

d) A ces trois éléments essentiels de l'état de collapsus, nous croyons que l'on puisse en ajouter un autre, la *chute de la tension artérielle.*

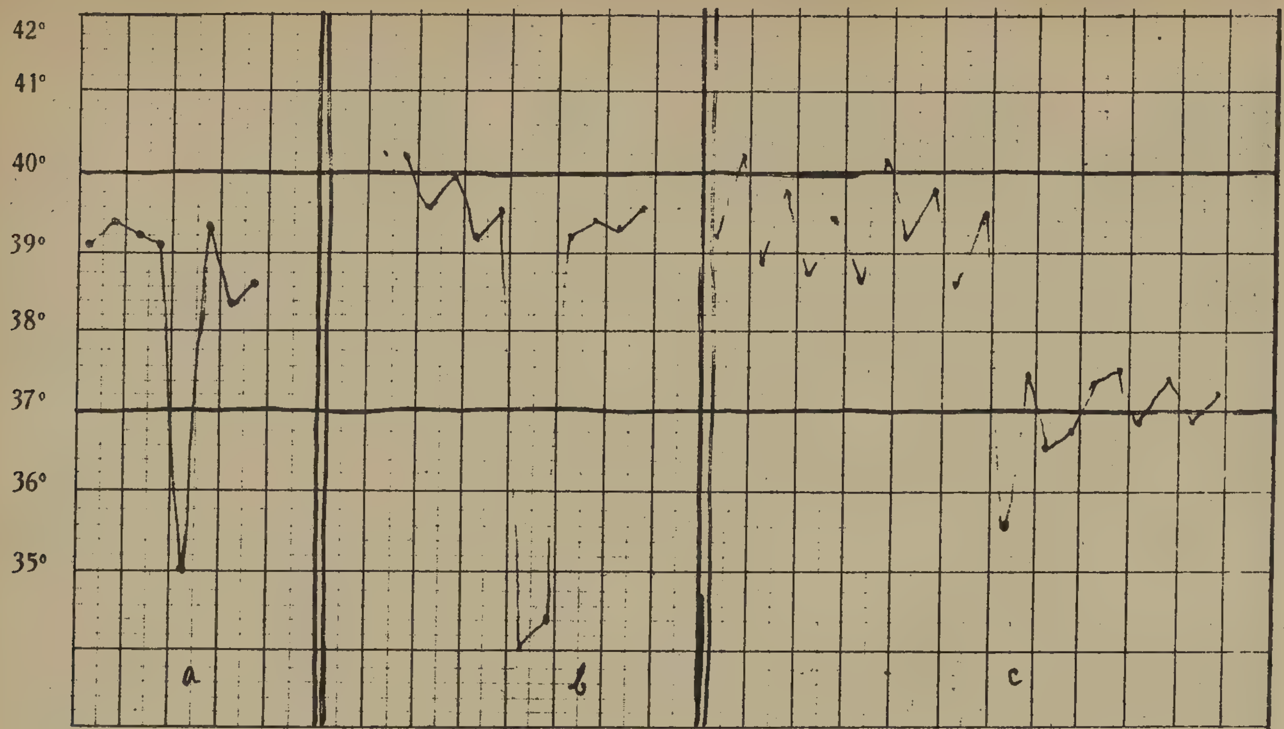


Fig. I. — *a*) Collapsus court.
b) et *c*) Collapsus plus prolongé.

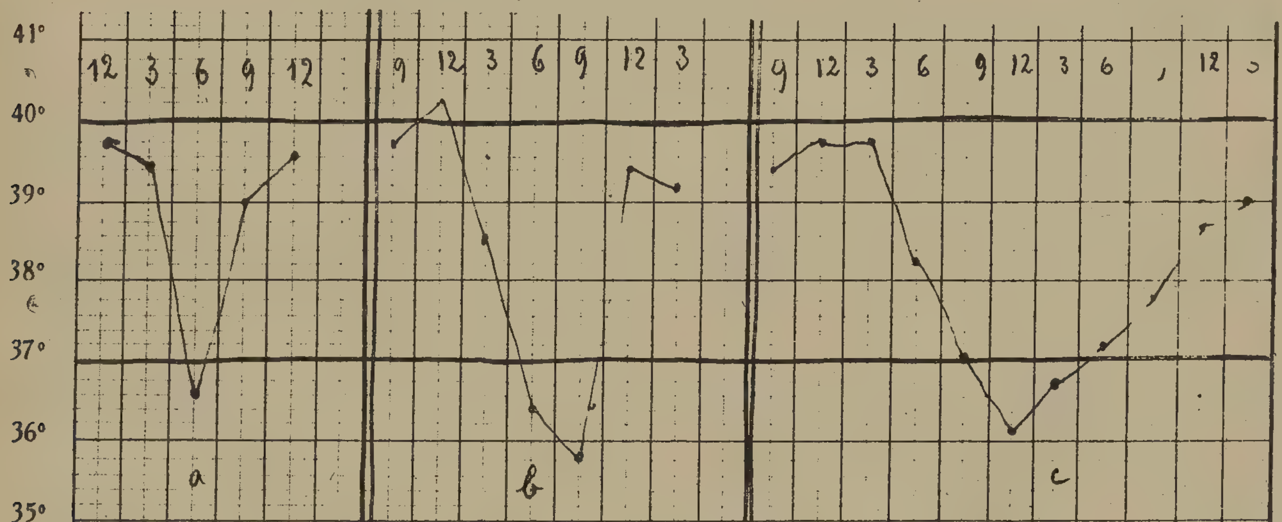


Fig. II. — Température prise toutes les trois heures.
a) Collapsus très court.
b) et *c*) Collapsus de durée moyenne.

Nous manquons de documents à ce sujet ; mais dans les deux seuls cas où la tension a été prise, chez un malade en plein état de collapsus, on a constaté une hypotension considérable, portant sur la maxima et sur la minima. Les anciens auteurs avaient, d'ailleurs, tous été frappés par la petitesse du pouls, et Hayem voyait là un gros argument en faveur de l'origine cardiaque du collapsus.

3° Symptômes accessoires et inconstants. — *L'examen du cœur ne révèle le plus souvent rien d'anormal*, même dans des cas où le collapsus est très marqué. *Aucun signe d'insuffisance cardiaque*. Les signes les plus banaux de myocardite typhique, le galop, l'affaiblissement du premier bruit à la base, sont absents, à moins évidemment qu'ils n'aient existé auparavant. Il est remarquable de voir à quel point le cœur peut rester indifférent à la gravité des phénomènes qui assaillent le malade.

Lorsque l'état de collapsus est accentué, on constate souvent, quoique inconstamment, des signes cardiaques. D'ordinaire les bruits du cœur sont *assourdis*. Assez fréquemment, on trouve des *extrasystoles* ou de l'*embryocardite* (Hayem). Enfin, dans un tiers des cas environ, on peut constater une *tachycardie* s'installant parfois brusquement, avec la rapidité d'une crise de tachycardie paroxystique, comme chez un malade que nous avons observé. Cette tachycardie peut être régulière, le cœur battant à 150 ou 160 pulsations à la minute, ou s'accompagner d'arythmie.

Tels sont les seuls symptômes que peut révéler l'examen du cœur ; encore sont-ils inconstants, nous

le répétons. Même lorsqu'ils existent, *ils ne s'accompagnent jamais de signes d'insuffisance cardiaque*, et ils ne suffisent pas à expliquer la cyanose.

Le pouls est presque toujours petit et, suivant l'état du cœur, on peut le trouver rapide ou irrégulier.

Des modifications du rythme respiratoire sont signalées comme fréquentes par U. Monnier : « les respirations, dit-il, sont souvent très brèves et très fréquentes ». Nous avons observé un cas où la respiration était surtout d'une ampleur remarquable, avec une inspiration profonde et une expiration saccadée, rappelant le rythme respiratoire que l'on a décrit dans le collapsus cholérique ; ce trouble respiratoire ne dura qu'une demi-heure environ, pendant la période la plus dramatique du collapsus. *Le plus souvent, il n'existe aucun trouble respiratoire*. De toutes façons, même en cas de cyanose marquée, *aucune dyspnée, aucun signe objectif à l'auscultation des poumons*.

Exceptionnellement, dans des collapsus un peu prolongés, on a noté des vomissements ; moins rarement on pourra observer une *diarrhée* fréquente, séreuse et abondante.

D'ordinaire, le malade *garde sa connaissance entière et toute sa lucidité*, même dans les collapsus graves. Cependant, dans quelques observations, on a noté du délire. Généralement, c'est un délire tranquille ; très exceptionnellement, il peut être violent.

Avant de terminer ce qui a trait à la symptomatologie, signalons un caractère distinctif important : *l'absence de tout signe fonctionnel*. Le malade ne se plaint de rien, sinon d'être profondément abattu.

Evolution et pronostic. — Il est un caractère du collapsus typhique que nous considérons comme fondamental : c'est sa courte durée ; *c'est une attaque, un accès*. Ce caractère avait été bien indiqué par Hayem.

La durée totale de l'accès est d'ailleurs variable : les accès courts durent 5 heures, 3 heures et sans doute moins ; les accès longs durent 48 heures, trois jours ; ils sont rares. *La durée moyenne paraît être de 6 à 10 heures*.

Le début est absolument inopiné, aucun signe ne permet de le pressentir. De plus ce début est *brusque, mais aussi entièrement silencieux et indolent*. Le collapsus se constitue en quelques heures, parfois même en quelques minutes, comme dans un cas observé par nous ; mais il se constitue *sans bruit, insidieusement, sourdement, sans éveiller aucune réaction*. Rien ne vient faire soupçonner au malade l'aggravation subite de son état et l'apparition d'une complication redoutable, sinon parfois, lorsque l'état de collapsus s'installe rapidement, « une sensation de malaise indéfinissable » (U. Monnier). Mais cette sensation même peut manquer : seul alors le thermomètre donne l'éveil.

Il n'y a pas de parallélisme constant entre la chute thermique et l'état de collapsus. Des chutes thermiques profondes peuvent ne s'accompagner que d'un léger état de collapsus, marqué seulement par une discrète cyanose. Et la réciproque est vraie : U. Monnier cite une observation de collapsus grave avec une chute thermique de 1 degré seulement. Il n'y a même pas toujours coïncidence dans le temps entre ces deux ordres de symptômes : nous en avons rapporté un exemple typique, où l'état de collapsus s'est installé plusieurs heures avant la chute thermique. Ce sont d'ailleurs là les raisons qui nous ont poussé à disjoindre, dans notre description, les troubles de la température centrale et l'état de collapsus.

D'une façon générale, il semble que la chute thermique mesure assez exactement la durée du collapsus. Au contraire, le pronostic paraît être conditionné presque exclusivement par l'importance de l'état de collapsus.

Cet état de collapsus apparaît, d'ordinaire, assez progressivement au cours de la chute de température. Mais parfois, il peut s'installer brutalement, en quelques minutes, avec toute son acuité, et cela à n'importe quel moment de la chute thermique.

Dans ces cas, où l'altération du facies, la cyanodermie, l'algidité sont à leur maximum, le tableau est vraiment impressionnant, éveillant invinciblement l'idée que la vie du malade ne tient plus qu'à un fil et que la mort va survenir d'une seconde à l'autre. Lorsque la mort se produit, elle survient de diverses façons : parfois brusquement par syncope, au cours d'un état de collapsus très grave. D'autres fois, d'une façon plus progressive : en même temps que la cyanose et l'algidité s'accentuent, le malade entre progressivement dans un état d'obnubilation dont on le tire de plus en plus difficilement ; il est alors inerte dans son lit, les paupières demi-closes, le pouls de plus en plus faible, perdant progressivement toute conscience : la mort survient dans cet état.

Cependant la mort est loin d'être la règle. Même dans les cas que nous avons en vue, et qui constituent ce qu'on peut appeler la grande attaque de collapsus, elle survient dans environ la moitié des cas. L'évolution favorable s'observe en particulier dans les cas où, quelle que soit l'importance de la chute thermique, l'état de collapsus reste modéré.

Une fois l'accès terminé, la maladie reprend son cours interrompu, sans être autrement aggravée, et se poursuit comme si rien ne s'était produit. On peut dire que, réserve faite de la mort en cours d'accès, l'existence d'un collapsus ne modifie en rien l'évolution générale de la maladie.

Il faut savoir cependant que *les récidives sont relativement fréquentes*, et cette notion assombrit évidemment le pronostic, car la mort est possible au cours d'un second accès. Il faut donc, en présence d'un collapsus même très léger, réserver le pronostic, car un nouvel accès est toujours possible. On ne sera autorisé à se croire en sécurité qu'une fois la défervescence terminée.

C'est dire tout l'intérêt qui s'attache au repérage des formes légères et frustes de collapsus, qui peuvent passer si facilement inaperçues.

B. Les formes frustes et atténuées. — Ces formes sont probablement fréquentes, mais elles sont d'ordinaire méconnues ou passent inaperçues.

1° Il y a d'abord des formes dans lesquelles une chute thermique, même profonde et prolongée, ne s'accompagne que d'un état de collapsus atténué, sans

algidité, réduit à une simple et légère cyanose, à laquelle des esprits non prévenus n'accordent pas l'intérêt qu'elle mérite. Souvent même, tout se résume en une simple chute thermique, sans aucun des signes qui caractérisent l'état de collapsus. U. Monnier dit en avoir observé 3 cas au cours de grosses chutes thermiques de 3 et 4 degrés. Et il décrit ces formes sous le nom de « *crises hypothermiques légères* », les opposant aux crises graves, qui s'accompagnent de cyanose et d'altération du facies.

2° Il existe des formes encore plus atténuées, où tout se réduit à une simple *rémission thermique*, durant quelques heures. Ces faits sont assez fréquents ; nous en avons observé plusieurs cas. On constate, en prenant la température du matin ou du soir, qu'elle n'est qu'à 38°. On conçoit toutes les craintes que peut éveiller pareille constatation. On examine donc attentivement le malade et on le surveille dans les heures qui suivent. Cependant aucun phénomène fâcheux ne se produit, et bientôt, lorsque le moment arrive de reprendre la température, on constate qu'elle a repris son niveau antérieur, aux alentours de 40°.

On connaît, depuis *Wunderlich*, la possibilité d'*une rémission thermique du 7e jour*, au cours de la fièvre typhoïde. Cette rémission thermique a été fort bien étudiée par Jaccoud : c'est, dit-il, « ...une rémission subite et temporaire de la température, qui varie de 1 degré à 1 degré et demi, et ne dure en moyenne que 10 à 12 heures ». Nous croyons qu'en réalité cette rémission de Wunderlich n'est autre chose qu'un collapsus atténué, dont elle présente tous les caractères. Elle est d'ailleurs loin d'être l'apanage du 7e jour et peut s'observer à une date variable. On peut même voir de pareilles rémissions à des dates tardives, jusque dans le courant du troisième septénaire : nous en avons trouvé dans la littérature médicale des exemples indiscutables. Cependant on peut dire, d'une façon générale, que les collapsus légers et purement thermiques se voient surtout au début de la typhoïde, c'est-à-dire à la fin du 1er septénaire et au début du 2e ; tandis que les collapsus graves se voient surtout au 3e septénaire et au début de la défervescence. Mais il n'y a là rien d'absolu. Griesinger cite le cas d'un malade de 20 ans, très gravement atteint, « chez qui la température baissa subitement au 7e jour et dans l'espace de douze heures, de 40° à 36° 8 ; cet abaissement s'accompagnait de tous les signes d'un collapsus intense : le jour suivant, il y avait élévation nouvelle de la température ». Il dit même avoir observé, dès cette date, des collapsus mortels. Tissot rapporte, de même, un collapsus très grave au 9e jour.

3° Avant de terminer ce qui a trait aux formes frustes, nous voudrions montrer avec quelle facilité ces collapsus transitoires, du type de la rémission de Wunderlich, peuvent passer inaperçus lorsque l'on ne prend la température que deux fois par jour. Pour qu'ils soient repérés, il faut que le niveau le plus bas de la dépression thermique coïncide sensiblement avec l'heure de la prise de température. De nombreuses rémissions thermiques ont le temps d'évoluer entièrement entre deux prises de température. Et ceci ne concerne pas seulement les collapsus légers : des collapsus courts et graves risquent aussi de passer inaperçus. Rappelons seulement une observation d'Aubertin et Chabanier, où un collapsus grave s'est inscrit dans une chute thermique dont la durée totale n'a pas dépassé 5 heures. *Il est donc nécessaire, au cours de toute fièvre typhoïde, de prendre systématiquement la température toutes les trois heures :* faute de cette précaution, on risque de laisser passer inaperçus des collapsus transitoires, même graves. D'autre part, c'est la seule façon de suivre l'évolution d'un collapsus connu.

C. La mort subite dans la fièvre typhoïde. — Lorsque l'on étudie le collapsus typhique, il est une question qui vient immédiatement à l'esprit : y a-t-il un lien entre cet accident et la mort subite ? Et s'il y a un lien, quel est-il ? Ne s'agirait-il pas, en réalité, d'un seul et même phénomène, se manifestant, suivant les cas, avec une gravité, une brutalité différentes ? Pour notre part nous pensons qu'il en est bien ainsi. Quand on a vu, comme nous, un malade, au cours d'une typhoïde jusque-là normale, présenter en moins de 5 minutes des accidents de collapsus grave, tellement dramatiques qu'ils donnaient invinciblement l'impression que la mort allait survenir d'un moment à l'autre, la réponse ne saurait être douteuse. C'était d'ailleurs bien là l'idée de Hayem, qui considérait la chose comme évidente, et qui expliquait par des lésions du myocarde le « mécanisme du collapsus et de la syncope ».

Mais si l'on veut tenter d'élucider quelque peu les rapports qui unissent vraisemblablement ces deux complications, il importe absolument de commencer par établir nettement la symptomatologie exacte de la mort subite. Ce n'est qu'en s'appuyant sur des données précises qu'on pourra s'aventurer prudemment sur le terrain de la pathogénie.

Lorsque nous avons étudié cette question, nous avons constaté que là aussi une assez grande confusion régnait. Nous ne saurions admettre sans discrimination toutes les observations qui ont été rapportées comme des morts subites au cours d'une fièvre typhoïde. Dans le dernier tiers du siècle précédent, en particulier, de nombreuses observations ont été rapportées, où l'on voit l'état général du malade s'aggraver progressivement jusqu'à la mort subite, qui survient ainsi, soit plusieurs heures, soit généralement plusieurs jours après le moment où sont apparus les premiers signes alarmants. Presque toutes les typhoïdes malignes semblent ainsi se terminer par la mort subite. A ce compte, on pourrait dire que la mort est toujours subite !...

Nous croyons qu'il faut réserver le terme de mort subite *aux seuls cas où la mort a constitué un accident absolument inattendu et impossible à prévoir dans les instants mêmes qui en ont précédé l'éclosion.* Si l'on s'en tient aux seules observations répondant à cette définition, l'on arrive à dégager des notions plus précises de la masse des documents qui s'offrent à nous. C'est dans le travail déjà ancien, mais très documenté et consciencieux de Dewèvre, que nous avons trouvé les meilleures indications à ce sujet (1).

(1) DEWÈVRE : *Arch. Génér. de Méd.*, 1887.

La mort subite s'observe presque toujours aux périodes avancées de la fièvre typhoïde, au 3e septénaire et même en pleine défervescence. Elle se montre aussi bien dans les typhoïdes de gravité moyenne, ou même d'apparence bénigne, que dans les formes graves. On l'observe surtout chez les jeunes gens de 20 à 30 ans : elle est exceptionnelle chez l'enfant, très rare chez les personnes âgées. Bien qu'on ait essayé d'en pressentir l'apparition par l'examen attentif du cœur, il n'existe, en réalité, aucun signe clinique qui permette de la prévoir.

Ces conditions étiologiques, on le voit, sont exactement les mêmes que celles qui régissent l'apparition de la grande attaque de collapsus.

Quant à la fréquence absolue de la mort subite au cours de la fièvre typhoïde, sans pouvoir avancer aucun chiffre, nous croyons que si l'on se restreint aux seuls cas répondant à notre définition, c'est une complication rare. La proportion de 2 % des fièvres typhoïdes, indiquée par certains, nous paraît beaucoup trop élevée.

Le tableau clinique de la mort subite n'est pas univoque. Nous avons proposé de distinguer schématiquement 3 aspects différents ou, si l'on veut, 3 formes, dans le cadre desquelles on peut faire entrer presque toutes les observations publiées :

1° *Dans la majorité des cas, la mort n'est pas absolument subite :* elle se produit en l'espace de 5 minutes, ou même notablement plus, jusqu'à 10 et 15 minutes Il existe un état lipothymique qui progresse jusqu'à la syncope terminale. Sur cet état se greffent presque toujours des *convulsions.* Ces convulsions, d'ordre épileptique, sont souvent localisées, et, dans ces cas, presque toujours à la face, plus rarement aux membres supérieurs ; mais assez fréquemment aussi elles peuvent être généralisées. Ces convulsions sont à peu près constantes, comme Dieulafoy l'indiquait déjà, bien qu'elles puissent être réduites à quelques petites secousses cloniques.

2° *Dans d'autres cas, la mort est bien instantanée.* Le malade, parfois à l'occasion d'un mouvement, mais parfois sans cause apparente, étant étendu dans son lit, pâlit et meurt. Le tout n'a pas duré quelques secondes : c'est la syncope mortelle d'emblée.

Ces cas sont notablement plus rares que les précédents. Dieulafoy en rapporte une observation particulièrement frappante par les circonstances qui l'ont entourée. Il s'agissait d'un malade parvenu presque au terme de sa défervescence. Dieulafoy venait de le quitter et il était encore dans l'antichambre, assurant la famille que la guérison était désormais certaine, lorsqu'on vint l'avertir que le malade se trouvait mal. Il se précipita aussitôt, mais ne put que constater le décès.

3° Beaucoup plus rarement, dans 7 à 8 % des cas seulement, la mort paraît provoquée par des phénomènes pulmonaires. Brusquement, le malade est pris d'une *dyspnée avec polypnée extrême et angoissante,* qui l'abat en quelques instants. Dewèvre en rapporte une observation bien suivie : au vingtième jour de la maladie, alors que tout annonçait une issue favorable, « le malade fut pris brusquement d'un accès de dyspnée épouvantable, qui le tua en moins de trois minutes ». L'autopsie (cœur et poumons) fut entièrement négative, histologie comprise.

Qu'il s'agisse de syncope, de convulsions, ou de troubles respiratoires, il est remarquable de constater que ces symptômes ne sont pas toujours mortels d'emblée et *qu'ils peuvent se montrer d'abord à titre de symptôme précurseur,* d'une haute gravité pronostique.

C'est ainsi que la syncope (ou la lipothymie) prémonitoire est notée 13 fois dans la statistique de Dewèvre ; tantôt elle a précédé la mort de plusieurs jours, tantôt de quelques heures seulement ; enfin elle a été souvent multiple (deux à trois, à quelques heures d'intervalle). De même, des convulsions prémonitoires sont notées plusieurs fois : convulsions cloniques, légères, fugaces, localisées (faciales) ou généralisées. De même encore, Dewèvre note que, sur 142 observations de malades morts d'accès dyspnéique, huit fois de pareils accès prémonitoires ont précédé l'accès terminal : dans l'observation qu'il rapporte, le malade avait eu deux accès prémonitoires.

Cela a permis d'étudier d'un peu plus près ces accès dyspnéiques. « Presque toujours, dit Dewèvre, l'auscultation la plus minutieuse reste impuissante à en établir la raison : cette dyspnée a quelque chose de spécial, elle survient d'une façon subite, disparaît de même, et s'accompagne d'une sensation d'angoisse extrême. » L'allure intense, paroxystique et éminemment transitoire de ces phénomènes semble, à elle seule, impliquer l'origine nerveuse de ce symptôme : nous y reviendrons.

Enfin, dernière remarque : il n'y a pas de cloison étanche entre ces trois ordres de symptômes : convulsions, syncope et dyspnée paroxystique. *Ils peuvent coexister les uns avec les autres :* par exemple, un accès dyspnéique être suivi de convulsions mortelles. Et cette remarque a une grande importance théorique, car elle établit l'unité des trois aspects différents de la mort subite.

(A suivre.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 9 mars. — Jury : MM. Brindeau, président ; Lenormant, Marion, Sergent. — M. Mostini. L'anesthésie par voie veineuse à l'étho-butyl-éthyl-malonylurée. — M. Costescu. Statistique des délivrances artificielles pratiquées à la Clinique Tarnier dans les années 1934 et 1935. — M. Bories. Contribution à l'étude des résultats éloignés de la luxation de l'os semi-lunaire. — M. Boromski. Contribution à l'étude des repaires microbiens de l'urètre dans la blennoragie chez l'homme.

Jury. — MM. Balthazard, président ; Claude, Nobécourt, Piédelièvre. — M. Cipi. Qualification de la victime de l'infanticide. Etude juridique et médico-légale. — M. Marquet. Le traitement des psychoses schizophréniques par le choc insulinique. Méthode de Sakel. — M. Tissot. La thérapeutique par l'occupation dans les maladies mentales aux Etats-Unis. — M. Cardiacos. L'emploi du lait entier acidifié chez les nourrissons.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 20. — MERCREDI 10 MARS 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'externat.* — Liste par ordre de mérite des candidats reçus au concours de l'externat :

MM. Royer, 60 ; Le Brigand, 59 ; Alloiteau, 59 ; Stepanoff, 56 1/2 ; Bach, 56 1/2 ; Mlle Narlian, 56 ; MM. Blancard, 56 ; Marche, 55 1/2 ; Henry, 55 ; Caplier, 55 ; Borniche, 55 ; Germond, 54 1/2 ; Braillon, 54 1/2 ; Champagne, 54 ; Savouret, Ponsar, Devimeux, Mlle Bourget, 53 1/2 ; MM. Albou, 53 ; Bergeron, Medvedeff, Sissmann, Dausset, Guy, 52 1/2 ; Cordier, Delater, Krajevitch, 52 ; Gibert, Attal, Scherrer, Lallemant, 51 1/2 ; Chapelet, Mlle Ferrié, MM. Roman, Couleru, 51 ; Bouttier, Schapiro, 50 1/2 ; Brac, Mouzon, Perissel, Guézou, Caballero y Monteagudo, 50 ; Brille, Pichot de Champfleury, Hardre, Tricard, Millet, Joly, Joué, Flabeau, Hertz, Kœnig, Escomel, Machoire, Mme Filhoulaud, MM. Chaudouet, Jourdan-Laforte, Aublin, Léger, Fucs, Bailly, 49 1/2 ; Solat, Loygue, Mlle Grout, MM. Dubarry, Sapir, 49 ; Keruzoré, Jouve, Brandon, Mlle Ravet, M. Daudet, Mlle Noufflard, MM. Nespoulous, Auquier, Cousin, 48 1/2 ; Benidir, Mlle Dehennot, MM. Pardon, Jagello, Forgeois, Moulle, Nehlil, Mintz, Duthuit, Mlles Bousquet, 48 ; Schauving, M. Le Naour, Mlle Klein, M. Descubes, Mlle Begzadian, MM. Foulon, Hartmann, Kahn-Bruker, Barbier, Biro, Maurel, 47 1/2 ; Guy, Meunier, Bory, Boitard, Palacci, Mlle Sikorav, MM. Fourney, 47 ; Chaignon, Giudicelli, Morat, Perraudin, Blanquet, Stagé, Legendre, Le Bourg, Samama, Talbot, Conge, Radjaï, Sevestre, Badin, Chaltiel, Mlle Benezit, MM. Carraud, Lavergne, 46 1/2 ; Hechavarria y Vaillant, 46 ; Ichaïa, Djuvara, Bokser, Mme Demassieux, MM. Van Quathem, Yaïch dit Jaïs, Lacrosaz, Mlle Douroff, MM. Kerschen, Metropolitanski, Mlle Chaillet, MM. Edelmann, Blanchet, 45 1/2 ; Schuster, Lacour, Mlle Puget, MM. Girard, Cuenca, Corcos, Hans, Perrier, Denis, Drain, Narevsky, Flouquet, Maurice, Monod, Michon, Vesval, 45 ; Méplain, Viard, Zarrabi, Gallant, Fouks, Bernard, Mlle Longeaux, M. Rousset, Mlle Bourbon, MM. Goltz, Sebillotte, Mlle Chevallier, MM. Senecal, Foix, Mlle Brissy, M. Gerbaux, Mlle Duchamp, 44 1/2 ; MM. Loupias, Halberstadt, Guegan, Simon, Maigne, Rouault de la Vigne, Cayé, Chapuis, Duhamel, Mlle Vettier, MM. Bessis, Lavarde, Karcher, Gilbert, Dezarnaulds, Mlle Mossel, MM. Holleville, 44 ; Carrillo-Maurtua, Joannès, Mlle Duboin, MM. Rousseau, Estève, Bourdy, Pitollet, Deniziaut, Nalpas, Taïeb, Rojas y Lopez, 43 1/2 ; Russak, Bakhchayech, Fouassin, Amirian, Martinet, Renault, Roy, François, Narboni, Mlle Colombe, MM. Pouponneau, Duhamel, Dupré, Tibi, Chateau, Thierry, Richet, Mlle Mirès, MM. François, Nicolaïdès, 43 ; Cottard, Mariage, Mlles Vanhulle, Masson, MM. Anghert, Devraigne, Malekzadeh-Milani, Lallemand, Verdier, Michaul, Kalmar, Mlle Labonde, MM. Calvo-Blatero, Schaap, Laroche, Ponpon, 42 1/2 ; Eydieux, Lévy, Lachovsky, Poirier, Tallet, Milstein, Peiffert, Perrotin, Mlle Lorton, M. Legendre, Mlles Redonnet, Bénard, MM. Bour, Detré, Durnerin, Hô-Vinh-Thong, 42 ; Sevaux, Bertho, Mlles Candau, Marc, MM. Warmé, Coriat, Valentin, Gouault, Libarelli, Sissmann, Lioubtchansky, Mlle Denis, MM. Cacault, Poncet, Poulain, Badie, 41 1/2 ; Lanchon, Nguyen-Khac-Than, Drouin, Boursault, Gandelon, Follin, Divisia, Dumas, Boutbien, Gautier, Dupin-Girod, Mlle Allary, MM. Noal, Chatelin, Racovsky, 41 ; Chauvisé, Mme Baumann, Mlle Roissard

de Bellet, MM. Grünwald, Cardon, Pichereau, Mlle Gavrilenko, MM. Buriat, Seiffert, Sersiron, Sethian, Crabol, Baudy, Choubrac, Bignon, Toguias, 40 1/2 ; Lévy, Fabre, Nataf, Leca, Attuil, Fabre, Wachtel, Gamard, Jouhanneaud, Mlle Kniaseff, MM. Hallot-Boyer, Barbier, Nebout, Wollmann, Broutin, Cuche, Collet, Mlle Germain, 40 ; MM. Boschatel, Moncany, Mazillier, Mariaux, Goust, Lustak, Lieurade, Pellot, Pertusier, Mlle Proux, MM. Souffrin, Dubois, Tararine, Rey, Blériot, 39 1/2 ; Bendit, Giron, Erlich, Seibel, Mme Surleau, MM. de Kermerc'hou de Kerautem, Zingerman, Dubois, Bey, Jacob, Mlle Alhinc, M. Leroy, Mlle Caussé, MM. Lehec, Tillequin, Maugeais, Desjeux, Mlle Koo, 39 ; MM. Farzad, Mion, Mlle Meslin, MM. Deuvil, Galopeau, Mlle Dufresne, M. Tillet, Mlle Ligon, MM. Brill, Devaulx, Charnel, Saint-Hilier, Bahri, Picot, Lefébure, Harlez, Auvert, Chevallier, Etienne, Legrand, Mlles Chassaing, Lagroua, Bottin, MM. Canivet, Guinard, Monié.

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. — *Officier :* M. Carrie (P.-M.).

Médaille d'honneur de l'Assistance publique. — *Médaille d'argent :* M. Gaillard (à Aix-les-Bains).
Médaille de bronze : M. Caine (à Rueil-Malmaison).

Prix Etienne Taesch. — Ce prix, d'une valeur de 7.000 fr., est décerné chaque année à un docteur ou étudiant en médecine français.

Renseignements et inscriptions avant le 1er juin 1937, chez le docteur L. Michon, secrétaire général de l'Association française d'urologie, 40, rue Barbet-de-Jouy, Paris (7e).

Association pour le développement des relations médicales A.D.R.M. — L'assemblée générale de l'A. D. R. M. vient d'avoir lieu à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Mourier, directeur général de l'Assistance publique.

M. Hartmann fait l'exposé de l'activité de l'Association au cours de l'année qui vient de s'écouler. Si le nombre des étudiants étrangers accomplissant à Paris leur scolarité a considérablement diminué, il n'en est pas de même des docteurs venant suivre les cours de perfectionnement, ce dont nous devons nous féliciter. Pour la première fois, l'A.D.R.M. a organisé, pendant les vacances, des échanges d'étudiants avec la Tchécoslovaquie et la Yougoslavie.

M. le doyen Roussy, dans une belle allocution, expose le rôle de la pacifique et salutaire activité de l'A.D.R.M. Pendant la durée de l'Exposition, qui, dans quelques mois ouvrira ses portes, elle aura à cœur d'accueillir les savants et les nombreux étudiants étrangers qui seront nos hôtes.

M. Lemaître, trésorier, expose la situation budgétaire de l'Association.

Renouvellement du tiers des membres du Conseil d'administration. Sont élus : MM. Arloing, Armand-Delille, Boudin, Cohen, Desfosses, Gastou, Heitz-Boyer, Lenormant, Loeper, Molinéry, Mouchet, Okinczyc, Pierret, Roussy, Villaret.

COURS ET CONFÉRENCES

Chaire de pathologie médicale (professeur : M. P. ABRAMI). — M. Etienne BERNARD, agrégé : *Tuberculose pulmonaire.* — M. CATHALA, agrégé : *Maladies des voies biliaires, du pancréas et des glandes endocrines.*

M. Etienne BERNARD a commencé ses leçons au petit amphithéâtre, le lundi 8 mars 1937, à 18 heures, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. CATHALA a commencé ses leçons au grand amphithéâtre le mardi 9 mars 1937, à 18 heures, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Conférences d'hygiène et médecine préventive. — M. Pierre JOANNON, agrégé, commencera ses conférences le mardi 16 mars 1937, à 17 heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : *Prophylaxie des maladies infectieuses, hygiène sociale, hygiène urbaine.*

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Ordre du jour voté à l'unanimité par la Société médicale et la Section syndicale du 14e arrondissement :

Les médecins de la Société médicale et de la Section syndicale du Syndicat des médecins de la Seine du 14e arrondissement,

Douloureusement émus du décès de leur confrère, unanimement estimé, le docteur Dubos, mort à 36 ans, victime du devoir professionnel (diphtérie maligne contractée au cours de l'examen d'un enfant),

Demandent que lui soit attribuée d'urgence, et comme manifestation de reconnaissance nationale, la plus haute récompense décernée par les Pouvoirs publics aux victimes du devoir professionnel.

Paris, le 1er mars 1937.




LN
THÉRAPEUTIQUE DU CŒUR

ACTUALITÉS

ÉRYTHRÉMIE ET PHÉNYLHYDRAZINE

Décrite par Vaquez en 1892, l'érythrémie est depuis cette époque exactement connue dans ses traits cliniques. On en connaît bien le début progressif et la physionomie particulière dans la période d'état avec ses alternances de rémission et de progression. Le tableau symptomatique en est assez semblable à lui-même d'un cas à l'autre quant à ses éléments cardinaux : douleurs des extrémités qui en imposent parfois pour du rhumatisme et qui sont dans bien des cas la manifestation initiale, cyanose vineuse de la face et des extrémités, splénomégalie tantôt légère tantôt accentuée, modifications sanguines enfin sur lesquelles nous reviendrons. Les symptômes accessoires, diversement groupés et plus ou moins nombreux, n'en sont pas moins le principal pour le malade ; ils traduisent dans leur ensemble l'état de surcharge circulatoire de divers appareils : céphalée, somnolence, vertiges, hépatomégalie, anorexie, dyspepsie, météorisme, obésité, hémorragies muqueuses, albuminurie intermittente. La température n'est en général pas modifiée ; la tension artérielle est tantôt normale, tantôt relevée. L'évolution de la maladie de Vaquez, habituellement chronique, accidentée de complications diverses dont les complications nerveuses sont les plus menaçantes pour le malade, aboutit en 5 ans, en moyenne, à la mort par apoplexie, ou asystolie, ou cachexie, à moins qu'une poussée leucémique ne vienne s'ajouter aux autres lésions sanguines.

Quant au traitement, on en est longtemps demeuré, faute de mieux, aux prescriptions symptomatiques. C'est seulement en 1918 qu'Eppinger et Kloss ont ouvert une voie nouvelle où se sont, à leur tour, engagés Strasburger et Taschenberg en 1921. Se basant sur les études expérimentales de Hoppe-Seyler et Georg en 1884, sur la puissance déglobulisante de certaines substances, les cliniciens de 1918 ont osé les premiers faire absorber aux polyglobuliques de la phénylhydrazine et promouvoir au rang de médicament une substance chimique qu'on ne connaissait en médecine que pour sa toxicité et qui n'était jusqu'alors qu'une étape chimique de la fabrication de l'antipyrine et de la cryogénine.

Depuis 1921, les auteurs français ont, à diverses reprises, utilisé cette substance contre la maladie de Vaquez. Sa toxicité n'est niée par personne quant au sang et à la cellule hépatique, mais deux opinions se sont formées. Pour Achard, Fiessinger (1932), c'est la toxicité qui l'emporte et doit faire renoncer à son emploi ; pour Vaquez, Mouquin au contraire (1933) et plus récemment pour Duvoir, Savy, la phénylhydrazine, malgré sa toxicité peut être employée avec succès à la condition expresse d'être prescrite avec prudence et moyennant surveillance hématologique.

***

La phénylhydrazine. $C^6H^5—NH\text{-}NH^2$

ou mieux [noyau benzénique] — NH — NH²

est une amine dérivée de l'aniline $C^6H^5\text{-}NH^2$, à partir de laquelle on la prépare. C'est à la température ordinaire un liquide indolore bouillant à 230°-240°, mais qui cristallise aisément lorsqu'on le refroidit (point de fusion 17°). Elle brunit rapidement au contact de l'oxygène de l'air.

Plus dense que l'eau et peu soluble à froid, la phénylhydrazine se dissout aisément dans l'eau chaude, dans l'alcool, l'éther et les solvants organiques.

C'est une base monovalente qui comme toutes les amines peut se combiner aux acides pour donner des sels. Le chlorhydrate est le seul habituellement employé qui par ses propriétés toniques et physiologiques, n'offre aucune différence appréciable avec la base isolée.

Elle est fortement réductrice et réduit à froid la liqueur de Fehling ; elle précipite en présence des aldéhydes et des cétones.

***

L'expérimentation a montré que la phénylhydrazine était avant tout un toxique à action surtout élective pour le foie et le sang, mais accessoirement aussi pour le rein.

Elle touche le foie comme toutes les hydrazines et les essais thérapeutiques de Strassburger et de Taschenberg (1921) pratiqués avec des doses trop fortes ont provoqué de l'ictère en même temps qu'une anémie grave. Les études expérimentales et anatomopathologiques des divers auteurs ont été reprises et confirmées dans leurs conclusions par N. Fiessinger et Mme Laur (1931-1932). Si l'intoxication est massive, on observe de l'ictère et de la dégénérescence graisseuse et vacuolaire au centre du lobule ; parfois de l'atrophie du parenchyme hépatique avec surcharge pigmentaire. Akobe a soutenu que l'ictère de la phénylhydrazine était uniquement dû à l'hémolyse et que la cellule hépatique n'y jouait aucun rôle ; le pigment serait uniquement fixé sur la cellule de Kupffer. Melchior, Rosenthal et Licht ont au contraire montré que le foie joue bien un rôle, puisque l'ictère fait défaut après hépatectomie ; ils ont de plus provoqué des lésions hépatiques à apparition rapide après injection intraportale de phénylhydrazine.

L'administration per os a produit les mêmes effets entre les mains d'Allen et Barker ; pour Wells également, il s'agit d'une action directe sur la cellule hépatique. W. et Ph. Hurst ont de même constaté de la dégénérescence atrophique et basophile centrolobulaire et aussi de la dégénérescence graisseuse périportale. N. Fiessinger et Mme Laur ont retrouvé cette dégénérescence avec homogénéisation et vacuolisation 24 heures après injection périportale ; l'injection sous-cutanée a provoqué de la surcharge pigmentaire et de la dégénérescence homogène centrolobulaire ainsi qu'une atrophie avec pycnose des cellules périportales.

Levi (1924) a, par ailleurs, attribué à l'usage prolongé de la phénylhydrazine l'apparition d'une cirrhose hépatique ; il semble qu'il s'agisse d'une coïncidence ; aucun fait analogue n'a été publié par d'autres auteurs, quelle qu'ait été la dose employée. De plus, dans le cas cité par Levi, les signes de cirrhose semblent n'avoir apparu qu'alors que le traitement, à doses d'ailleurs faibles, était depuis longtemps terminé.

Du côté du rein, désintégration granuleuse segmentaire des tubes contournés. Les urines sont foncées, presque noires, contenant de l'urobiline et parfois de la bilirubine. L'élimination de l'urée et de l'acide urique serait augmentée.

Tant en ce qui concerne les lésions hépatiques que les lésions rénales, les divers auteurs ont constaté que lorsque l'intoxication n'est pas massive, la réparation des lésions s'effectue rapidement.

L'effet de la phénylhydrazine sur le sang avait été noté dès 1884 par Hoppe-Seyler et par Brandt ; les globules rouges sont détruits et l'hémoglobine elle-même est altérée ; elle est réduite, et le pigment séparé des protéines.

Giffin et Allen ont cherché à préciser l'influence des doses :

Chez le lapin, une dose d'un milligramme par kilogramme, administrée 3 jours de suite, détruit environ 38.000 globules rouges par millimètre cube ; chez l'homme, cette destruction peut atteindre 47.500. La cholestérine et la bilirubine du sang sont augmentées, la viscosité fortement diminuée, aucun changement de l'urée ni de la créatinine.

Le nombre des globules rouges tombe plus ou moins vite selon la dose, mais à moins que celle-ci soit massive, on

observe simultanément des signes de régénération sanguine. La diminution de l'hémoglobine n'est pas parallèle à celle des globules rouges.

Si on interrompt l'administration de la phénylhydrazine, le nombre des globules tend à revenir à son point de départ, mais, même sans nouvelle absorption de toxique, on observe souvent une nouvelle chute spontanée du nombre des hématies.

Chez le lapin, N. Fiessinger et Mme Laur ont, par intoxication aiguë, provoqué la chute rapide du nombre des globules rouges, en même temps ils ont vu apparaître des réticulocytes témoignant de la reviviscence médullaire pendant même l'intoxication. Mêmes constatations durant l'intoxication chronique. La guérison peut se produire spontanément lorsque cesse d'agir le toxique.

Le nombre des globules blancs est influencé de façon analogue et en même temps que celui des globules rouges ; les fortes doses de phénylhydrazine provoquent de la leucopénie. Il est très important de noter que *des doses faibles et répétées provoquent un certain degré de leucocytose préliminaire à la chute du nombre des globules blancs.*

La phénylhydrazine agit donc en provoquant une hémolyse brutale, mais ne sidère pas le système hématopoiétique qui, un certain temps au moins, conserve ses facultés de reviviscence.

*
* *

C'est sur l'utilisation raisonnée de cette action toxique de la phénylhydrazine sur les globules qu'est basé le traitement de la maladie de Vaquez. Le benzol et la radiothérapie ont pu rendre des services, mais leur action est inconstante.

Les caractères cliniques de la maladie de Vaquez permettent en général un diagnostic aisé ; il en est de même des caractères hématologiques.

Le principal signe est la polyglobulie ; le nombre des hématies atteint habituellement 6.000.000 et parfois 12 millions ; globules de dimension normale avec poïkylocytose et parfois quelques hématies nucléées. La valeur globulaire, la viscosité sanguine sont nettement augmentées. Augmentation aussi du nombre des leucocytes, 14.000 ou plus ; la plupart sont des polynucléaires avec quelques myélocytes et quelques éosinophiles. Donc un ensemble hématologique qui s'oppose assez précisément aux modifications imprimées au sang par la phénylhydrazine.

*
* *

Dès 1908, Morawitz et Pratt avaient pensé à traiter l'érythrémie par la phénylhydrazine ; en 1918, Eppinger et Kloss l'ont essayée dans 4 cas en injections qui furent douloureuses et d'efficacité temporaire. La voie buccale est désormais seule employée. En 1921, Strasburger et Taschenberg eurent des accidents dus à une posologie excessive.

Les essais se poursuivirent avec des fortunes diverses, et si, en 1931, P. E. Weil, Achard, Aubertin montraient de la défiance vis-à-vis de la méthode, de même Fiessinger en raison des lésions hépatiques, en 1934 Vaquez et Mouquin, et depuis Duvoir, Savy insistent sur des avantages qui ne leur semblent pas à dédaigner. A cette époque, Vaquez et Mouquin avaient 10 cas heureux dont certains remontant à plus de 6 ans ; dès 1932, ils avaient 7 succès sur 8 cas où l'amélioration était à la fois clinique et hématologique.

L'effet principal est l'abaissement du nombre des hématies, qui se produit d'autant plus vite que la dose est plus forte ; un abaissement brusque ne doit jamais être recherché. Une posologie appropriée fait tomber les globules de 10 à 4 millions environ, avec des signes de régénération sanguine ; l'hémoglobine diminue, moins d'ailleurs que les globules, la viscosité s'abaisse.

Cet effet se produisant brusquement après une période d'inefficacité apparente, il importe de n'en pas méconnaître l'approche. L'ictère auquel se sont fiés certains auteurs est inconstant et trop tardif ; on ne doit se fier qu'à *l'examen hématologique quotidiennement pratiqué.*

La dose efficace atteinte, survient une *leucocytose-signal* ; les globules blancs montent à 30.000 ou même 60.000 ou 80.000, ascension d'autant plus prononcée que l'hémolyse sera plus importante ; formule analogue à celle de l'érythrémie. Le lendemain en général commence la chute des hématies, qui se poursuit 10 à 15 jours, alors même que le médicament n'est plus donné. L'effet épuisé, hématies et leucocytes remontent de concert.

En même temps, il y a baisse de la tension artérielle, sécrétion d'urines foncées riches en urobiline ; le malade est subictérique, accuse des douleurs dans les membres et une fatigue générale qui font place au bien-être aussitôt que l'action médicamenteuse cesse. La rate diminue dans la mesure où la sclérose intercurrente le permet.

En raison de l'action prolongée du médicament, il est essentiel d'en cesser l'administration dès la leucocytose-signal, mais l'examen du sang devra être pratiqué d'abord chaque jour, puis tous les 3 jours.

A la destruction globulaire fait suite un retour graduel vers la formule de départ ; on doit à ce moment recommencer la phénylhydrazine, mais à dose d'entretien qui, moyennant surveillance, pourra être continuée par périodes un temps très long.

Ce qui importe avant tout, c'est une posologie prudente. Chaque malade semble avoir sa réaction propre, et les doses trop faibles semblent sans action. De plus, l'action débute brusquement aussitôt atteinte la dose appropriée. On devra aussi arrêter le traitement dès la leucocytose, mais continuer les examens de sang sous peine d'intoxication de survenance très rapide.

Un certain nombre d'incidents peuvent cependant survenir, même avec un traitement bien réglé : troubles digestifs, inappétence, douleurs épigastriques, plus rarement vomissements, diarrhée profuse, quelques étourdissements, légère albuminurie, qui cessent souvent en même temps que la grande hémolyse.

Les ictères sont plus importants, abstraction faite du subictère conjonctival, accompagnement habituel du traitement. On peut en effet observer comme Duvoir et Bernard de l'ictère franc polycholique sans fièvre mais avec sécheresse de la langue, tachycardie, asthénie intense ; d'autres fois, ictère durable avec forte azotémie, qui ne paraissent pas toujours dus à des doses exagérées.

Si on a attribué indûment à la phénylhydrazine des cirrhoses ou des thromboses veineuses que l'on rencontre dans l'érythrémie, Gazzotti et Griffin et Cornet semblent fondés à incriminer le traitement comme facteur d'hémiplégie par thrombose cérébrale. Les doses, l'âge avancé du malade ou ses tares viscérales semblent jouer ici un rôle ; peut-être aussi dans l'infarctus de la rate observé par Feeling.

D'autres fois, la surveillance insuffisante ou la durée excessive du traitement ont pu être accusées de provoquer des anémies graves apparaissant pendant même le traitement, accidents non toujours mortels.

Il n'en faut tenir que plus grand compte des contre-indications : âge avancé, état de cachexie du malade, tares viscérales surtout hépatiques ou rénales et les antécédents phlébitiques du malade.

*
* *

La toxicité et la brusquerie d'action du médicament, la persistance des effets due à l'accumulation, la toxicité possible de doses même faibles (avec 0 gr. 20 en 8 jours Mac Namara et Sansum ont eu des accidents) commandent donc la plus grande prudence.

Pour à la fois ramener les globules au taux normal et les y maintenir, il faut donc prévoir un traitement d'attaque et un traitement d'entretien. Nous n'insisterons pas sur les doses quotidiennes de 3 gr. (Winterfeldt) ou de 1 gr. par jour en deux fois (Hollander), qui auraient dû amener des catastrophes.

On emploie *exclusivement la voie buccale* et le *chlorhydrate de phénylhydrazine* ; les autres composés ne présentent pas d'avantage appréciable. Le médicament sera fraîchement préparé ; on évitera les capsules kératinisées, agent possible d'absorption irrégulière.

Même la dose de 0 gr. 30 par jour, qui a paru à Brown et à Griffin suffisante, semble excessive, surtout en présence de variations individuelles.

Un *traitement d'attaque* devra commencer par des doses faibles, et le rythme proposé par Vaquez et Mouquin semble concilier prudence et activité.

Commencer par 0 gr. 05 à 0 gr. 10 par jour, selon le poids du malade et l'intensité de la polyglobulie. Au 4e jour, examen de sang. Augmenter de 0 gr. 05 par jour pendant les 4 jours suivants en suivant l'état du sang si la destruction globulaire n'a pas commencé. En aucun cas ne dépasser 0 gr. 25 par jour ni 3 grammes pour la cure entière. Cesser le médicament dès qu'est saisie une modification hématologique. Les adjuvants (saignée, bicarbonate) sont inutiles.

Passer au traitement d'entretien quand l'action du traitement d'attaque est épuisée : 0 gr. 15 à 0 gr. 20 deux fois par semaine.

Ce traitement a pu être sans inconvénient suivi pendant des années.

Les résultats immédiats sont habituellement bons si la dose a été suffisante, dans l'érythrémie pure. Ils sont incomplets dans les formes bâtardes et l'érythroleucémie, et la radiothérapie de la rate et des épiphyses pourra agir sur les globules blancs.

La durée d'amélioration varie, mais le traitement peut être prolongé : Vaquez et Mouquin l'ont fait 6 années durant chez un de leurs malades qui a pu par la suite demeurer sans rechute malgré 18 mois sans traitement. En tout cas, l'évolution progressive de la maladie de Vaquez peut être paralysée et une polyglobulie n'a pas la malignité foncière d'une leucémie quelle qu'elle soit.

Il semble donc que moyennant une prudence et une vigilance appropriées, la phénylhydrazine, en dépit d'une toxicité élevée, puisse, dans la maladie de Vaquez, rendre des services et arrêter l'évolution. La thérapeutique des autres maladies sanguines contraste par son habituelle impuissance avec ces effets, si délicats d'obtention puissent-ils être.

R. LEVENT.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les ondes courtes en thérapeutique, par J. SAIDMAN, directeur-fondateur de l'Institut d'actinologie, et Jean MEYER, chef de laboratoire de Finsenthérapie à l'hôpital Saint-Louis. Préface du professeur d'Arsonval. 1 vol. in-8 de 280 pages avec 131 figures dans texte. Doin et Cie, 8, place de l'Odéon, Paris.

Introduction à la chirurgie génito-urinaire, par E.-E. LAUWERS. Préface du professeur LEGUEU. 1 vol. de 197 pages. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Manuel pratique de l'infirmière soignante, par Mlle M.-L. NAPPÉE. 1 vol. de 384 pages, avec 168 figures. Prix : 28 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1937)

Quelques conséquences de l'hérédité mendélienne. — M. Gustave MALÉCOT.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 2 MARS 1937)

L'industrie du crin de Florence. — M. PERROT apporte les conclusions de la Commission nommée le 16 février dernier par l'Académie, pour étudier l'organisation de la production nationale du crin chirurgical.

Un vœu dans ce sens est adopté par l'Académie.

Une mission sanitaire en Espagne. — M. le médecin général inspecteur LASNET avait été envoyé en Espagne avec une mission composée de membres du comité d'hygiène de la S. D. N. Il apporte ses impressions à l'Académie.

La mission a visité le front du côté du gouvernement de Valence. Elle a constaté un état sanitaire satisfaisant, malgré les craintes que pouvaient faire concevoir les circonstances actuelles. Les mesures d'hygiène ont été renforcées en particulier en ce qui concerne la prévention du typhus.

La mission est allée en janvier à Madrid. Il y avait alors encore 1.200.000 habitants, dont une proportion élevée de femmes et d'enfants. La viande et le lait étaient rares, le pain et les légumes ne faisaient pas défaut. D'une façon générale, l'état sanitaire n'était pas de nature à faire craindre des épidémies. M. Lasnet insiste sur la nécessité d'évacuer la population civile qui est inutilement exposée aux bombardements.

En terminant, il rend un hommage ému aux médecins espagnols qui, des deux côtés, donnent l'exemple de l'abnégation et du dévouement.

Etude comparée de l'insuline soluble et d'une combinaison insoluble insuline-protamine chez le diabétique. — MM. Francis RATHERY et Pierre-Marie DE TRAVERSE. Depuis la découverte de l'insuline, on a maintes fois fait remarquer la rapidité et la fugacité de son action qui obligent à multiplier les injections chez les diabétiques.

Nombre d'auteurs ont expérimenté des procédés très divers pour allonger cette action. Il semble que les procédés qui ont le plus d'avenir sont ceux qui font entrer l'insuline dans une combinaison insoluble.

Les auteurs ont essayé une combinaison d'insuline et de protamine actuellement utilisée à l'étranger. Cette combinaison est relativement insoluble dans les conditions d'équilibre ionique du sang. L'étude complète d'une quinzaine de diabétiques de types divers, traités par ce produit, et parallèlement par l'insuline ordinaire, leur permet de penser que l'insuline protamine ne présente pas de danger, que son action est pour le moins égale, sinon supérieure à l'insuline ordinaire, mais qu'elle ne permet de raréfier les injections que dans des cas bien déterminés et qui doivent être étudiés avec soin ; qu'elle ne doit pas être substituée à l'insuline ordinaire dans les cas d'urgence (coma diabétique).

Etudes électro-encéphalographiques. — MM. MARINESCO, O. SAGER et KREINDLER adressent une note (la 5e) sur ce sujet.

La fonction uréo-sécrétoire chez les hypertendus. Chlorurémie. Cholestérinémie, glycémie et uricémie chez les hypertendus. — MM. RICHARD et R et J. DE LAROCHE.

Comité secret. — L'Académie procède au vote pour l'attribution du prix Albert Ier de Monaco.

Le prix est attribué à M. Bouin, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Strasbourg, et à M. Ancel, professeur d'embryologie à la même Faculté.

On connaît les beaux travaux de ces deux savants en histophysiologie.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1937)

Les troubles du métabolisme hydrocarboné dans l'intoxication par les champignons (Amanite Phalloïde). — MM. LÉON BINET et J. MAREK. L'hypoglycémie constitue l'élément majeur du syndrome humoral déclenché dans le sang par cette intoxication. Les auteurs soulignent l'importance de l'hypoglycémie associée à une baisse du sucre protéidique et à une élévation de l'acide lactique et de l'indice chromique résiduel (hydrates de carbone, différents de sucre, et qui existent dans le sang).

Le taux du glutathion dans les tissus au cours de la spirochétose expérimentale du cobaye. — MM. L. BINET et G. WELLER. Chez le cobaye atteint de spirochétose ictérigène expérimentale, il y a élévation du taux du glutathion dans divers tissus : foie, rein, cœur et muscles, élévation portant et sur le glutathion réduit et sur le glutathion oxydé.

Comportement particulier de l'hypophyse vis-à-vis de l'acide ascorbique. — MM. A. GIRAUD, R. RATSIMAMANGA, M. RABINEWICZ et H. CHALOPIN. L'hypophyse est un des organes les plus riches en vitamine C de l'organisme par son lobe antérieur et surtout son lobe intermédiaire, c'est-à-dire par sa partie glandulaire. Le lobe nerveux a un taux assez élevé, peut-être par diffusion. Son comportement est très particulier. Au cours de la carence, tous les organes perdent rapidement leur acide ascorbique. Seule, l'hypophyse, en ayant une forte quantité, on peut se demander s'il s'agit d'une propriété de fixation toute spéciale ou bien s'il n'y a pas d'indice d'une capacité de synthèse particulière.

Le rôle des produits de désintégration du muscle dans la production des déséquilibres alimentaires et humoraux. — M. RAOUL LECOQ, se basant sur les modifications sanguines observées après ingestion de poudre de muscle, de muscle frais, de peptone de muscle et d'urée, montre que les troubles de la chlorémie rappellent assez bien, dans leurs différents stades, les modifications enregistrées après opération et dans la toxémie gravidique. L'assimilation intestinale trop rapide de la peptone de muscle, aboutissant à une surcharge de l'organisme en produits de la désintégration azotée incomplète, est, comme on sait, cause de déséquilibre alimentaire. Le déséquilibre humoral qui en résulte paraît à rapprocher des déséquilibres humoraux post-opératoires et obstétricaux qui semblent sous la dépendance de la désintégration azotée incomplète résultant du traumatisme ou de l'involution.

La fixation du chlore dans les tissus traumatisés au cours des interventions chirurgicales est-elle constante ? — MM. Raoul LECOQ et André MEUNIER montrent, au moyen de dosages pratiqués sur les reins, le foie et les muscles des pattes postérieures de lapins et de cobayes non opérés et opérés, que la fixation du chlore dans les tisus traumatisés au cours des interventions chirurgicales n'apparaît pas constante. Dans certains cas, l'enrichissement chloré post-opératoire semble consécutif à un épanchement de sang ou de sérosité. Les auteurs suggèrent l'hypothèse que le système réticulo-endothélial pourrait occasionnellement intervenir comme fixateur de chlore.

L'anatoxine diphtérique purifiée au moyen de l'acide trichloracétique et ses propriétés floculante et immunisante. — MM. G. RAMON, A. BOIVIN et R. RICHOU. Les propriétés floculante (pouvoir antigène intrinsèque) et immunisante de l'anatoxine diphtérique purifiée obtenue en faisant agir l'acide trichloracétique sur le bouillon anatoxique « brut » sont sensiblement du même ordre que celles de ce bouillon anatoxique lui-même ; le rendement en unités antigènes peut atteindre 90 p. 100 et l'immunité conférée par l'anatoxine diphtérique purifiée et celle engendrée par l'anatoxine diphtérique brute sont pratiquement équivalentes.

L'anatoxine tétanique purifiée par l'acide trichloracétique et son pouvoir antigène in vitro et in vivo. — MM. G. RAMON, A. BOIVIN et R. RICHOU. Le pouvoir antigène intrinsèque de l'anatoxine tétanique purifiée au moyen de l'acide trichloracétique et celui de l'anatoxine brute, évalués tous deux dans des conditions comparables par la floculation, sont très voisins. De même le taux de l'immunité antitétanique provoquée chez les animaux par l'anatoxine brute et par l'anatoxine purifiée sont presque identiques. La purification par l'acide trichloracétique n'altère donc pas sensiblement les propriétés antigènes in vitro et in vivo de l'anatoxine tétanique.

Méthode pour la purification, à l'acide trichloracétique, des toxines et anatoxines diphtériques, tétaniques et staphylococciques. — MM. A. BOIVIN et Y. IZARD. L'acide trichloracétique, à pH 3,5, précipite les exotoxines et anatoxines diphtériques, tétaniques et staphylococciques, en laissant en solution l'immense majorité des substances inactives des bouillons toxiques et anatoxiques. En redissolvant le précipité trichloracétique dans un alcali faible, on peut récupérer la presque totalité du principe actif des toxines et anatoxines.

Le rôle du terrain préalable dans l'accoutumance à l'alcool. — M. PIERRE KLOTZ a pu réaliser expérimentalement chez le rat l'accoutumance ou l'hypersensibilité à l'alcool. D'autre part, les cliniciens ont, de longue date, remarqué la sensibilité particulière de la femme à l'intoxication alcoolique chronique, en ce qui concerne la production de la polynévrite éthylique.

L'auteur démontre qu'il est impossible de réaliser l'accoutumance à l'alcool chez les rates ovariectomisées. Tout au contraire, chez les animaux castrés, l'alcoolisme expérimental chronique détermine une hypersensibilité à l'alcool.

(SÉANCE DU 16 JANVIER 1937)

L'anastaphylotoxine purifiée par l'acide trichloracétique et la production d'antitoxine staphylococcique chez l'animal. — MM. G. RAMON, A. BOIVIN et R. RICHOU. L'anatoxine staphylococcique purifiée est capable d'entraîner, au même titre que l'anastaphylotoxine brute, la production et le développement de l'antitoxine spécifique, chez l'animal.

L'activité immunisante de l'anatoxine staphylococcique purifiée (par l'acide trichloracétique) employée à titre préventif chez l'homme. — MM. G. RAMON, Ch. GERNEZ, A. BOIVIN et R. RICHOU. Employée à titre préventif chez l'homme, l'anatoxine staphylococcique purifiée fait preuve d'une activité immunisante qui ne le cède en rien à celle de l'anastophylotoxine brute.

A propos de l'anatoxine staphylococcique purifiée par l'acide trichloracétique et de ses propriétés immunisantes et thérapeutiques chez les malades atteints de staphylococcies cutanées. — MM. G. RAMON, A. BOCAGE, A. BOIVIN, P. MERCIER et R. RICHOU. Les constatations effectuées chez les malades traités par l'anastaphylotoxine purifiée, comme les remarques faites sur la nature et sur la composition de l'anatoxine staphylococcique épurée, ne plaident guère en faveur des hypothèses qui tendent à ramener l'effet de l'anastaphylotoxine à celui d'une médication de choc ou d'une quelconque protéinothérapie non spécifique. Mais elles appuient la thèse qui fait jouer à l'immunité antitoxique engendrée par l'anatoxine staphylococcique un rôle pri-

mordial. C'est grâce à cette immunité antitoxique complétée par les moyens de défense non spécifique que l'organisme malade traité par les injections d'anastaphylotoxine réussit à triompher de l'infection due au staphylocoque.

Modifications sanguines uréiques et chlorées observées après ingestion de fibrine, d'ovalbumine et de peptones dérivées de ces substances. — MM. Raoul Lecoq, Jacques Courtois et Henri Garnier ont étudié les modifications sanguines uréiques et chlorées après ingestion de poudre de fibrine, de blancs d'œufs et de peptones dérivées de ces substances. Ils montrent, en conformité avec ce qui est normalement admis, que l'absorption intestinale de la fibrine et de l'ovalbumine s'effectue sans que ces protides soient profondément désintégrés. Alors que le clivage de la fibrine n'entraîne pratiquement pas de modifications sanguines chlorées, mais une appréciable production d'urée ou de corps voisins, l'assimilation intestinale de l'ovalbumine est suivie de variations chlorées assez importantes, mais d'une faible production d'urée.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Réunion de Lyon

(Séance du 21 décembre 1936)

Recherches sur l'insuffisance hépatique expérimentale. Ammoniurie et amino-acidurie comparées au cours des hépatites toxiques du cobaye. — MM. F. Meersseman, J. Dorche, Joët et P. Durœn montrent qu'au cours des hépatites toxiques expérimentales du cobaye, et en particulier dans l'intoxication phosphorée aiguë, l'ammoniurie demeure toujours extrêmement faible, souvent même nulle, alors que l'amino-acidurie s'élève dans des proportions parfois considérables. L'élévation souvent très marquée du coefficient de Maillard est donc fonction, dans ces cas, presque uniquement ou au moins en majeure partie, de l'augmentation des amino-acides. Le test de l'insuffisance hépatique est représenté, par conséquent, dans ces expériences, par l'amino-acidurie et non par l'ammoniurie.

(Séance du 18 janvier 1937)

Etude expérimentale de la toxicité du sulfosalicylate d'oxyquinoléine en injection intraveineuse chez le lapin et le chien. — MM. Levrat, L. Bessot et P. Laroux ont étudié la toxicité expérimentale du sulfosalicylate d'oxyquinoléine en injection intraveineuse chez le lapin et le chien ; ils ont constaté que ce produit ne détermine d'accidents toxiques qu'à des doses relativement élevées chez l'animal et qu'on pouvait ainsi envisager son emploi éventuel chez l'homme par la voie intraveineuse.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 11 décembre 1936)

Deux cas d'atélectasie pulmonaire lobaire massive. — M. Cardis (Lyon). Dans un cas l'atélectasie a affecté le lobe supérieur droit. Ce qui en fait l'intérêt, c'est qu'une caverne s'est creusée au sein du bloc opaque.

Dans le second cas, l'atélectasie a atteint le lobe supérieur gauche. Le lipiodol n'a pas injecté le lobe supérieur, qui n'a pas aspiré l'huile iodée. La bronchoscopie a révélé un rétrécissement bronchique, l'atélectasie relevant probablement de la contraction pulmonaire.

Intoxication oxycarbonée professionnelle. — MM. Loeper, Gilbrin et Siguier. Dosages de l'oxyde de carbone du sang chez des sujets soupçonnés d'intoxication profession-

nelle. Les auteurs ont pu trouver des chiffres de 7 à 8 cmc. d'oxyde de carbone par litre de sang. Chez d'autres sujets : épileptiques, cancer gastrique avec anémie, hyposystoliques, hépatiques, intoxiqués par le véronal ou le gardénal, dans certains cas de diabète, les auteurs ont trouvé des chiffres élevés. De ces recherches, il résulte que l'homme peut produire de petites quantités d'oxyde de carbone, et que les glucides et l'acide oxalique peuvent donner naissance à de l'oxyde de carbone.

Poussée aiguë et hémorragique au cours d'une leucémie myéloïde méconnue. Pleurésie hémorragique. Syndrome péritonéal avec ascite sanglante. — MM. Jacquet, Alain, Rubens-Duval et Turiaf. Malade au décours d'une hémoptysie, succomba en 48 heures à un épisode abdominal dramatique au cours duquel se développa, avec une pleurésie hémorragique, une énorme hépato-splénomégalie. Il s'est agi d'une ascite hémorragique au cours d'une poussée aiguë et terminale de leucémie myéloïde. A noter le syndrome péritonéal avec ascite sanglante, non observé antérieurement dans des circonstances semblables.

Chorée fibrillaire de Morvan. — A. Martin et Delaunay. Apparition de cette affection trois semaines après une injection de sérum antitétanique. La chorée fibrillaire de Morvan était caractérisée cliniquement par des algies des membres inférieurs, des contractions fibrillaires disséminées, un psychisme particulier, des crises sudorales, l'abolition des réflexes rotuliens et médio-pubiens et par une albuminurie importante.

Gangrènes cutanées chez une israélite marocaine. Etiologie exanthématique. Sérothérapie par le sérum de convalescent. Guérison. — MM. Fly Sainte-Marie et Clary. Chez une Marocaine, apparition de poussées de gangrène des membres inférieurs avec fièvre de diagnostic imprécis. L'injection de sérum de convalescent de typhus exanthématique amena rapidement l'arrêt de la maladie ulcéreuse.

Cancer primitif du poumon avec image ovale radiographique correspondant à un processus infarctoïde sus-jacent au néoplasme. — MM. Monges, Poinso, Lumbroso (Marseille). Malade de 58 ans, ancien colonial, atteint de cirrhose hypertrophique anascitique, est atteint d'hémoptysies profuses. Coïncidence d'une pleurésie hémorragique de la base droite. A l'autopsie : cancer primitif atypique et basilaire du poumon, surmonté d'une poche sanglante oblongue, rompue dans les bronches (broncho-alvéolite hémorragique), association exceptionnelle.

(Séance du 18 décembre 1936)

Souffles extracardiaques chez les tuberculeux pulmonaires. — M. H. Descamps. L'auteur estime que dans les sinistrocardies tuberculeuses, on entend souvent un souffle systolique au foyer de l'artère pulmonaire, accompagné de battements ou de thrill palpables et parfois visibles.

Ce syndrome doit être en rapport avec des modifications de calibre de l'artère pulmonaire dues à l'attraction, à la rotation ou à la compression du vaisseau. L'auteur a recherché sur de très nombreux malades porteurs de souffles extracardiaques si un mécanisme analogue de « sténose partielle extra-vasculaire » ne pouvait être invoqué. Presque toujours, il a pu mettre en évidence par l'examen radiologique chez des tuberculeux avérés ou chez des sujets sains en apparence, l'existence de lésions rétractiles parfois minimes, mais plaquées contre le bord gauche de l'artère pulmonaire pour les souffles gauches, contre le bord droit de l'aorte pour les souffles droits, avec souvent une attraction homologue du vaisseau intéressé.

Les Drs Laubry et Pichon exposent des doutes sur cette pathogénie.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(Séance du 26 décembre 1936)

De la biopsie dans le cancer de l'œsophage. — M. J. Guisez nous dit que la biopsie dans le cancer de l'œsophage n'a de réelle valeur que lorsqu'elle est nettement positive. Or, elle est très difficile à effectuer à l'extrémité du tube en bonne place, et les résultats qu'elle donne peuvent être contradictoires avec ceux de l'endoscopie qui sont toujours caractéristiques. L'aspect infiltré, figé, de la paroi sur laquelle s'insère le cancer, l'hémorragie facile sont des signes qui ne trompent jamais un œil exercé. Le traumatisme occasionné par la prise d'un fragment dans la tumeur en milieu infecté comme la cavité œsophagienne peut lui donner un véritable coup de fouet. Elle n'est donc pas sans inconvénients, et l'auteur a remarqué que les résultats radiumthérapiques sont moins bons lorsqu'elle a été effectuée. Il ne faut donc strictement y avoir recours que lorsqu'elle est indispensable pour le diagnostic lorsqu'il y a doute pour l'endoscopie.

Colibacillose aiguë, colibacillose chronique : améliorations notables par un traitement d'ozone. — M. Aubourg montre l'action énergique clinique et bactériologique de l'ozone sur les colibacilles et leurs toxines, sous réserve de titrer le volume du mélange oxygène ozoné et de vérifier, sous contrôle des rayons X, le remplissage du cœcum par lavement ou de la fin de l'iléon par voie duodénale.

L'hémothérapie dans les escarres et dans la gangrène des extrémités. — M. H. Tissier soumet la méthode thérapeutique issue de la d'Arsonvalisation ; l'hémothérapie tend à régulariser le passage du sang dans le réseau capillaire. Elle calme les algies les plus rebelles, elle favorise la cicatrisation des plaies, des fistules et des escarres. Elle peut, dans crtains cas, ramener la vitalité dans un membre atteint d'artérite oblitérante et permettre de renoncer ou tout au moins de surseoir à une amputation qui semblait s'imposer.

(Séance du 8 janvier 1937)

Au cours de la séance inaugurale du nouveau siège de la Société de Médecine de Paris, fut distribué aux membres titulaires le nouveau jeton de présence, frappé par la Monnaie, représentant à l'avers Esculape, et au revers les armes de la Société fondée en 1796.

M. Peugniez, président sortant, céda son fauteuil à M. Hartenberg, qui traça le programme de travail qu'il voudrait voir réaliser en 1937.

M. Becart, secrétaire général, rappela l'histoire plus que centenaire de la Société qui a compté parmi ses membres les noms les plus illustres de la médecine française.

Electrocardiogramme avec block de branche disparaissant pendant la compression des globes oculaires. — M. A. Pruche projette un électrocardiogramme du type dit block de branche enregistré d'abord dans les conditions habituelles, puis au cours de la compression des globes oculaires Alors que cette compression permet, dans maints cas, de mettre en évidence des blocks latents, la particularité très remarquable de l'électrocardiogramme projeté est, au contraire, la disparition du block de branche pendant toute la durée du rythme ventriculaire autonome provoqué par la compression des yeux. Dès que cesse cette compression, le rythme normal de capture se rétablit et en même temps que lui le block de branche reparaît et reste permanent. L'auteur montre que de telles variations, inattendues, de l'électrocardiogramme, sont peu explicables par la théorie classique. Seule la théorie vestibulaire du mécanisme cardiaque de Géraudel permet d'en donner une interprétation satisfaisante.

De la gastrectomie dans les milieux gastriques et duodénaux. — M. Pierre Le Gac présente six observations dans ces trois derniers mois, qui tendent à montrer que pour

obtenir au prix d'un risque minime une guérison rapide, durable, certaine, il ne faut pas hésiter à conseiller la gastrectomie large. Il ne nie pas l'efficacité des traitements médicaux et de la gastroentérotomie, mais la qualité de la guérison obtenue par ces moyens, ne saurait être comparée aux beaux résultats de la gastrectomie qui seule peut rendre le malade à une vie normale.

Cancer du sein ulcéré chez l'homme. — M. Pierre Le Gac présente un cas de cancer ulcéré, opéré largement mais tardivement. Il insiste à ce propos sur l'influence du traumatisme, sur la gravité de ce cancer (histologiquement du type cylindrique ou pavimenteux, rarement du type glandulaire), grave par ses métastases ganglionnaires ou à distance. Il rapporte des statistiques tendant à prouver que le cancer du sein est plus grave chez l'homme que chez la femme, et il pose la question de la radiothérapie. Y a-t-il intérêt à faire un traitement radiothérapique préopératoire ?

Grossesse gémellaire après irradiation pour fibrome utérin. — M. M. Joly rapporte une observation qui est un argument de poids en faveur de l'opinion qu'une femme jeune, irradiée à doses dites stérilisantes, pour traitement d'un fibrome utérin, et ainsi guérie de cette affection, peut être fécondée au bout d'un certain délai et procréer de façon normale des enfants bien constitués et ne présentant par la suite aucune tare.

HOPITAUX DE PARIS

CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (*admissibilité*)

Nous croyons intéressant de rappeler les questions données depuis 1900.

1900. — Cancer du pancréas. — Gastrorrhagie. — Paralysies saturnines. — Crises viscérales du tabès.

1901. — Syphilis rénale. — Complications pulmonaires du diabète sucré. — Zona.

1902. — Les péritonites dans la fièvre typhoïde. — Valeur séméiologique de la polyurie. — Paralysie diphtérique.

1903. — Foie cardiaque. — Formes cliniques de l'urémie. — Hémoptysies non tuberculeuses. — Symptômes et diagnostic de la tuberculose rénale.

1904. — Anatomie et physiologie pathologique des angiocholites calculeuses. — Formes cliniques et diagnostic des pleurésies purulentes.

1905. — Etude anatomo-pathologique des spléno-mégalies. — Symptômes et diagnostic du cancer du poumon.

1906. — Anatomie pathologique et bactériologique de la méningite cérébro-spinale épidémique. — Diagnostic de l'asthme.

1907. — Anatomie pathologique des péricardites chroniques. — Signes et diagnostic de la goutte articulaire aiguë.

1908. — Anatomie pathologique et bactériologique des endocardites ulcéreuses. — Symptômes et diagnostic des névrites périphériques.

1909. — Anatomie pathologique et parasitologique de la syphilis héréditaire du foie. — Dilatation des bronches, symptômes et diagnostic.

1910. — Anatomie pathologique de la tuberculose du foie. — Complications pleuro-pulmonaires des scléroses rénales, symptômes et diagnostic.

1911. — Etude clinique et thérapeutique du myxœdème acquis de l'adulte. — Anatomie pathologique et bactériologie des appendicites.

1912. — Symptômes et diagnostic des accidents cardiaques dans la fièvre typhoïde. — Anatomie pathologique et bactériologie des pancréatites aiguës.

1913. — Formes cliniques de la gangrène pulmonaire. — Anatomie pathologique et bactériologique des thromboses veineuses.

1914. — Symptômes, diagnostic et traitement des angines de la scarlatine. — Abcès de l'encéphale (anatomie pathologique et bactériologie).

1921. — Série A. Les purpuras. — Série B. Diagnostic et traitement des splénomégalies chroniques chez l'adulte.

1922. — Série A. Les troubles trophiques du tabès. — Série B. Déterminations pulmonaires de la grippe.

1923. — Série A. Cholécystites aiguës. — Série B. Erythème noueux.

1924. — Série A. Les gangrènes séniles. — Série B. Les hémoglobinuries.

1925. — Série A. Œdème aigu des poumons. — Série B. Amibiase hépatique.

1926. — Série A. Paralysies diphtériques. — Série B. Spirochétose ictérigène.

1927. — Série A. Crises viscérales du tabès. — Série B. Leucémie aiguë.

1928. — Série A. Les bronchectasies. — Série B. Endocardite infectieuse maligne à forme prolongée.

1929. — Série A. Abcès du poumon. — Série B. Syphilis de l'aorte thoracique (anévrismes exceptés).

1930. — Série A. Pneumonie caséeuse. — Série B. Calculs du cholédoque.

1931. — Série A. Formes cliniques et diagnostic de la lympho-granulomatose (maladie de Hodgkin). — Série B. Formes cliniques, diagnostic et traitement des anémies pernicieuses.

1932. — Série A. Zona ophtalmique. — Série B. Ulcère du duodénum : diagnostic, formes cliniques ; complications et traitement.

1933. — Série A. Anatomie pathologique et formes cliniques des cancers du foie (vésicule et voies biliaires non comprises). — Série B. La septicémie méningococcique.

1934. — Série A. Symptômes, formes et diagnostic des purpuras. — Série B. Accidents sériques.

1935. — Série A. Tétanos, pathogénie, formes cliniques et traitement. — Série B. Le rein des diabétiques.

1936. Série A. Maladie bronzée d'Addison. — Série B. Tétanie.

1937. — Série A. Les artérites oblitérantes des membres inférieurs. — Série B. Formes cliniques de la tuberculose granulique des poumons.

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

A L'ACADÉMIE DES SCIENCES COLONIALES

La Nouvelle Dépêche du 25 novembre 1936 relate, dans son compte rendu de la dernière séance de l'Académie des Sciences coloniales, la communication qui fut faite par le médecin général inspecteur Lasnet sur l'utilisation du **« Dunlopillo »** dans les services sanitaires.

Mais laissons la parole à notre confrère :

« Le médecin général inspecteur Lasnet attire l'attention « de l'Académie sur une préparation spéciale appelée **« Dunlopillo »** et qui a été présentée à l'Exposition de l'In- « dustrie sanitaire organisée à la Faculté de médecine de « Paris, à l'occasion du Congrès de Chirurgie d'octobre « dernier.

« Cette préparation est fort intéressante pour les Colo- « nies, au double point de vue du confort et de l'hygiène « des malades et du débouché nouveau qu'elle offre à la « production caoutchoutière de nos colonies.

« Au point de vue des services sanitaires coloniaux, les « avantages en sont : la légèreté, la souplesse, une fraîcheur « exceptionnelle, l'entretien à peu près nul, le nettoyage « facile par grands lavages à eau courante, et la longue du- « rée.

« Les essais qui en ont été faits dans les hôpitaux de « l'Afrique du Nord ont été concluants. »

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE (1)

EVOLUTION

I. Cette phase dure une quinzaine de jours, pendant lesquels on examinera chaque jour *l'état de l'abdomen, du cœur et des poumons*, pour reconnaître à son extrême début toute complication possible. Chaque jour on se fera montrer les *selles*, pour s'assurer qu'il n'y a pas eu d'hémorragie, on recherchera l'existence d'une *défense* plus marquée de l'abdomen, d'un *assourdissement cardiaque*, d'un *trouble du rythme*, d'un *abaissement trop marqué de la tension artérielle*.

On s'assurera de l'état du siège du malade, de l'absence de toute *excoriation*, car ce sont ces soins journaliers qui ont le rôle majeur dans le pronostic de la fièvre typhoïde d'intensité moyenne chez un adulte vigoureux.

II. Bientôt le tableau va d'ailleurs changer ; la température se met à dessiner un *stade amphibole*.

La température vespérale reste toujours à peu près aussi élevée, mais la température matutinale s'abaisse de plus en plus.

C'est le moment où il faut redoubler de surveillance, car c'est la période où surviennent les complications.

La première baisse thermique ne devra être acceptée comme un début de stade amphibole qu'après s'être assuré qu'aucun trouble intestinal ni cardiaque ne la conditionne.

D'ailleurs, au bout de quelques jours, on voit parfois la température remonter de quelques dixièmes et une nouvelle poussée de taches rosées apparaître.

L'hémoculture redevient alors souvent positive.

DEFERVESCENCE

Elle dure 8 à 15 jours.

La température baisse maintenant en lysis.

Tous les signes de la fièvre typhoïde s'amendent : la langue se nettoie, la diarrhée diminue, le météorisme s'atténue et disparaît, la splénomégalie rétrocède, le pouls devient plus fort, la bronchite cesse, le malade sort de l'état typhique, s'intéresse à ce qui l'entoure.

Vers la fin de cette période une crise polyurique survient, les urines augmentent chaque jour, pour atteindre une quantité de 2 à 3 litres.

Toutefois, la maladie n'est pas terminée tant que le malade n'est pas resté 3 jours en hypothermie. Jusque-là, des rechutes peuvent survenir.

CONVALESCENCE

Sa durée varie avec l'âge et la gravité de la maladie.

Il y a souvent chute des cheveux.

Il n'y a généralement aucune séquelle, mais on a signalé cependant des troubles visuels, auriculaires, intellectuels.

Des cas de sclérose en plaque, de lésion aortique, de lithiase ont également été signalés.

DIAGNOSTIC

Telle est la forme classique. Nous avons vu que le diagnostic clinique en est facile ; ce n'est guère qu'au début qu'on pourrait discuter un *embarras gastrique*,

Une *grippe*.

A la période d'état, on discutera parfois :

Une *septicémie* à un autre germe : entérocoque, colibacille, etc.;

Une *endocardite maligne aiguë* à la période d'endocardite pariétale sans souffle ;

Une *granulie* ou une *typhobacillose ;*

Une *fièvre de Malte* en cours de première poussée ;

Une *suppuration profonde* non collectée.

Le signe clinique qui a la plus grosse valeur est l'existence de taches rosées ; tous les autres peuvent se voir en l'absence de fièvre typhoïde.

En cas de doute, les épreuves de laboratoire viendront confirmer le diagnostic.

Le diagnostic est d'ailleurs beaucoup plus difficile dans les *formes atypiques*.

II. Formes à début anormal

a) *Forme à début brusque*, avec ascension thermique rapide ;

b) *Forme à début masqué* par une localisation exceptionnelle sur un organe.

Certaines fièvres typhoïdes ont commencé par une pleurésie séro-fibrineuse passagère (*pleuro-typhoïde*).

D'autres ont débuté comme une méningite aiguë (*méningo-typhoïde*).

L'intensité des signes de bronchite a pu sembler expliquer la fièvre des malades (*broncho-typhoïde*).

Le début a pu être pneumonique (*pneumo-typhus*).

Il a pu se faire par une paraplégie (*myélo-typhoïde*), par une arthrite aiguë (*arthro-typhus*).

III. Formes suivant l'intensité de l'infection

Il existe :

a) *Des formes légères* (typhoïdette, fièvre muqueuse), avec atténuation de tous les signes, souvent constipation persistante.

C'est là souvent la forme des vaccinés à immunité incomplète.

b) *Des formes ambulatoires*, où le malade, seulement fatigué, anorexique, peut cependant continuer à vaquer à ses occupations.

Souvent une complication brutale (hémorragie ou perforation) vient alors révéler la véritable nature de l'affection.

c) *Des formes abortives*, durant une quinzaine de jours avec début parfois brusque et défervescence en tout cas très rapide.

d) *Des formes hyperpyrétiques* avec intensité de tous les symptômes : fièvre à 41°, 41°5, cœur faible, congestion hypostatique, selles nombreuses involontaires, météorisme considérable, adynamisme, lèvres sèches fuligineuses, escarres.

Le pronostic est fort sombre. Il n'est cependant pas désespéré. Ce sont ces formes qui ont souvent été très nettement améliorées par les transfusions et les immunotransfusions.

e) *Des formes ataxoadynamiques* sans hyperpyrexie, encore plus graves, car le malade ne réagit pas à la gravité de son affection. Il faut essayer de relever l'état général, l'état cardiaque, l'état surrénal, sinon la mort survient par collapsus cardiaque.

f) *Des formes foudroyantes*, tuant le malade en quelques jours. Quelquefois, c'est une *mort subite* qui survient au cours d'une fièvre typhoïde qui semblait normale, à l'occasion d'un mouvement.

Sa pathogénie est encore discutée.

g) Enfin il existe des *formes hémorragiques*, rares mais très graves, avec purpura, épistaxis, hématurie, modification du temps de saignement, de coagulation, du taux des hématoblastes.

h) Certaines *formes prolongées* durent 3 mois :

— Soit d'une seule tenue avec stade amphibole interminal ;

— Soit à *type pseudo palustre*, provoquée par des rechutes nombreuses avec réapparition de taches rosées.

Le pronostic en est grave, car les accidents cardiaques et pulmonaires sont fréquents.

(*A suivre.*) J. FERROIR.

(1) Voir *Gaz. Hôp.*, n° 18, du 3 mars 1937.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 21. — SAMEDI 13 MARS 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Citation à l'ordre de la nation. — Le Gouvernement cite à l'ordre de la nation les membres de l'expédition scientifique du *Pourquoi-Pas*, et en particulier le docteur Parat (Maurice), jeune savant de la plus haute valeur, déjà reconnu comme un maître ; a pris part à trois expéditions dans les mers polaires et à des explorations au Groënland, au cours desquelles il a fait preuve des plus belles qualités de courage, d'endurance et de dévouement ; a péri le 16 septembre 1936 dans le naufrage du *Pourquoi-Pas*, sur les côtes d'Islande, après avoir apporté une aide héroïque à la lutte contre la tempête.

Hôpitaux de Paris. — *Internat*, concours spécial pour Brévannes, Garches, Sainte-Périne, Chardon-Lagache, Rossini et Hendaye. — Composition écrite : 1° Péritonites aiguës généralisées chez l'homme adulte. Symptômes, diagnostic et indications thérapeutiques. — 2° Cæcum et appendice, configuration extérieure et rapports.

Lecture des copies : lundi 8 mars 1937. — Mlle Fossier, 19 ; MM. Genthon, 20 ; Godlewski, 9 ; Dupuis, 17 ; Mlles Meunier, 25 ; MM. Petit, 19 ; Rometti, 22 ; Martinet, 28 ; Mlle Lécuyer, 14 ; MM. Hertzog, 27 ; Jouin, 12.

Mercredi 10 mars 1937 : MM. Desclaux, 20 ; Florès, 23 ; Lemanisnier, 18 ; Mlle Heulot, 28 ; MM. Jokel, 9 ; Anquetil, 19 ; Attali, 23 ; Danset, 17 ; Dennewald, 21 ; Durier, 15 ; Durnerin, 18.

Hôpital de Rothschild. — Un concours pour la nomination à six places d'internes titulaires et à trois places d'internes provisoires (médecine-chirurgie) s'ouvrira le 12 avril. 12 avril.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction de l'Hôpital de Rothschild, de 9 à 12 heures, dimanche excepté.

Le registre des inscriptions sera clos le 31 mars, à midi. Entrée en fonctions le 1er mai.

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — Le Conseil supérieur de l'Instruction publique est convoqué le 15 mars 1937. La durée de la session sera de trois jours.

Faculté de médecine de Nancy. — Les concours suivants sont ouverts à la Faculté de médecine de Nancy, entre les étudiants français ou anciens étudiants français de ladite Faculté :

Prix Alexis Vautrin : Mémoire sur un sujet de gynécologie, y compris la gynécologie cancéreuse. 1er prix : 3.000 francs ; 2e prix : 900 francs.

Prix Joseph Rohmer : Mémoire sur un sujet d'ophtaln ologie. Prix : 2.700 francs.

Prix Grand-Eury-Fricot : Mémoire sur la tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique. Deux prix : 1.450 francs l'un.

Prix Rittor : Mémoire sur un travail original de chimie médicale et fait dans un laboratoire de la Faculté de médecine de Nancy. Prix : 450 francs.

Prix Heydenreich-Parisot (médecine-chirurgie) : Concours entre les étudiants de la Faculté de médecine de Nancy et les docteurs en médecine (immatriculés ou inscrits à la Faculté au cours de l'année scolaire) : Travail ori-

ginal sur un sujet de médecine et de chirurgie. Prix : 450 francs l'un.

Les mémoires devront être déposés au Secrétariat de la Faculté de médecine avant le 1er juillet 1937.

Ecole de Rouen. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de clinique et de pathologie médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen s'ouvrira le lundi 25 octobre 1937, devant la Faculté de médecine de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Ecole du Service de santé militaire. — Le *Journal officiel* du 9 mars publie deux décrets concernant la réorganisation de l'Ecole du Service de santé militaire, voir *Gaz. Hôp.* 1937, n° 11, p. 176).

1° Le sixième alinéa de l'article 8 du décret du 19 septembre 1919, concernant la réorganisation de l'Ecole du Service de santé militaire, modifié en dernier lieu le 5 février 1937, est abrogé et remplacé par le suivant :

« A l'expiration de cette période d'ajournement, les élèves sont présentés de nouveau devant le conseil medical de l'Ecole qui doit proposer au ministre soit leur incorporation, soit leur non-incorporation. En aucun cas l'ajournement ne pourra être renouvelé. »

2° Le premier alinéa de l'article 2 du décret du 15 juillet 1929, modifié le 22 janvier 1937, est modifié de la façon suivante :

« Nul ne peut être admis à prendre part au concours pour l'admission à l'Ecole du Service de santé militaire s'il doit avoir moins de dix-sept ans le 15 octobre de l'année du concours, ou s'il avait, au 1er janvier de la même année, etc. . »

(La suite de cet alinéa ne reçoit aucune modification.)

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. — *Chevalier* : docteur Duclos, à Condom ; docteur Jacquet (J.-F.-G.), à Paris.

— GUERRE. — *Commandeur* : docteur Lucien Julie, médecin lieutenant-colonel rayé des cadres.

Médaille d'honneur des épidémies. — La médaille en or a été décernée à titre posthume au docteur Edouard Dubos, médecin à Paris, décédé des suites d'une maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Asiles publics d'aliénés. — M. le docteur Humbert, médecin chef de service à l'asile de Plouguernevel, a été nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Quimper (Finistère), en remplacement de M. le docteur Lagriffe, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Séance scientifique annuelle de la Société médicale d'Aix-les-Bains (Savoie). — La Société médicale tiendra le dimanche 6 juin, à 10 heures, la sixième de ses séances scientifiques annuelles.

Sujet : Séquelles traumatiques et traitement thermal d'Aix-les-Bains.

Rapporteurs : F. Françon, R. Levaxelaire, P. Robert.

A l'issue de la réunion, un déjeuner sera offert par la municipalité d'Aix aux médecins présents.

Les confrères qui désireraient assister à la séance ou prendre part à la discussion seront les bienvenus. Ils sont priés de se faire inscrire avant le 15 mai, par lettre adressée au Président annuel de la Société : docteur L. Bertier, rue Albert-Ier, Aix-les-Bains, ou au Secrétaire général : docteur Chevallier, avenue Marie, Aix-les-Bains.

(*Voir suite des Informations*, p .342.)

CHRONIQUE

LE XIe BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE

La semaine dernière a eu lieu le Bal de la Médecine française organisé pour la onzième fois par la *Société de Secours mutuels aux femmes et enfants de médecins* (F. E. M.).

M. Albert Lebrun, Président de la République, avait tenu à assister à cette fête, donnant ainsi le témoignage du haut intérêt qu'il porte à une très belle œuvre de solidarité professionnelle. Il fut accueilli par Mme Roussy et le docteur Siredey, président d'honneur, et par Mme F. Jayle, par Mme Marcel Labbé, par nos confrères Darras et Crouzon, par Mme Deschamps et M. Robert Jayle.

Nous renonçons à énumérer toutes les personnalités qui se pressaient dans les salles du Centre Marcelin Berthelot. Jamais on ne vit une foule aussi élégante, aussi dense. Les amis de cette belle œuvre, si urgente, deviennent de plus en plus nombreux ; l'an prochain, il faudra la salle de l'Opéra pour les contenir, et ce sera tant mieux, pour le soulagement des détresses, hélas de plus en plus nombreuses dans les milieux médicaux !

Le concert fut particulièrement brillant. Après une présentation des *films* scientifiques de Jean PAINLEVÉ, on assista à un défilé de la *Vieille France en dentelles*, dirigé par Mme MESSAGER. Puis les merveilleux danseurs que sont MIA SLAVENKA et SERGE PERETTI se firent acclamer dans une suite de danses de Chopin. Enfin RAFAËL MEDINA remporta un vrai triomphe en chantant des Solcares, el Carretero et Amorcito Querido.

Le bal qui suivit fut clôturé par le souper traditionnel composé et exécuté par Mme Henri Labbé et le docteur de Pomiane.

Que de regrets doivent avoir ceux qui n'ont pu assister à cette mémorable soirée. Leurs regrets seront certainement atténués s'ils peuvent s'associer à ceux qui s'intéressent à l'œuvre. Qu'ils envoient donc sans tarder leur obole à la F. E. M., 95, rue du Cherche-Midi (6e).

F. L. S.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU TITRE DE DOCTEUR-DENTISTE

Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement a voté le 8 février la résolution suivante :

« Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement, résolument partisan de l'intégration des études dentaires dans le doctorat en médecine, attentif aux vœux et ordres du jour exprimés par plusieurs sociétés d'arrondissement, celles des VIe, Xe, XIVe et XVe, et au vote récent de la Fédération corporative des médecins de la région parisienne, concernant la réforme des études dentaires et l'attribution du titre de docteur-dentiste aux chirurgiens-dentistes, s'élève contre cette attribution en masse à 7.900 dentistes environ, dont la plupart ne sont pas même bacheliers, du titre de docteur, sans doctorat réel, et demande que les dispenses accordées aux dentistes pour devenir docteurs en médecine soient limitées aux études dentaires. »

REVUE GENERALE

LE COLLAPSUS TYPHIQUE (1)

Par MM. R. DE BRUN et P. DE FONT-RÉAULX

PATHOGENIE

Nous allons aborder maintenant la difficile question de la pathogénie. Nous rappellerons d'abord brièvement les trois grandes théories classiques, pour montrer leur insuffisance et indiquer les reproches dont elles nous semblent passibles. Nous exposerons ensuite notre conception personnelle.

Mais auparavant, une remarque indispensable s'impose : il faut savoir que les auteurs qui ont étudié cette question n'ont jamais séparé le collapsus de la mort subite, et ont toujours considéré, du moins implicitement, que c'était un seul et même phénomène.

1° Théorie cardiaque. — C'est la première en date. Indiquée par Wunderlich et par Griesinger à propos du collapsus, elle fut surtout établie solidement par Hayem dans son travail de 1875. Depuis, elle fut admise presque universellement, bien que Hayem ait dû, à plusieurs reprises, la défendre de toute son autorité.

Nous rejetons formellement cette théorie qui se heurte à des objections insurmontables. Il suffit d'ailleurs de rétablir, comme nous l'avons fait, la symptomatologie exacte du collapsus pour se rendre compte qu'il ne saurait s'agir là d'un accident d'origine cardiaque. On ne voit pas, en particulier, comment une défaillance cardiaque pourrait expliquer une chute thermique.

Hayem s'appuyait à la fois sur des arguments cliniques et sur des arguments anatomiques. Les arguments cliniques qu'il avançait sont d'une extrême pauvreté : ce sont surtout la cyanose et, d'autre part, la petitesse du pouls.

En réalité, l'examen du cœur pratiqué avant, pendant et après le collapsus montre qu'il est normal. Les signes les plus courants de la myocardite typhique n'appartiennent pas au collapsus. La cyanose s'explique autrement que par une défaillance cardiaque, et la petitesse du pouls n'est plus actuellement considérée comme étant forcément « le reflet de l'état du cœur ». La tachycardie est très inconstante et ne paraît d'ailleurs pas liée à une insuffisance cardiaque.

Nous avons observé un malade qui fit un collapsus le jour où il terminait un traitement digitalique énergique auquel nous l'avions soumis préventivement, bien qu'il n'ait pas présenté de signe patent d'insuffisance cardiaque. Des tracés électrocardiographiques pris chez ce malade, le lendemain de son collapsus, alors qu'il était encore en hypothermie, révélèrent un cœur normal.

Peut-on d'ailleurs admettre une défaillance myocardique aussi dramatique qui serait transitoire, et disparaîtrait en quelques heures sans laisser de traces ?

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 19, du 6 mars 1937.

Il est remarquable enfin de constater que tous les auteurs qui, après Hayem, se sont trouvés en présence d'un collapsus grave, ont trouvé un cœur normal : c'est tellement vrai qu'ils se sont crus autorisés par ce seul fait à éliminer le diagnostic de collapsus ! Nous avons déjà montré cela dans notre préambule historique.

Mais le gros argument en faveur de l'origine cardiaque, *le seul* que Hayem considérait comme réellement probant et sur lequel il s'est appuyé à maintes reprises pour soutenir son opinion, est un argument *d'ordre anatomique*. Il consiste dans l'existence d'altérations histologiques du myocarde constatées chez des malades décédés de mort subite au cours d'une typhoïde. (Il n'existe pas, en effet, d'autopsie avec examen histologique de malades morts de collapsus.)

Pour comprendre la force presque irrésistible de cet argument, il faut se rappeler qu'à la fin du siècle dernier on ne concevait pas de progrès possible en médecine en dehors de la méthode anatamo-clinique, c'est-à-dire de la superposition des symptômes à la lésion anatomique. Et certes cette méthode avait fait ses preuves, puisque, depuis Laënnec jusqu'à Charcot, c'est à elle seule que la science médicale devait ses prestigieux progrès.

Sans doute dès 1890, des observations étaient rapportées, où chez des malades morts subitement au cours d'une typhoïde, l'examen histologique le plus minutieux ne révélait aucune altération de la fibre cardiaque, alors qu'on pouvait constater couramment ces lésions chez des malades, indemnes de tout trouble cardiaque et morts d'une autre complication de la typhoïde. Mais l'on n'osait trop approfondir la signification de ces faits.

On sait actuellement que ces lésions histologiques de la fibre cardiaque sont banales et sans grande signification. Nous avons appris à penser physiologiquement, à connaître les troubles purement fonctionnels des organes. L'insuffisance cardiaque, ce n'est pas par l'examen histologique post-mortem qu'on peut la reconnaître et s'assurer de son existence, c'est par l'examen clinique, aidé au besoin de techniques particulières telles que l'électrocardiographie. Pour résoudre le problème de l'origine cardiaque du collapsus, nous pouvons sans crainte récuser aujourd'hui l'histologie. Seule, la clinique peut nous donner la clé de ce problème.

Or nous avons dit que l'examen clinique ne révélait pas d'insuffisance myocardique au cours du collapsus.

2° Théorie bulbaire. — Cette théorie fut émise pour la première fois par Dieulafoy, à propos de la mort subite. Pour lui, la mort était due à un réflexe inhibiteur ayant son point de départ dans les ulcérations intestinales et aboutissant aux centres bulbaires qui commandent le cœur.

Mais les idées ne tardèrent pas à évoluer sur ce sujet. La conception de Dieulafoy ne pouvait être maintenue telle quelle. On retint seulement que le bulbe pouvait jouer un rôle dans la mort subite, et l'on essaya d'en préciser le mécanisme.

Le rôle du cœur paraissant définitivement établi depuis Hayem, on pensa que la défaillance du cœur

pouvait s'expliquer non point par une myocardite, mais par une lésion des centres bulbaires du cœur, ou aussi par une lésion des nerfs du cœur.

Cette conception du rôle du bulbe ou du système nerveux du cœur, bien qu'admise encore actuellement, ne nous paraît pas pouvoir être conservée. Elle vise en effet seulement à expliquer par une cause nerveuse une défaillance cardiaque considérée comme certaine. Nous avons montré que le problème était autre. Avant de discuter le mécanisme de la défaillance du cœur, la question préalable se pose de savoir si cette défaillance existe bien... Or nous pensons avoir démontré qu'elle n'existe pas.

Nous reviendrons tout à l'heure, en exposant notre conception personnelle, sur le rôle du bulbe, qui nous paraît essentiel, mais différent de celui que lui assignent les conceptions classiques.

3° Théorie surrénale. — Cette théorie est de date plus récente. Elle a vu le jour dans les premières années de notre siècle, lorsqu'on a commencé à connaître la pathologie surrénale. La possibilité bien connue d'une mort subite ou du moins très rapide, au cours de la maladie d'Addison et des insuffisances surrénales graves, constituait, en faveur de cette théorie, un argument sérieux.

Séduisante au premier abord, cette théorie ne nous semble cependant pas plus admissible que les précédentes.

Une insuffisance surrénale massive au point de déterminer la mort subite, ne saurait apparaître en quelques instants. Elle se serait traduite nécessairement, au moins plusieurs heures avant, par des signes cliniques permettant de la déceler.

En ce qui concerne le collapsus, cet argument est encore plus frappant : on ne conçoit pas en effet une insuffisance surrénale intense qui serait aussi transitoire et qui, après être apparue brusquement, avoir duré quelques heures, disparaîtrait sans laisser de traces.

Et puis, on connaît bien actuellement la symptomatologie des accidents aigus de la grande insuffisance surrénale. Confrontons-la avec la symptomatologie exacte du collapsus, telle que nous l'avons établie : on voit que ce sont là deux choses différentes.

Sans doute il existe, au cours du collapsus, une hypotension marquée. Elle fut interprétée différemment suivant les époques, au gré des théories régnantes. Au temps de Hayem, la faiblesse du pouls signifiait toujours faiblesse du cœur. Plus tard, on a connu l'hypotension de l'insuffisance surrénale. Mais avant la guerre, les recherches de Pal, en Autriche, de Crile, de Janeway en Amérique, avaient fait connaître la fréquence des hypotensions primitives au cours de maladies infectieuses ; hypotensions ne relevant pas de l'insuffisance cardiaque, mais liées à une paralysie vasomotrice, sans insuffisance surrénale appréciable. Nous pensons que dans le collapsus, c'est le mécanisme le plus probable.

4° Théorie personnelle. — Nous n'avons certes pas la prétention d'apporter au problème du collapsus et de la mort subite une solution définitive. Nous ne méconnaissons pas toutes les lacunes de notre conception : mais nous croyons, cependant, qu'elle est susceptible de mieux expliquer les faits, car elle est basée sur l'analyse des signes exacts du collapsus.

Nous étudierons séparément la pathogénie du collapsus et celle de la mort subite.

a) *Le collapsus.* — Nous avons été d'abord intrigués par les caractères si particuliers de cette cyanose. C'est une cyanose *diffuse*. Elle ne trouve son explication ni dans l'état du poumon, ni dans l'état du cœur. Elle ne s'accompagne même pas de dyspnée. Son apparition comme sa disparition ne se traduit par aucune modification physique ou fonctionnelle, tant du côté du cœur que du côté du poumon. Par contre, elle s'accompagne d'une hypotension manifeste.

Nous avons alors été amenés à envisager l'existence d'une *paralysie vaso-motrice*, due très vraisemblablement à l'action des toxines typhiques sur les centres vaso-moteurs bulbo-médullaires. « *Les réseaux artériolaires s'entr'ouvrent, les résistances périphériques s'effondrent, la capacité du réservoir capillaire augmente dans des proportions énormes et le sang stagne comme dans un étang. Cette stagnation sanguine dans les réseaux capillaires artériolaires et veineux, véritable collapsus vasculaire, est amplement suffisante à expliquer la cyanose.* » (R. de Brun, thèse 1925.)

Il existe en effet dans l'organisme un immense réservoir sanguin, constitué par le réseau capillaire, dont la capacité est peut-être quatre à cinq fois celle du sang. Mais ce réservoir n'est pas inerte, il possède une certaine tonicité, si bien qu'il se moule sur son contenu sanguin, qu'il l'endigue, et qu'il en permet la progression. C'est un véritable « cœur périphérique », selon l'expression de Gallavardin, indispensable à la circulation du sang.

Tout le jeu de cette circulation périphérique est entièrement réglé par les nerfs vaso-moteurs, et l'on conçoit aisément qu'une paralysie des vaso-moteurs ait pour résultat l'arrêt plus ou moins complet de cette circulation.

Nous avons pensé que l'état de collapsus, tel que nous l'avons décrit, traduisait cette paralysie vasomotrice et la stagnation sanguine dans les réseaux périphériques. Ainsi s'explique la cyanose, avec ses caractères particuliers, l'hypotension, l'algidité. Et l'altération du facies qui accompagne ce syndrome reflète la souffrance de l'organisme devant la perturbation d'une si importante fonction. La petitesse du pouls et l'assourdissement des bruits du cœur trouvent également une explication naturelle. Et l'on conçoit que ce cœur recevant un apport sanguin très insuffisant soit gêné dans son fonctionnement et puisse ne pas rester toujours régulier.

On connaît d'ailleurs, dans le collapsus cholérique, la vacuité des artères, la stagnation du sang dans les veines, dont l'ouverture donne à peine issue à quelques gouttes de sang noir et épais. Et c'est sans doute en se rappelant les constatations faites chez des cholériques que Griesinger pouvait dire, dès le milieu du siècle dernier : « Le collapsus tient essentiellement à la faiblesse du cœur, à la vacuité relative des artères, à la réplétion des veines, au ralentissement de la circulation ». Cette définition eût été parfaite si

la faiblesse du cœur avait été considérée comme la conséquence et non comme la cause du ralentissement de la circulation.

Mais la paralysie vaso-motrice n'est pas tout. Il existe aussi un second signe important : la chute de la température centrale. Ici l'explication ne souffre pas de difficulté : une perturbation aussi profonde et aussi brutale ne saurait relever que d'une cause bulbaire. Les centres thermiques seraient touchés en même temps que les centres vaso-moteurs.

Quant à la tachycardie, beaucoup plus inconstante, nous nous demandons si elle ne relèverait pas aussi d'un mécanisme analogue : l'action de la toxine typhique sur les centres cardiaques du bulbe. Cela expliquerait bien les caractères de cette tachycardie, son apparition et sa disparition brusques, à la façon d'une crise de tachycardie paroxistique.

Quant aux troubles respiratoires que l'on a signalés, peut-être pourraient-ils résulter aussi d'une imprégnation toxinique des centres respiratoires du bulbe ; mais ils s'expliquent plus simplement par la gêne de l'hématose qu'entraînent forcément le ralentissement du cours du sang et la vacuité relative du réseau vasculaire de la petite circulation.

b) *La mort subite.* — Ici nous nous aventurons sur un terrain beaucoup moins solide.

Dans la plupart des cas, nous pensons que la mort peut s'expliquer par une chute massive de la tension artérielle. La paralysie vaso-motrice se constituant avec une particulière brutalité, la mort survient avant que le syndrome clinique du collapsus ait le temps de se constituer. Ainsi s'interprètent facilement les convulsions qui, d'ordinaire, précèdent la mort subite, et dont on n'avait pu jusqu'ici trouver d'explication satisfaisante. Il s'agit là, en effet, d'un mode de réaction banal des centres nerveux qui accusent ainsi leur souffrance devant des causes diverses, en particulier devant des dénivellations brutales de tension — aussi bien les chutes tensionnelles dues à la paralysie vaso-motrice que les poussées hypertensives de l'éclampsie.

Dans d'autres cas, la mort subite se présente différemment. L'inhibition des centres cardiaques du bulbe peut expliquer les cas où la mort est réellement instantanée.

Enfin, la troisième modalité clinique de la mort subite paraît très bien pouvoir résulter d'une inhibition des centres respiratoires bulbaires.

En somme, toute la pathogénie du collapsus typhique et de la mort subite peut s'expliquer par l'imprégnation toxinique du bulbe et la défaillance transitoire consécutive d'une ou plusieurs des fonctions essentielles de ce bulbe. Les différents centres : thermique, vaso-moteur, cardiaque et même respiratoire, peuvent être inhibés d'une façon plus ou moins complète, plus ou moins transitoire, isolément ou simultanément, et à des degrés divers pour chacun d'eux. Les centres thermique et vaso-moteur sont les plus communément atteints ; le centre respiratoire ne l'est que rarement.

On comprend ainsi facilement la coexistence, au cours du collapsus, de signes thermiques et vasculaires qu'aucun lien logique ne paraît, de prime abord, relier entre eux. Ainsi s'explique également l'indépendance relative de ces signes thermiques et vasomoteurs. D'autre part, cette pathogénie rend seule un compte satisfaisant du caractère transitoire et récidivant du collapsus. Et enfin, seule, elle permet d'expliquer la diversité des aspects cliniques sous lesquels se présente la mort subite en clinique, et de relier entre elles ces différentes modalités d'un même syndrome par une commune pathogénie.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU COLLAPSUS

Nous ne nous attarderons pas sur le diagnostic. La description clinique que nous avons donnée du collapsus suffit à montrer les difficultés qui peuvent survenir en présence de toute chute thermique, au cours d'une fièvre typhoïde. Le diagnostic avec une perforation intestinale peut être des plus délicats : on conçoit son importance, à cause des thérapeutiques différentes qui devront être mises en œuvre dans chaque cas.

Le diagnostic avec un syndrome malin au début sera, d'ordinaire, plus facile. Cependant, comme ce syndrome nous paraît avoir été confondu pendant longtemps avec le collapsus, nous en résumerons tout à l'heure les traits essentiels en une courte description qui permettra de mesurer les différences profondes qui le séparent, en réalité, du collapsus.

Quant au traitement du collapsus, il consistera naturellement, d'abord dans la suppression des bains et l'immobilisation du malade. En même temps, on tentera de le réchauffer par tous les moyens. La digitaline ainsi que les tonicardiaques nous paraissent parfaitement inutiles. On emploiera avec plus d'efficacité les stimulants généraux : caféine, éther, camphre.

Mais il faudra, avant tout, tenter de lutter contre la paralysie vaso-motrice et de rétablir la circulation. Pour cela, deux grands remèdes devront être mis en œuvre sans perdre une seconde. Tout d'abord, l'adrénaline, médication par excellence du collapsus vasculaire : soit en injections intramusculaires, soit aussi, lorsque le collapsus est intense, en injections intraveineuses, avec la posologie qui convient à ces deux différentes voies d'administration.

Sur le même plan que l'adrénaline, nous proposerions des injections intraveineuses à fortes doses de sérum salé isotononique.

Ce mode de traitement n'a pas encore été utilisé, mais nous n'hésiterions pas à le faire, si le hasard de la clinique nous mettait à nouveau en présence d'un collapsus. On connaît, d'ailleurs, les résultats qui ont été obtenus dans le collapsus cholérique par ce traitement, dont les effets sont parfois immédiats. Les injections seront toujours intraveineuses, condition essentielle de leur efficacité : chaque injection sera au minimum de 500 cc., sinon de 800 cc. Il faudra les renouveler autant de fois que cela sera nécessaire, jusqu'à 3 et 4 fois dans la journée. Nous croyons que ce serait le moyen le plus puissant de rétablir la circulation sanguine.

Il va sans dire que ce traitement — adrénaline et sérum salé intraveineux — est destiné surtout à lut-

ter contre la paralysie vaso-motrice et ses conséquences. Cette thérapeutique ne sera donc utilisée qu'avec discrétion dans les formes purement hypothermiques, où le collapsus et l'algidité restent modérés.

LE SYNDROME MALIN DES MALADIES INFECTIEUSES

Bien que les éléments de ce syndrome soient connus depuis fort longtemps, c'est incontestablement à V. Hutinel que revient le mérite de les avoir groupés et précisés, et d'avoir créé l'autonomie du syndrome.

Durant les dernières années de son existence, Hutinel publia sur ce sujet, en 1926, un important volume. Non seulement il y rappelait toutes ses précédentes publications, mais aussi il étendait démesurément le cadre de ce syndrome, au point de lui faire perdre toute sa précision, et même toute son individualité. Nous nous en tiendrons à une conception beaucoup plus restrictive, celle même que Hutinel soutenait quelques années auparavant (1).

Il faut distinguer les formes *graves* et les formes *malignes* des maladies infectieuses. Ce sont là deux choses différentes, et cette distinction paraît avoir été faite de tout temps par les médecins. La gravité consiste dans l'intensité particulière des signes habituels de la maladie. La malignité se traduit par l'apparition, généralement brusque et imprévue, de signes *nouveaux*, qui caractérisent le syndrome malin. *Ce syndrome se retrouve, à quelques variantes près, dans les formes malignes de toutes les infections :* scarlatine, typhoïde, rougeole, variole, érysipèle, septicémies diverses, entérocolites avec accidents graves, formes suraiguës d'infection bronchique chez les très jeunes enfants, etc...

Avant de rappeler sommairement l'aspect clinique de ce syndrome, il importe de faire remarquer avec Hutinel, « qu'il tend à devenir de plus en plus rare, grâce aux progrès de l'hygiène : il appartient déjà à la pathologie du passé ».

Nous nous occuperons seulement ici des aspects du syndrome malin dans la fièvre typhoïde ; et pour cela, nous suivrons de près la description d'Hutinel.

A une époque variable de la maladie, parfois presque dès le début, mais parfois seulement à une phase avancée, une transformation se produit qui imprime à l'affection une allure de gravité particulière. Cette transformation s'effectue de façon progressive, bien que parfois rapide, puisque le tableau complet peut être réalisé en quelques heures.

Les éléments principaux du syndrome sont : des troubles de la température, du pouls, l'adynamie, l'altération du facies et, inconstamment, des vomissements. Ces éléments apparaissent sans ordre défini ; ils peuvent également se grouper diversement, réalisant ainsi des aspects très différents du même syndrome.

1° *Le pouls, presque constamment, s'accélère* et devient de plus en plus petit, irrégulier. *La tension artérielle est toujours très abaissée.* Une accélération progressive du pouls peut parfois précéder de trois ou quatre jours l'apparition des autres symptômes : l'importance pronostique de cette accélération du pouls dans la typhoïde est classique depuis Griesinger.

2° Une perturbation du tracé thermique normal de la typhoïde. « Les modifications présentées par la « courbe thermique ne sont pas toujours les mêmes. « Dans les cas les moins graves, la courbe subit une « élévation plus ou moins marquée (*formes hyper-« thermiques*). Dans les formes sévères, on note sur-« tout une *baisse de température* précédée parfois « d'une ascension passagère. Cette baisse est progres-« sive ou rapide : chez certains malades, elle est assez « subite pour faire songer à une hémorragie ou à « une perforation... » (Hutinel.) Souvent, on constate seulement des *irrégularités thermiques* qui déforment le tracé normal de la maladie, au point de le rendre totalement méconnaissable. Très rarement, lorsque la maladie se prolonge, on pourrait observer une véritable hypothermie.

3° *Une prostration et une adynamie intenses*, au point que les malades peuvent être plongés « dans un état de stupeur voisin du coma ».

4° *Une altération profonde du facies :* « ... le nez s'effile, les yeux s'enfoncent dans l'orbite et s'entourent d'un cercle rouge brun, le teint se plombe ; dans certains cas, le médecin songe à une péritonite par perforation ».

5° *Les vomissements sont inconstants :* ils sont généralement précoces, lorsqu'ils existent ; ils peuvent se répéter et rendre toute alimentation impossible : « Les malades vomissent des mucosités filantes, puis des matières vertes, porracées, ...puis une diarrhée putride s'installe... ».

6° Enfin Hutinel considère comme très caractéristique un érythème constitué par des macules irrégulièrement arrondies ou ovalaires, rouge vif, peu saillantes, disparaissant à la pression du doigt, à contours nettement tracés. Ces macules rappellent vaguement de loin l'éruption de la rougeole. Mais leur siège est caractéristique : elles siègent en effet toujours aux coudes, avant-bras et mains, aux genoux, jambes et fesses, et sont toujours symétriques. Hutinel dit avoir pu, dans deux circonstances, rejeter un diagnostic de perforation et éviter une intervention, en se basant sur la seule existence de cet érythème.

Les différents éléments de ce syndrome se groupent de façons très diverses, réalisant *des aspects cliniques très variables :* tantôt une chute de la température ou son élévation brusque, l'altération du facies, les vomissements, l'accélération du pouls, reproduisent le tableau d'une perforation avec péritonite septique, et le diagnostic peut en être des plus malaisés.

Tantôt, au contraire, « l'ensemble et l'évolution des « symptômes éveillent forcément l'idée d'une myo-« cardite. Il s'agit alors de typhoïdes à formes sé-« vères, généralement hyperthermiques, avec asthé-« nie extrême. Mais ce qui frappe surtout, ce sont les « troubles circulatoires : la face et les extrémités sont « cyanosées et blafardes, la tension artérielle est abais-« sée souvent d'une façon très notable ; le pouls mou, « dépressible, a une fréquence anormale, il atteint

(1) Voir en particulier: *Arch. des maladies des enfants*, 1915.

« fréquemment 140 à 160 pulsations à la minute ; « l'auscultation du cœur montrera souvent de l'em- « bryocardie... ». Ces formes semblent les plus fréquentes. Ce sont de pareilles observations qui ont été rapportées sous le nom de « collapsus cardiaque », comme nous en avons relevé de nombreux exemples.

Il existe des formes subaiguës durant 10 à 15 jours, où ces deux aspects différents s'intriquent et semblent prédominer alternativement : ce sont les *formes cardiopéritonéales de la typhoïde*, de L. Bernard et Paraf.

D'autres fois, l'hyperthermie et l'adynamie dominent : ce sont les *formes adynamiques ou ataxo-adynamiques* des classiques.

Le pronostic d'un pareil syndrome est *le plus souvent mortel ;* mais il existe, cependant, des cas assez fréquents où le syndrome n'est qu'ébauché et où il peut n'être que transitoire.

La mort survient en moyenne au bout de 4 à 6 jours, bien que cela soit très variable. Parfois, nous l'avons dit, l'évolution peut se prolonger plus longtemps ; ces formes sont moins sévères. D'autres fois aussi, l'évolution est écourtée, réduite à deux ou trois jours. Il existe même des cas où la mort survient d'une façon très rapide, presque foudroyante, vingt-quatre et même douze heures après l'apparition des premiers signes de malignité. Ces cas sont en réalité exceptionnels ; beaucoup plus rares, par exemple, que dans la scarlatine. Mais jamais on n'observe, à proprement parler, de mort subite ; c'est-à-dire que la mort ne survient pas d'une façon brutale et absolument imprévue, en quelques minutes ou quelques secondes, au cours d'une typhoïde jusque-là normale ; toujours la mort a été précédée, au moins pendant quelques heures, et généralement pendant plusieurs jours, de signes de haute gravité.

Comme on le voit d'après cette description, le syndrome malin et le collapsus sont deux choses très distinctes ; le diagnostic entre ces deux complications doit généralement être facile, sauf peut-être dans les premières heures de l'installation de certains syndromes malins, à début brusque, avec dépression thermique.

Il nous est donc tout à fait impossible de nous rallier à l'opinion d'Hutinel qui, après avoir pris connaissance de nos travaux, pensait que le collapsus « n'est que l'expression la plus élevée du syndrome malin, mais qu'il n'en diffère point par ses origines ».

CONCLUSION

La conclusion qui se dégage de cette étude est qu'il importe de ramener à ses justes proportions le rôle de l'insuffisance cardiaque au cours de la fièvre typhoïde. Il en est de la typhoïde comme des autres maladies infectieuses : les signes d'insuffisance cardiaque y restent le plus souvent latents, révélés seulement par l'auscultation systématique du cœur. Dans la très grande majorité des cas, ils comportent un pronostic bénin. Les phénomènes graves de défaillance cardiaque restent exceptionnels ; dans ces cas, d'ailleurs, les tonicardiaques habituels ne sont pas sans action.

Quant aux accidents dramatiques — collapsus, mort subite — qu'on peut voir survenir inopinément dans le cours de la maladie, ils ne relèvent pas d'une défaillance cardiaque. L'auscultation journalière et attentive du cœur ne permet donc pas de les prévoir, et l'emploi des tonicardiaques ne permet pas de les prévenir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(Séance du 9 mars 1937)

L'immunisation des étudiants en médecine. — M. Tanon apporte les conclusions du rapport rédigé sur cette question par la commission de l'immunisation, composée de MM. Crouzon, Brouardel, Vincent, Dopter, Lesné, J. Renault, Rouvillois, Sacquépée et Tanon.

Il propose à l'Académie d'approuver un vœu ainsi conçu :

« Que la vaccination mixte antityphoïdique et antidiphtérique soit rendue obligatoire pour les étudiants en médecine, dès le début de leurs études. »

L'Académie adopte ce vœu à l'unanimité. Il sera soumis à l'approbation de M. le ministre de la Santé publique et de M. le ministre de l'Education nationale.

Glaucome aigu double apparu au cours d'un tétanos céphalique. — MM. G. Guillain, J. Parfoury et R. Messimy attirent l'attention sur une complication du tétanos céphalique qui n'a pas encore été signalée. Chez une malade présentant un tétanos céphalique avec paralysie faciale, trismus, spasmes paroxystiques des muscles masticateurs, exagération et diffusion des réflexes tendineux et périostiques des membres et du mésocéphale, est apparu brusquement un glaucome aigu bilatéral. Ce glaucome fut opéré d'urgence par iridectomie. Au cours des deux interventions survint une iridodialyse dont la cause fut une rigidité spéciale de l'iris reconnue par l'opérateur et en rapport avec un spasme du muscle irien lié au tétanos. La malade guérit de son tétanos et recouvra la vision totalement d'un œil, partiellement de l'autre.

Les auteurs rappellent que des signes oculaires ont été signalés dans le tétanos céphalique : spasmes et paralysies des muscles moteurs du globe oculaire ou des paupières, contracture du muscle ciliaire, névrite optique, mais le glaucome aigu n'a pas été décrit.

Ce glaucome pourrait être interprété comme un accident sérique, mais cette complication n'a jamais été vue dans la maladie sérique. Il paraît beaucoup plus rationnel d'admettre un rapport de causalité entre le glaucome aigu bilatéral de la malade et le tétanos. L'imprégnation bulbo-mésocéphalique par la toxine tétanique et les fixations électives de cette toxine sont connues. On sait d'autre part le rôle du trijumeau et du sympathique sur les modifications de la tension intracellulaire. On s'explique très bien que l'atteinte des noyaux du trijumeau par la toxine tétanique, l'atteinte des centres ou des voies sympathiques soient capables de provoquer dans les globes oculaires une poussée d'hypertension ayant pour conséquence un glaucome aigu bilatéral.

Vaccination charbonneuse. — MM. G. Ramon et A. Staub. Alors que la méthode pastorienne classique de vaccination charbonneuse exige deux injections successives, à douze jours d'intervalle, de vaccin, la méthode nouvelle, établie après de nombreuses recherches effectuées chez le mouton principalement, mais aussi chez la chèvre, les bovidés, le cheval, ne comporte qu'une seule inoculation sous-cutanée du virus-vaccin le plus atténué. Cette dose unique de vaccin préalablement additionné de gélose et d'alun, permet au mouton qui l'a reçue de résister aux épreuves expérimentales

les plus sévères, dès le cinquième jour et jusqu'à huit mois au minimum après la vaccination.

Ainsi, commode à appliquer, inoffensive, la formule de l'injection unique de vaccin gélosé et aluné procure aux animaux une immunité très précoce, extrêmement solide et durable. Ce sont là des avantages sérieux pour la pratique courante de l'immunisation anticharbonneuse.

Sur la nécessité de procédés modernes d'administration des eaux thermales. — M. F. DOMINGUEZ. Pendant un séjour à Châtel-Guyon, le professeur Dominguez a pu faire un certain nombre d'observations, qu'il apporte à l'Académie.

Il pense que, pour obtenir tout le rendement que l'on doit attendre des eaux de Châtel-Guyon, surtout dans les maladies du foie et des voies biliaires, il faudrait administrer l'eau, les patients étant couchés sur le côté droit. A cet effet, des chaises-longues seraient placées tout autour de la fontaine.

Les malades observeraient ensuite un repos d'un quart d'heure.

Dans ces conditions, l'eau ne perdrait aucune de ses propriétés, et son action cholagogue serait plus efficace par la position donnée aux malades comme on le fait dans l'administration des autres cholagogues.

Il y a deux raisons pour conseiller la position couchée sur le côté droit. L'une, mécanique, car dans cette position la seconde portion du duodénum occupe la partie la plus basse, tandis que la troisième portion devient verticale.

D'autre part, dans ces conditions, l'eau reste plus longtemps en contact avec la muqueuse de la seconde portion et avec le sphincter d'Oddi. Par suite, l'effet cholagogue est plus prolongé et plus efficace.

Cette façon d'administrer l'eau a été préconisée il y a plus de 20 ans par Cottet (d'Evian), qui a démontré les avantages de la cure de diurèse couchée. Elle pourrait être appliquée avec avantage dans les stations où l'on soigne les maladies du foie.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 JANVIER 1937)

Deux observations de néphrites chroniques de l'enfance avec troubles du développement (Nanisme rénal). — MM. DEBRÉ, NACHMANSOHN, MARIE et BIDOU. Observations intéressantes par leur latence, l'importance de la polydipsie et de la polyurie, les troubles du métabolisme des glucides, l'arrêt du développement.

La latence de la néphrite est telle que pendant plusieurs années les analyses d'urines répétées n'ont pas révélé la présence d'albumine. Tension artérielle toujours normale.

Dans le deuxième cas, il faut noter les caractères de la polydipsie et de la polyurie. La part prépondérante de ce symptôme et surtout sa précocité inhabituelle à ce degré dans les néphrites chroniques ordinaires risquent d'entraîner une confusion avec la polyurie insipide. On peut différencier la polyurie de ces néphrites de celle du diabète insipide. Les troubles du métabolisme des glucides constatés chez l'un des enfants consistent en glycosurie peu abondante et intermittente avec une courbe d'hyperglycémie comparable à celle constatée dans le diabète vrai. L'arrêt de la croissance fut remarquable chez les deux sujets. L'ensemble des troubles observés traduit un dérèglement du système endocrinien.

Caverne cancéreuse du poumon révélée par l'injection de lipiodol. — MM. FLANDIN, PARAF, POUMEAU-DELILLE et AUZÉPY. La caverne invisible au centre du néoplasme fut mise en évidence par le lipiodol injecté par voie haute. Le lipiodol avait pénétré dans la caverne à la faveur d'une dilatation localisée de la bronche de drainage. Cette dilatation paraît due à l'hypertrophie bénigne, mais importante, des glandes bronchiques.

Tuberculoses mixtes. — M. MARFAN. Pour l'auteur, il est exceptionnel de rencontrer une tuberculose pulmonaire évolutive chez des sujets ayant eu une tuberculose externe avant 15 ans et ayant guéri. Ce fait est frappant chez les enfants ayant eu des écrouelles, celles-ci semblant conférer un degré plus grand de prémunition. Mais il faut que la guérison des écrouelles ait été complète.

Diagnostic du siège et de l'étendue des cavernes pulmonaires par la tomographie. — MM. E. BERNARD et MC DOUGALL. Les auteurs montrent l'intérêt de la tomographie (radiographie limitée à un plan) pour le diagnostic précis des cavernes pulmonaires. Les tomogrammes en série, c'est-à-dire pratiqués à des profondeurs différentes, permettent de situer exactement le siège d'une caverne et son volume dans le sens antéro-postérieur. Cette méthode sera d'un grand secours pour la chirurgie pulmonaire.

Gros ventre, aménorrhée et masque pigmentaire chez une jeune femme atteinte de kala-azar autochtone. — MM. D'ŒLNITZ, VIAN et BARBE. Femme de 23 ans, se croyant enceinte, fut examinée dans un service de médecine générale. Il s'agissait d'une leishmaniose viscérale que confirmèrent des épreuves biologiques. La meilleure des recherches demeure la ponction sternale ainsi que la photométrie de floculation du sérum par les sels d'antimoine. La malade guérit sous l'influence du traitement stibié.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 10 *mars.* — Jury : MM. Tanon, président ; Cathala, Joannon, Lelong. — M. FROLICHMAN. Trachome en Roumanie. — M. KRAUSZ. Le système endocrino-sympathique dans le mécanisme de la fièvre. — M. LIFSZYE. Les colonies d'assistance familiale d'aliénés en Pologne. — M. RIBEYRE. Considérations sur l'accouchement en clientèle rurale. Avantages de l'accouchement en maternité.

Jeudi 11 *mars.* — Jury : MM. Bezançon, président ; Gougerot, Laubry, Vallery-Radot. — M. GABER. La perforation de l'entérite ulcéreuse des tuberculeux. — M. WEISMAN. Contribution à l'étude du traitement des verrues plantaires. — M. LEMANT. Hyperthermie et système neuro-végétatif.

Vendredi 12 *mars.* — Jury : MM. Gosset, président ; Mathieu, Ombrédanne, Quénu. — M. GIBERT. Contribution à la technique de la gastrectomie dans les ulcus haut situés de la petite courbure. — M. LEMARCHAND. Un traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius par un appareillage permettant la mobilisation précoce. — M. BRÉHANT. La résection chirurgicale des nerfs splanchniques. Splanchnicectomie.

Vendredi 12 *mars.* (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Gosset, président ; Coquot, Letard. — M. TERRÉE. Application des épreuves d'aptitude au cheval cob normand.

Lundi 15 *mars.* — Jury : MM. Abrami, président ; Fiessinger, Bariéty, Troisier. — M. DE LAVEDAN DE CASAUBON. Contribution à l'étude de l'équilibre acido-basique dans l'eczéma, l'urticaire et l'œdème de Quincke. — M. DUGAS. La tuberculose ganglionnaire de l'adulte allergique. Contribution à l'étude du rôle du système lymphatique dans la surinfection tuberculeuse. — M. BROUET. Données nouvelles sur le pneumocoque et les infections pneumococciques. — M. ROSSEL. Etude sur les substances hypoglycémiantes d'origine végétale.

— Jury : MM. Baudouin, président ; Loeper, Coste, Lemaire. — M. DE PRAT. Etude critique du test préhypophysaire d'Aron. — M. GARNIER. Modifications de la chloré-

mie et de l'urémie en rapport avec l'alimentation chlorurée et azotée et diverses modifications humorales pathologiques. — Mlle LOEWE-LYON. Les gastrorragies des nourrissons. — M. MEUNIER. Contribution à l'étude des modifications humorales post-opératoires. — M. PERREAU. Les anémies des néphrites chroniques azotémiques. — M. TURLOTTE. Contribution à l'étude du cœur dans les cirrhoses alcooliques.

Mardi 16 *mars*. — Jury : MM. Cunéo, président ; Pierre Duval, Léon Binet, Olivier. — Mlle BELOT (Thérèse). Etude pathogénique et thérapeutique du symptôme de virilisme de la femme pubère. — M. KEMÉNY. Elargissement définitif du bassin après symphysotomie par greffes ostéopériostiques. — M. LACKMANN. Traitement des fractures dorsolombaires du rachis.

— Jury : MM. Guillain, président ; Harvier, Boulin, Cathala. — M. AUZEPY. Les tumeurs cérébrales aiguës. Etude anatomo-clinique. — M. LE MELLETIER. Les troubles de la glyco-régulation d'origine nerveuse. — M. DE FONT-RÉAULX. Le retentissement nerveux des phénomènes de choc.

— Jury : MM. Sergent, président ; Chiray, Mocquot, Moreau. — M. FRYDMAN. L'anesthésie paramitrale. — M. DEBRAY. Les formes atypiques de l'ulcère de l'estomac sous le contrôle de la gastroscopie. — M. BEAUNE. Contribution à l'étude des rapports de l'appendicite chronique et de la tuberculose pulmonaire. — M. GORSE. Artérites des membres inférieurs et folliculine.

— Jury : MM. Carnot, président ; Champy, Brulé, Lemaire. — M. MALLARMÉ. Etude du myélogramme normal et pathologique par ponction sternale. — M. RAMBERT. Le principe antipernicieux de l'estomac. Sa recherche dans le suc gastrique par le test du rat blanc. — Mlle PAULIN. Contribution à l'étude physiologique de certains esters de la testotérorie.

Mercredi 17 *mars*. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Gosset, Ombrédanne, Quénu. — M. EPSTEIN. Les monstres à la Maternité de Lariboisière pendant les dix dernières années. — M. FAVIER. Fonctionnement du service obstétrical de la Maternité Baudelocque.

— Jury : MM. Clerc, président ; Lemierre, Donzelot, Troisier. — M. BINECHVAR. Contribution à l'étude du traitement de l'anémie Biermer. — M. BLOCH. Les variations de la masse sanguine chez le sujet normal et dans les affections cardiovasculaires.

Jeudi 18 *mars*. — Jury : MM. Lemaitre, président ; Terrien, Halphen, Velter. — M. MASPÉTIOL. Les suppurations exocraniennes d'origine otitique. — M. BERTIGNON. Les mastoïdites latentes. Etude clinique et diagnostic. — Mlle VALROFF. Contribution à l'étude du syndrome de Heerfordt.

— Jury MM. Laignel-Lavastine, président ; Lereboullet, Marion, Moulonguet. — M. BROCHE. Contribution à l'étude clinique, anatomique et thérapeutique des hernies diaphragmatiques de l'estomac chez l'enfant. — M. ADVENIER. Contribution à l'étude du traitement de l'hypertrophie prostatique par la résection transurétrale selon le procédé de Stern et Mac-Carthy. — Mlle PERRAULT. Contribution à l'étude des paralysies diaphragmatiques chez le nouveau-né.

Aromathérapie (les huiles essentielles, hormone végétales), par R.-M. GATTEFOSSÉ, membre de la Société de pathologie comparée. Préface de M. le docteur FOVEAU DE COURMELLES, lauréat de l'Académie de médecine. 1 vol. de 188 pages. Girardot et Cie, éditeurs, 27, quai des Grands-Augustins, Paris.

INFORMATIONS

(Suite)

XVIe Salon des Médecins (14-21 mars). — Le vernissage du Salon des médecins aura lieu le 14 mars, à 14 h. 30 ; il sera présidé par M. le ministre de la Santé publique et M. le Président du Conseil municipal.

Cette manifestation groupe 500 œuvres de 160 médecins, pharmaciens, dentistes et vétérinaires, à la Galerie Bernheim Jeune, 83, faubourg Saint-Honoré.

L'exposition, organisée comme de coutume par notre confrère le docteur J.-B. Malet, restera ouverte tous les jours, de 10 à 12 et de 14 à 18 heures, jusqu'au 21 mars.

La Fédération intersyndicale des maisons de santé de France croit devoir attirer particulièrement l'attention des *médecins directeurs* ou *propriétaires de maisons de santé* privées sur les modalités d'application de la nouvelle loi sur le chiffre d'affaires ; de la loi sur la semaine de 40 heures ; de la loi de l'arbitrage obligatoire ; du nouveau règlement concernant le remboursement des frais d'hospitalisation aux assurés sociaux soignés en cliniques privées, et des divers décrets intéressant les cliniques selon leur spécialisation.

Tous les renseignements utiles, mis au point par le bureau et les conseils de la Fédération, leur sont communiqués au fur et à mesure et selon leur spécialité :

Maladies mentales.

Tuberculeux.

Chirurgie et obstétrique, par l'un des trois syndicats nationaux spécialisés affiliés à la Fédération.

Ceux qui ne les ont pas reçus sont donc priés, dans leur intérêt, d'adhérer, selon leur spécialité, à l'un des syndicats dont voici les adresses :

1° *Syndicat national des directeurs et médecins de maisons de santé privées pour maladies nerveuses et mentales :*

Secrétaire général : docteur Bussard, 8, avenue du 11-Novembre, Bellevue (S.-et-O.).

2° *Syndicat national des sanatoria privés et agréés :*

Secrétaire général : docteur Chatard, Cambo-les-Bains (Basses-Pyrénées).

3° *Syndicat national des maisons de santé de médecine, de chirurgie et d'obstétrique de France et des Colonies :*

Secrétaire général : docteur Desgranges, 18, rue du Belvédère, Boulogne-sur-Seine.

Amicale des médecins parisiens de Paris. — Le 64e dîner de l'Amicale eut lieu le 18 février, au restaurant de la Cigogne, sous la présidence du docteur Aubertin.

Par suite de la démission, pour raison de santé, du docteur Bongrand, — élu par acclamations secrétaire général honoraire au précédent dîner, — le docteur Thuillant indiqua les noms des nouveaux candidats.

Il fut raconté — comme de coutume — de bien amusantes histoires, et les Pays confirmèrent ainsi qu' « il n'est bon bec que de Paris ».

Etaient présents : les docteurs Aubertin, Baillière, Blondel, Capette, Chatellier, Denicker, Doin, Dufour, Fège, Fouineau, Gallet, Gérard (Léon), Girard (Lucien), Grollet, Guebel père, Jodin (R.), Jousset, Le Clerc, Le Normand, Mlle Lévy, Lutaud, Luys, Merville, Mock, Molina, Prost, Talheimer, Thuillant, Tixier, Trèves, Valentin, Veil (Prosper), Vitry.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, s'adresser au secrétaire général : docteur Thuillant, 43, rue de Rennes, Paris (6e).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 22. — MERCREDI 17 MARS 1937. 110e ANNÉE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgien des hôpitaux (admissibilité).* — Sont déclarés admissibles : MM. Baumann et Hepp, 77 points ; Sauvage, 74 ; Boudreaux, 73 ; Aboulker, 72 ; Padovani et Rudler, ex aequo, 68.

— *Internat* (concours spécial). Vendredi 12 mars 1937 (oral).

Pour Chardon-Lagache : *question sortie :* Formes cliniques du cancer de l'estomac. MM. Lemanissier, 14 ; Rometti, 16 ; Petit, 15 ; Mlle Fossier, 11 ; M. Desclaux, 15.

Pour l'asile d'Hendaye : *question sortie :* Rhumatisme articulaire aigu de l'enfant. Signes et complications. M. Jokel, 5.

Hôpitaux de Tunis. — Les concours de médecin et de chirurgien des hôpitaux de Tunis, précédemment annoncés (voir *Gaz. Hôp.*, N° 18, 1937, p. 282), auront lieu, à la Faculté de médecine de Paris, aux dates suivantes :

1° Le 4 mai 1937, pour les trois emplois de chirurgien ;

2° Le 5 mai 1937, pour l'emploi de médecin à l'hôpital civil français.

Les inscriptions seront reçues à la direction générale de l'intérieur (service de la santé publique) à Tunis jusqu'au samedi 3 avril 1937.

Faculté de médecine de Marseille. — Par décision du ministre des Colonies en date du 1er mars 1937, une subvention de 4.700 francs est accordée à la Faculté de médecine de Marseille, pour la création d'un cours d'anthropologie coloniale.

— Par décret en date du 10 mars 1937, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale, M. Rouslacroix, docteur en médecine, est nommé, à compter du 1er octobre 1937, professeur de bactériologie à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille.

Ecole de médecine de Grenoble. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble s'ouvrira le lundi 18 octobre 1937, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Ecole de médecine de Reims. — Un concours pour l'emploi de chef de travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims s'ouvrira le lundi 11 octobre 1937, au siège de ladite Ecole.

— Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie, histologie et physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims s'ouvrira le lundi 25 octobre 1937 devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy.

Les registres des inscriptions seront clos un mois avant l'ouverture de ces concours.

Guerre. — M. le médecin colonel Lannes-Dehore, adjoint au médecin général inspecteur directeur du Service de santé de la région de Paris, est nommé, par intérim, directeur des approvisionnements et des fabrications du Service de santé.

Sanatoriums publics. — M. le docteur Warnery, médecin adjoint des sanatoriums publics, en disponibilité, a été réintégré dans cette fonction, et affecté au sanatorium F. Mercier, à Tronget Allier).

M. le docteur Couve a été nommé médecin adjoint au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais).

Sanatorium de Montfaucon (Lot). — Un concours sur titres est ouvert en vue de la nomination d'un médecin-adjoint au Sanatorium de Montfaucon (Lot), établissement de la Fédération des Sociétés Postales de Mutualité.

Outre les avantages en nature habituels, le traitement de début, y compris les indemnités, est fixé à 30.000 francs.

Les candidats désireux de participer à ce concours doivent adresser, avant le 15 avril 1937, leur demande au Comité National de Défense contre la Tuberculose (66, boulevard Saint-Michel, à Paris 6e), accompagnée de leurs titres et références (copies certifiées conformes).

Ligue française contre le rhumatisme (Secrétariat : 2, rue Guynemer, Paris). — *Assemblée générale.* — L'Assemblée générale de la Ligue française contre le rhumatisme s'est tenue le mardi 23 février 1937.

Une réunion clinique a eu lieu le matin à l'hôpital Cochin, amphithéâtre de la clinique du professeur Marcel Labbé, ancien Président et fondateur de la Ligue.

Une séance administrative a eu lieu l'après-midi à 16 heures, à la Faculté de médecine.

Au cours de cette Assemblée, le professeur Laignel-Lavastine, Président de la Ligue française contre le rhumatisme, a fait l'éloge funèbre du regretté docteur Dausset, membre du Conseil de la Ligue.

L'Assemblée générale a été suivie d'une séance scientifique sur les manifestations rhumatismales de la colonne cervicale.

1er rapport : Les manifestations vertébrales. M. J. Forestier. Discussion : MM. Coste, Haguenau, Mathieu-Pierre Weil.

2e rapport : Les manifestations extra-vertébrales. MM. O. Crouzon et Gaucher. Discussion : MM. Coste, Joltrain, Lacapère, Lance, Roederer, Saidman, de Sèze, Terray, M.-P. Weil.

Deuxième Congrès de l'Enfant à la mer et à la montagne. — La persistance du mauvais temps dans presque toute l'Europe et la recrudescence des maladies aiguës qui en résulte, a amené les médecins de l'enfance à demander la remise du congrès à une date plus propice.

D'autre part, les médecins étrangers ayant adhéré au Congrès, témoignent le désir d'utiliser leur voyage en France pour visiter l'Exposition de Paris.

En conséquence, le Comité d'organisation et de réception a décidé, dans sa réunion du 12 mars, de reporter à la Pentecôte (16 mai), la session du Congrès, qui devait avoir lieu à Pâques. Le voyage, qui accompagnait le Congrès, est également reporté.

Un prochain communiqué fixera le nouveau programme, qui se déroulera sur le même parcours, de Hyères à Menton, avec les mêmes rapports, communications, visites et réceptions.

L'Institut de l'Ouïe. — L'Association française d'études et de recherches sur la Surdité, encore dénommée Institut de l'Ouïe, vient de tenir son assemblée générale constitutive et a élu comme suit son Comité directeur :

Président : M. Auguste Lumière ;

Vice-Présidents : docteurs Constantin, Martinaud, Molinéry et Tyrand ;

Secrétaire général : docteur Robert Morche ;

Membres : docteur G. de Parrel, Mme J. Davaine et MM. Jean Labrosse et Laplanche.

Cette nouvelle Association a pour but principal d'étudier et de vulgariser les causes de la surdité, ainsi que sa prophylaxie et ses divers traitements.

Le Secrétariat général de l'Association est à Nice, 143 *bis*, Promenade des Anglais. La cotisation est de 500 francs pour les membres fondateurs à vie, et de 50 francs pour les membres annuels.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LOI DU 7 FEVRIER 1937

tendant à compléter la loi du 15 juillet 1893 instituant l'assistance médicale gratuite obligatoire

(V. *Journ. off.* du 9 février 1937.)

Article premier. — L'article 3 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance gratuite obligatoire est complété comme il suit :

« La durée de l'hospitalisation ordonnée en vertu de ce certificat et ouvrant le droit au remboursement des frais de journée ne pourra excéder trois mois. Passé ce délai, si la maladie nécessite une prolongation de séjour dans l'établissement, cette prolongation ne pourrra être ordonnée pour une nouvelle période de trois mois que sur production d'un nouveau certificat médical indiquant expressément que la maladie de l'intéressé est curable et ne relève pas d'un autre mode d'assistance (lois du 14 juillet 1905 ou du 7 septembre 1919). Ce nouveau certificat devra être contresigné par le maire de la commune ou le préfet du département du domicile de secours. »

Art. 2. — L'article 21 de la loi du 15 juillet 1893 est complété ainsi qu'il suit :

« Le recours contre la collectivité du domicile de secours devra être exercé dans un délai maximum de deux mois à dater du jour de l'hospitalisation du malade. Passé ce délai, le recours ne sera plus recevable et les frais resteront à la charge du département d'hospitalisation. »

Art. 3. — La première phrase de l'article 21 de la loi du 15 juillet 1893 est complétée comme suit :

« Toutefois, s'il s'agit d'un accident survenu sur la voie publique, les frais sont remboursés par le département, même si le traitement n'a pas duré dix jours. »

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Vertiges fonctionnels et Vertiges lésionnels

(Suggestions anatomo-physiologiques et faits cliniques) (1)

Par M. Henri ABOULKER (d'Alger)

Le vertige est la traduction pathologique de l'état physiologique d'équilibration-orientation assuré par les *anastomoses des divers segments de chacune des deux voies vestibulaires*, et par la *synergie de ces deux systèmes symétriques* reliés entre eux anatomiquement ou physiologiquement.

L'armature anatomique de *cette fonction, complexe en apparence seulement*, est constituée :

1° *Dans la base du crâne par le vestibule soudé au limaçon* et par *l'anastomose des terminaisons* labyrinthiques d'équilibration orientation et d'audition.

2° *Dans la loge cérébelleuse : a)* par le *tronc de l'auditif* qui englobe vestibulaire et cochléaire, est accolé au *facial* et à l'*intermédiaire de Wrisberg* (IXe paire) et constitue avec le labyrinthe *le secteur périphérique ; b)* par les *noyaux vestibulaires du bulbe et du cervelet* constituant le *secteur central* avec :

3° *Au-dessus et au-dessous d'eux : 1° les faisceaux* ascendants : le *longitudinal postérieur relié aux noyaux oculo-moteurs* et celui du *centre inter-temporo-occipital ;* 2° le *faisceau* descendant *vestibulo-spinal.*

Les noyaux vestibulaires du bulbe sont réunis entre eux, à ceux du côté opposé, et à la plupart des autres noyaux bulbaires ; le noyau vestibulaire du cervelet est réuni aux noyaux vestibulaires du bulbe et aux autres noyaux cérébelleux. L'ensemble des deux systèmes vestibulaires ainsi solidarisés est pour ainsi dire *enveloppé par la plupart des principaux faisceaux sensitifs, sensoriels et moteurs de l'organisme* avec lesquels il est uni intimement, sinon au point de vue anatomique, au moins au point de vue fonctionnel.

L'équilibre du corps résulte de l'ensemble de ces synergies fonctionnelles harmonieusement coordonnées ; le *déséquilibre résulte de la rupture de ce contrat physiologique.*

Enfin les deux voies vestibulaires se séparent des voies cochléaires dans le bulbe, s'accolent à elles à partir de l'origine apparente de l'auditif, et s'étendent avec elles jusqu'aux labyrinthes correspondants qui obéissent aux Centres réalisant le Commandement Unique.

Recouvert et protégé par la tente du cervelet, le bloc parenchymateux ponto-bulbo-cérébelleux est baigné par les confluents antérieur, postérieur et latéral : en avant par le lac pré-ponto-bulbaire, en arrière par le lac principal rétro-bulbo-cérébelleux qui communiquent, cliniquement au moins, l'un avec l'autre par le lac latéral ponto-cérébelleux rétro-apexo-pétreux raccordant les deux précédents, l'ensemble pouvant être accessible par ponction sous-occipitale dans la partie postérieure ou grande citerne. La masse liquide suit le tronc du paquet vasculo-nerveux auditif jusqu'aux terminaisons, et constitue le liquide labyrinthique endo et péri-canaliculaire. De même que la masse liquide, le sac endo-lymphatique, les aqueducs du vestibule et du limaçon, les gaines des divers autres vaisseaux et nerfs situés derrière le rocher et dans la loge cérébelleuse, semblent participer largement au rôle d'organes d'accommodation et de protection, transmetteurs de vibrations, régulateurs des variations de pressions et des changements de position de la tête. Le *peloton vasculo-nerveux vestibulo-cochléaire* accompagné des filets glosso-pharyngés issus du facial et de l'intermédiaire *serait donc appendu*, au bout du cordon nerveux né de la masse encéphalique, *comme un battant de cloche dans l'espace.*

On peut être surpris de constater que la synergie anatomo-physiologique viscéro-arachnoïdienne si étroite paraisse interrompue au niveau des terminaisons labyrinthiques dans la base du crâne. Au niveau de ce plan osseux, si favorable aux transmissions d'ondes sensitives et sensorielles diverses et multiples, qui semble fait pour réagir aux moindres sollicitations, on peut légitimement se demander s'il n'y a pas, dans une certaine mesure, relation anatomique et partant fonctionnelle entre les deux labyrinthes, si éloignés et séparés qu'ils paraissent. On éprouve le besoin de rechercher si *la région centrale de la base est entre les deux labyrinthes une frontière qui sépare ou un pont qui unit.* Le bloc bipétro-apophyso-basilaire et occipital, plan de soutien des lacs et du pont, apparaît comme l'infrastructure d'un système de passage dont les masses rocheuses et l'apophyse basilaire seraient les piliers de soutènement étendus jusqu'à l'oreille externe.

Cette hypothèse, si elle s'avérait vraisemblable, compléterait l'explication de l'harmonie exquise qui se révèle dans tous les actes de la vie de relation entre le trois parties viscérale, liquidienne et ostéo-vasculo-nerveuse du système, et entre chacun des mêmes segments des deux côtés.

L'anatomie, la physiologie expérimentale, la pathologie vasculo-sensorielle de l'équilibration ont donné lieu à des travaux innombrables. Par contre les Traités classiques sont totalement muets sur l'innervation sensitive des blocs labyrinthiques. Elle semble bien cependant mériter d'être située dans son cadre basilaire, cranien, méningé et encéphalique.

L'étage antérieur de la base, frontal et naso-orbitaire, reçoit les branches de l'ophtalmique (V 1), nerf sensitif de l'œil, qui, dans le haut du nez, s'anastomosent à des filets du maxillaire supérieur (V 2) nerf des fosses nasales.

L'étage postéro-inférieur rétro-pétreux est situé derrière l'oreille supéro-postérieure ; il est rétro-sinusal et surtout *rétro-labyrinthique. Le labyrinthe regarde le bulbe et le cervelet dont il sort,* auquels il est pour

---

(1) L'idée fondamentale de ce travail est le diagnostic des syndromes fonctionnels et lésionnels. Nous l'avons indiquée déjà dans « Névrites de stade de tous les nerfs craniens, in *Annales de Laryngologie*, n° 3, mars 1936, p. 262 et in *Algérie Médicale* 1935, « Le mal d'oreille », p. 8 et 9. Nous l'avons développée dans « Vertige syndrome médico-chirurgical in *Revue d'Oto-neuro-ophtalmologie*, sept.-oct. 1936. — Il est impossible d'étudier le vertige sans rendre hommage à quelques-uns de ceux dont les travaux ont nourri notre activité : Pierre Bormier, Professeurs Achard, Lemaître, Halphen, Lévy-Valensi, André Thomas, MM. Ramadier, Caussé, Prof. Barré, à MM. Hautant, Baldenwick, Claoué, Moulonguet, Tarnaud et à ceux trop nombreux que nous nous excusons d'oublier. Le labeur considérable de M. Hautant est classique.

ainsi dire appendu au bout du cordon nerveux auditif. *La vie pathologique des labyrinthites, leptoméningites cérébelleuses circonscrites intra-pétreuses, quand elle déborde se déroule dans la loge cérébelleuse.*

Cet étage reçoit le nerf maxillaire inférieur, et par la tente du cervelet qui l'isole, le récurrent d'Arnold de l'ophtalmique (V 1) ; enfin il abrite la racine du trijumeau.

L'étage moyen en avant de la face antérieure du rocher, c'est-à-dire en avant de l'oreille supéro-antérieure, est la zone d'influence du plafond de l'oreille tympano-mastoïdienne supérieure (abcès et arachnoïdites temporo-sphénoïdaux). Cet étage est péri-temporo-sphénoïdal. Il est innervé par le nerf maxillaire supérieur (V 2) ; il donne passage dans sa partie interne par le trou grand rond au maxillaire supérieur (V 2), par le trou ovale au maxillaire inférieur (V 3) et plus en dedans à l'ophtalmique (V 1). En arrière de la pointe du rocher la racine sensitive du trijumeau, et en avant d'elle le Ganglion de Gasser, sont à cheval, comme l'apex pétreux, sur les étages postéro-inférieur et moyen.

Les 3 *branches du trijumeau, partout accompagnées du sympathique*, se distribuent *dans les parties correspondantes du crâne et de la dure-mère* qui lui est accolée. La branche antérieure (V 1) et la branche postérieure (V 3) se réunissent au sommet de la tête comme au niveau de la base. Cette intrication générale des 3 branches explique la projection au vertex, et surtout au front si troublante, de beaucoup de céphalées ; telles sont entre autres la douleur occipitale des sinusites frontales, la céphalée frontale des lésions postérieures.

La dure-mère cérébelleuse reçoit du trou déchiré postérieur un filet du pneumo-gastrique, nerf de la tachycardie et du vomissement.

En dedans du réseau d'innervation trigémino-sympathique cranio-durale les filets para-sympathiques pénètrent le long des gaines pie-mériennes des vaisseaux jusqu'au fond des circonvolutions, sinon dans l'intimité du parenchyme. La *douleur vague particulière aux encéphalites évoluant à l'état pur,* sans qu'on puisse invoquer de modifications surajoutées de l'hydrodynamique intra-cranienne, ne pourrait-elle s'expliquer justement par l'innervation sensitive des branches du nerf vague qui sont dans le para-sympathique ?

Le bloc labyrinthique, prolongement des centres nerveux, est adjacent à la cavité tympanique, prolongement basilaire des voies aériennes. Celle-ci est la cellule-mère d'un système aéré qui se répand toujours par l'aditus dans l'apophyse mastoïdienne et plus ou moins dans l'écaille et l'arcade zygomatique. Nous avons la photographie d'un malade opéré d'une otite bilatérale avec fistule orbitaire externe bilatérale.

Ce système aéré déborde en arrière la suture pétro-occipitale et a tendance à s'étaler dans la loge occipitale. Nous connaissons quelques cas d'otite avec paralysie de l'hypoglosse (trou condylien), mais surtout des otites très fréquentes avec paralysie du moteur oculaire du même côté. Elles s'expliquent aisément par l'*extension*, qui est loin d'être rare, *de la cavité tympanique à travers le labyrinthe et sur tout son pourtour, jusqu'à la pointe du rocher intimement suturée à l'apophyse basilaire*. Le *temporal, os auriculaire*, appartient donc en entier à l'oreille moyenne. C'est pourquoi nous avons proposé d'abandonner le terme d'otite, de le remplacer par ceux de *temporalite généralisée ou partielle* tympanale, tympano-mastoïdienne, tympano-mastoïdo-labyrinthique, pétreuse, qui nous élèvent au-dessus des préoccupations cavitaires superficielles.

Mais il existe aussi pas mal d'observations d'*otite avec paralysie du moteur oculaire externe du côté opposé* qui prouvent non seulement l'aération totale, déjà connue de l'os pétreux, mais aussi celle de sa soudure avec l'apophyse basilaire également aérée. L'ensemble réalise un système cellulaire continu qui, théoriquement, peut faire communiquer les deux cavités tympaniques. Il permet donc, plus généralement, d'envisager une *continuité anatomique des deux systèmes basilaires-auriculaires avec innervation générale trigémino-sympathique commune.*

Si l'innervation sensitive propre du labyrinthe n'est pas décrite, celle du conduit et de la cavité tympanique est notoirement et richement assurée, en dehors du trijumeau et du sympathique, par le filet auriculaire attribué au pneumogastrique (Xe), les filets de Jacobson du glosso-pharyngien (IXe), la corde du tympan (IXe), le facial dont les filets sensitifs viennent de la Xe ou de la IXe paire ou des deux à la fois.

Les filets de Jacobson (IXe) s'étalent sur la paroi labyrinthique de la caisse (et sur la face interne du tympan). Restent-ils dans la cavité tympanique ou accompagnent-ils les canaux aérés dans la totalité du rocher jusqu'à la pointe, traversant et entourant eux aussi le labyrinthe ? Cela paraît vraisemblable. Comme l'oreille moyenne enfin se prolongent-ils dans l'apophyse basilaire ?

Or, en groupant quelques notions anatomiques dispersées dans la description des différents nerfs on constate que *dans le labyrinthe le vestibulaire et le cochléaire s'anastomosent*, que *le facial envoie à l'auditif deux filets sensitifs*, c'est-à-dire des filets du IXe ou du Xe, ou des deux à la fois, et que *l'intermédiaire (IXe) traverse aussi le labyrinthe.* En somme, *dans les trois secteurs de l'oreille : externe, tympanale et labyrinthique, l'innervation est homogène. Elle est assurée par le Ve, les IXe et Xe, et par le sympathique, qui constituent le substratum nerveux général de l'oreille et englobent ses deux fonctions.*

Le vertige est donc un syndrome vasculo-nerveux vestibulo-cochléaire, poly-sensorio-sensitif, vago-sympathique.

Ainsi s'explique-t-on qu'en même temps que la sensation vertigineuse (VIII v) et le bourdonnement (VIII c) apparaissent la sensation nauséeuse et le vomissement (IXe et Xe), la pâleur, les sueurs (sympathique), le mal de tête fait d'un amalgame de cranialgie, méningalgie, corticalgie (V+sympathique+parasympathique), d'encéphalalgie (para-sympathique). Ainsi comprend-on la réaction d'apparence singulière de certains oto-scléreux qui, lorsqu'ils goûtent du jus de citron, dès l'arrivée dans la gorge de ce liquide sont pris

de violents vertiges (IXe). Le vertige olfactif est connu, le vertige visuel est banal, le vertige gustatif est certain. *Tous les appareils sensoriels servent de béquilles au labyrinthe comme d'ailleurs le système sensitivo moteur général.*

Il semble donc que les voies labyrinthiques déjà réunies entre elles dans leur plan bulbo-cérébelleux sont réunies également dans leur plan pétro-basilaire, ces deux pièces du système baignant dans une atmosphère sensitivo-liquidienne commune qui les solidarise étroitement.

Le substratum structural du système de l'équilibre et des syndromes de déséquilibre réalise ainsi un circuit intérieur anatomique, physiologique et pathologique enclavé dans le système sensitivo-sensorio-moteur général. Celui-ci s'appuie sur l'étui osseux cranio-vertébral doublé, lui aussi, d'une lame de liquide amortisseur et protecteur, régulateur et accommodateur, communiquant avec le liquide des lacs.

L'équilibre résulte en définitive de l'action coordonnée des divers morceaux de ces deux systèmes intégrés l'un dans l'autre.

Le vertige procède ou des troubles atteignant l'appareil intérieur labyrintho-bulbo-cérébello-protubérantiel : vestibulites pétreuses (labyrinthites), tronculaires, nucléaires, centrales, ou des troubles qui se localisent tout autour de lui : ces derniers sont les réflexo-vestibulalgies en provenance des centres extra-vestibulaires : de la loge postéro-inférieure, du bulbe, du mésocéphale, de l'écorce, de la moelle, de la base du crâne et des divers autres territoires vertiginogènes répartis dans tout l'organisme.

Le déséquilibre résulte du reste moins immédiatement d'un désordre unilatéral que de la différence fonctionnelle entre les deux côtés.

Lorsqu'un trouble quelconque apparaît, le commandement unique pariétal, ou peut-être bulbo-cérébelleux seulement, effectue la mobilisation, à la demande des lésions, de ses effectifs neuro-sympatho-vasculaires qui « compensent » le déficit ou l'excédent fonctionnel. Dès que ce stade est franchi se manifeste la partie restante, apparente, c'est-à-dire clinique, du processus pathologique. Au cours de l'évolution l'effort de compensation continue, et peut aboutir au redressement du désordre fonctionnel par lésions anatomiques même définitives, dont l'étendue est parfois considérable. Nous avons vu une destruction presque totale du cervelet par abcès, dont nous avons publié la photographie, sans symptôme de déséquilibre jusqu'à l'avant-veille du décès. Nous avons évacué au cours de pansements d'abcès rétropétreux des poches énormes d'arachnoïdite ponto-cérébelleuse qui inondaient pansement et oreiller, alors que n'existait aucun signe de déficit ou d'excitation cérébelleux. Il s'agit vraisemblablement de lésions, dont *la résignation incroyable des centres nerveux aux compressions très lentes*, permet au fur et à mesure la réparation physiologique.

***

Nous avons rappelé que les deux systèmes vestibulaires basilo-bulbo-cérébelleux, territoires automatiquement et primitivement *vertiginogènes*, étaient revêtus, comme d'un manteau, par les territoires sensitifs, sensoriels et moteurs dans lesquels nous adjoignons conduit auditif externe, caisse et mastoïde, œil, nez, cavum nasal, *territoires vertiginophiles*. En fait sont répandues dans tout l'organisme les multiples réactions composantes de l'équilibration, entre autres celles des sensibilités profondes articulaires et musculaires qui jouent un rôle très important. *Le vertige complet est par suite un déséquilibre généralisé*. Mais pratiquement quand il se produit il n'est possible de l'analyser qu'au niveau des segments du corps où il se manifeste avec le plus d'intensité (1). Il y a aussi de « petits vertiges » légers, se traduisant par de simples malaises nauséeux, menaces avortées de déséquilibre, qu'il faut reconnaître (2). En somme, il existe un *vertige primitif, lésionnel-vestibulaire endogène*, et un *vertige secondaire lésionnel-péri-vestibulaire, exogène par rapport aux voies vestibulaires.*

Le vertige primitif ou mieux peut-être primaire est dû soit à une lésion tissulaire profonde et prolongée (*vestibulite*), soit superficielle et passagère généralement congestive (névralgie ou *vestibulalgie*), soit à un choc réflexe né sur place.

Le vertige secondaire résulte soit d'une propagation par continuité tissulaire aux voies vestibulaires du processus anatomique causal extra-vestibulaire (vestibulite ou vestibulalgie), soit de la propagation fonctionnelle : *vestibulo-réflexalgie* de ce processus lésionnel.

Le vertige primitif endogène se rencontre :

1° Dans les tympano-labyrinthites septiques, cicatricielles ou adhésives, toutes inflammatoires ou post-inflammatoires, dans les tympano-labyrinthites par oto-scléroses ou oto-spongioses, affections de la puberté et du retour d'âge, localisations auriculaires d'un trouble hormonal.

2° Dans les abcès rétro-pétreux péri-auditifs extra-duraux juxta-ponto-cérébelleux-labyrinthiques.

3° Dans les lésions méningées intra-durales : abcès, arachnoïdites septiques ou aseptiques, hypertensives ou adhésives, localisées et étalées ou mixtes, dans les placards méningés spécifiques, dans ceux des méningo-encéphalites épidémiques, etc.

4° Dans les lésions diverses des voies et des noyaux vestibulaires bulbaires, cérébelleux et centraux, médullaires.

5° Dans les lésions des voies vestibulaires consécutives à des lésions péri-vestibulaires des centres nerveux : névrites descendantes ou ascendantes et dans les lésions consécutives aux diverses temporalités de la caisse, de la mastoïde, du rocher pénétrant le labyrinthe. Dans ces deux derniers cas le vertige ne devient endogène que secondairement ; il est le *résultat des lésions des segments anatomiques péri-vestibulai-*

(1) Un de nos confrères a du vertige quand sur un navire il sent l'odeur de la machine, avant le commencement du voyage, il a le même vertige avec vomissement dans l'ascenseur de la Tour Eiffel dont l'odeur est la même. Un autre confrère s'alite et vomit la veille de l'embarquement. Vertige psychique. (VIIIv et parasympathique).

(2) « Grands et petits ménieriques ». Ces petits signes du Ménière sont très précieux comme éléments de diagnostic précoce. Nous avons essayé de faire l'autopsie clinique du « Vertige syndrome médico-chirurgical » in *Revue d'oto-neuro-ophtalmologie*, n° 8, sept.-oct. 1936.

res immédiatement voisins des voies vestibulaires. Ces lésions plus ou moins destructives, lorsqu'elles ne sont pas descendantes ou pénétrantes, lorsqu'elles ne déterminent pas d'extension par continuité anatomique, *peuvent agir par propagation fonctionnelle, cas de beaucoup le plus fréquent contrairement à l'opinion générale.*

On observera *ce vertige fonctionnel réflexe aussi bien dans les otites, et les méningites et encéphalites lésions voisines, que dans les lésions éloignées : vertiges réflexes des maladies nerveuses et de l'oreille identiques à celui des maladies de l'œil et de l'orbite, des fosses nasales, du naso-pharynx, des sinus frontaux, ethmoïdaux, sphénoïdaux, à celui des maladies de l'abdomen, ou à celui des affections qui altèrent les voies sensitivo-motrices médullaires.*

Sans doute on se rend compte aisément que le vertige d'une destruction des noyaux vestibulaires bulbo-cérébelleux ou d'une destruction de l'auditif est forcément un vertige lésionnel (vestibulite ou vestibulalgie), que le vertige des gastropathies, de certaines entérites, des calculs de l'uretère, des lésions utéro-ovariennes, des lésions nasales ne peut être qu'une vestibulo-réflexalgie. Mais on a tendance à croire que les vertiges de l'hémorragie cérébrale, du ramollissement et généralement des affections centrales, ou par ailleurs ceux de l'otite suppurée, de la mastoïdite, ne sont et ne peuvent être que l'extériorisation et la prolongation lésionnelle de ces lésions, c'est-à-dire des vestibulites ou vestibulalgies. Or *ils sont beaucoup plus fréquemment des phénomènes réflexes sans gravité propre.* C'est que nous avons beaucoup de peine à admettre une projection sans gravité d'une affection dont l'importance ou la gravité propres sont évidentes. « On ne reconnaît pas assez qu'un grand nombre de vertiges des ramollissements et hémorragies cérébrales, de la paralysie générale, de la sclérose en plaque, sont des phénomènes névralgiques. » (1) Cette opinion, qu'exprimait déjà Lasègue au sujet des affections des centres nerveux, est confirmée par la *disparition que nous avons obtenue des névralgies faciales du tabès, des arachnoïdites par alcoolisation, et par celle de certains vertiges par alcoolisation de cicatrices mastoïdiennes.* Elle traduit exactement notre interprétation des *vertiges des suppurations* des cavités tympanique et mastoïdienne et de la capsule labyrinthique elle-même, qui représentent beaucoup *moins souvent une propagation lésionnelle vestibulaire qu'une réflexalgie.*

La preuve en est dans leur disparition immédiate, sans qu'on touche au labyrinthe, par incision du tympan, par ouverture mastoïdienne ou par l'évolution spontanée. Il est vrai qu'on peut dire qu'il s'agit alors de propagation lésionnelle légère, congestive, de vestibulalgie. Or voici un malade opéré d'otite suppurée chronique avec vertige et guéri depuis un an. Il est repris d'un déséquilibre qui apparaît deux ou trois fois l'an pendant plusieurs années, quand se forme dans l'antre cicatriciel une pellicule épidermique, et qui disparaît avec l'ablation. C'est bien un vertige réflexe.

Un bouchon de cérumen provoque le vertige ; on invoque la compression et une action mécanique directe sur les fenêtres labyrinthiques. Or, quand le bouchon se réduit à un léger enduit cérumineux le malaise reste extrême.

On irrigue le conduit et le tympan à l'eau froide ou à l'eau chaude pour provoquer le réflexe nystagmique, et l'on explique la réaction par la différence de température déterminée dans le vestibule. Comment peut-on admettre une propagation thermique instantanée à travers la membrane tympanique, la couche d'air de la caisse, la capsule ostéo-fibreuse du labyrinthe, les canaux osseux et membraneux ? Comment expliquer que le malaise se produit avec de l'eau à la température du corps injectée sans pression ? Toutes ces réactions sont certainement réflexes, de même que le vertige par instillation de liquide sur le tympan perforé ou intact parfois, de même que celui qui nous arrête soudain quand nous effleurons au porte-coton la paroi interne de la caisse.

Si ces excitations minimales sont génératrices de réflexes de déséquilibre, *à plus forte raison les excitations maximales des suppurations seront-elles capables de provoquer la même réaction fonctionnelle. Ces algies péri-lésionnelles sans discontinuité lésionnelle,* c'est-à-dire sans névrite, sans même continuité vasomotrice inflammatoire, c'est-à-dire sans névralgie, *ces réflexalgies sont la projection, à distance plus ou moins grande, sensitive, et douloureuse souvent, parfois sensorielle ou motrice d'une lésion profonde.* Douleur superficielle de l'appendicite, point de côté de la pneumonie, et douleur vestibulaire, c'est-à-dire vertiges réflexes des otites, sont des phénomènes identiques ; ils sont également supprimés par une anesthésie localisée pour plus ou moins longtemps quand celle-ci est réalisable (1).

Ainsi *sont parsemées,* tout le long du territoire temporal autour des cellules sensorielles : capsule labyrinthique et même canaux osseux, caisse, antre mastoïdien, membrane tympanique, conduit auditif externe, *des zones à vertige fonctionnel* d'une sensibilité exceptionnelle. Les choses ne se passeraient pas autrement si le système vestibulaire s'étalait de dedans en dehors en îlots sensoriels d'importance décroissante ou de différenciation moins profonde, qui seraient superposés à des îlots sensoriels cochléaires, et qui occuperaient le segment temporal et apophyso-basilaire de la base du crâne. Pour le moment, ce n'est là qu'une apparence créée par la richesse du réseau sensitif et son extrême susceptibilité.

Quoi qu'il en soit, les deux systèmes vestibulaires, ainsi répandus dans la totalité du dispositif biapexo-

(1) Un article « Vertige » du Prof. Achard dans le Traité de Médecine. Le terme névralgie est opposé ici à celui de névrites ; il est pris dans le sens de réflexalgie douloureuse, mais nous pensons qu'il doit être réservé aux névrites légères par opposition aux névrites vraies et aux réflexes.

(1) Dans notre travail sur « Vertige syndrome médico-chirurgical in *Revue d'oto-neuro-ophtalmologie*, sept.-oct. 1936, nous avons développé la question des phénomènes qui disparaissent ou apparaissent sous l'influence des chocs psychiques internes ou externes. De même que ceux qui disparaissent sous l'influence d'un anesthésique local *les signes pithiatiques sont des troubles fonctionnels traduisant une lésion sous-jacente* et capables d'aider à la trouver. Ce ne sont pas les « parasites » qui empêchent d'entendre, au contraire.

pétreux-occipital compléteraient par une innervation sensorielle généralisée l'innervation généralisée polysensitive vago-sympathique des deux labyrinthes. De cette façon semblerait *achevé et fermé le circuit intérieur central anatomo-physiologique de l'équilibre et du déséquilibre enclavé dans le grand circuit général périphérique*. Par cette hypothèse on remet facilement chaque vertige à sa place.

Si incomplètement justifiées que puissent apparaître ces suggestions anatomo-physiologiques inspirées toutes par nos observations cliniques, elles permettent d'envisager *une extension des terrains de départ d'où s'envolent les actions réflexes*, et elles expliquent leur observation quotidienne. Ces hypothèses ont comme conséquence capitale de nous montrer qu'en présence d'un vertige quelconque, réflexe long, court ou endo-labyrinthique, d'un vertige légèrement lésionnel névralgique, et *même d'un vertige franchement lésionnel névritique*, selon nous *ce n'est pas la réaction du nerf, quelle qu'elle soit, qui commande le pronostic et le traitement ; ce sont les caractères propres à la lésion causale et eux seulement.*

***

Classiquement, dans une otite septique vertigineuse le vertige commande la trépanation labyrinthique s'il y a vestibulite concomitante, c'est-à-dire propagation lésionnelle et persistante, caractérisée par une abolition ou une diminution prolongée des réflexes. Selon nous, il faut qu'il y ait aussi constatation d'une suppuration franchement pénétrante. Tous les autres vertiges sont justiciables, suivant le cas, de l'ouverture du tympan ou de la mastoïde, *mais seulement s'il y a rétention dans ces cavités. Mais dans ce cas, n'est-il pas vrai que l'indication est identique s'il n'y a pas de vertige ?*

Quelle que soit la lésion causale, il en est forcément de même des réactions des autres nerfs craniens qui ne commandent pas à priori une intervention chirurgicale. Telles sont la *névralgie faciale* (trijumeau et sympathique facial), la *céphalée* (1) qui est une cranialgie, une méningealgie ou une méningo-corticalgie, une encéphalalgie (par irradiation sur trijumeau, sympathique cranien para-sympathique), le strabisme et la diplopie (moteur oculaire externe), le nystagmus, réaction motrice des voies centrales vestibulo-oculaires déterminant ces secousses de la musculature externe qu'on pourrait appeler *nystagmus extérieur ;* les mydriases, exophtalmie, élargissement palpébral qui guérissent par simple paracentèse ; les myosis, énophalmie, rétrécissement palpébral réduisant d'un tiers le volume de l'œil dans les sinusites frontales et guérissant par des inhalations, tous symptômes dus à une inhibition ou une excitation de la musculature interne et du sympathique oculaire périphérique ou central (2) ; ces mydriases et myosis semblent les équivalents des nystagmus et

(1) Le rapport très important sur la « Céphalée en oto-neuro-ophtalmologie » au Congrès de 1929, par M. le Professeur Halphen, MM. Monbrun et Tournay n'envisage pas les céphalées d'origine auriculaire.

(2) Il n'existe pas de secousses continues de la musculature interne semblables à celles du nystagmus parce que les fibres lisses n'ont pas la même tendance aux contractions cloniques.

apparaissent comme des *nystagmus intérieurs ;* les phénomènes épileptiformes, apoplectiformes, aphasiques, les états anxieux, neurasthéniques par réaction du sympathique méningo-cortical et du para-sympathique interlobaire peuvent donc être également et sont souvent de simples réflexes.

La plupart de ces symptômes peuvent exister dans le syndrome vertigineux. On connaît les types encéphaliformes, épileptiformes, apoplectiformes du Vertige de Ménière par tympano-labyrinthite sèche aseptique.

Dans le segment céphalique bien d'autres phénomènes sont des réflexes caractérisés, d'origines diverses : le strabisme supérieur et externe avec ptosis des caries dentaires, sans lésions inflammatoires sinusale et oculaire interposées, homologues des énophtalmies intenses des sinusites, des mydriases des otites aiguës. Dans ces cas, à la vérité, on pourrait dire qu'à défaut de propagation lésionnelle il y a une propagation toxique. Mais on connaît aussi, d'autre part, les otalgies des lésions du larynx (Xe Sensitif), du pharynx (IXe Sensitif), de la région amygdalienne, de la base de la langue (IXe Sensitif), du plancher et de la langue, de la voûte palatine (nerfs maxillaires inférieur et supérieur) (V^2 V^3), des lésions dentaires et osseuses (maxillaires inférieur et supérieur) (V^3 et V^2). On connaît la toux de l'otoscopie et du bouchon de cérumen attribuée à une excitation du filet auriculaire du pneumogastrique, l'arrêt de la toux par traction de l'oreille, élongation qui rappelle le réflexe inspiratoire déclanché par le tiraillement du territoire glosso-pharyngé dans les tractions rythmées de la langue et qui nous semble due au glosso-pharyngien. Quoi qu'il en soit, dans ces divers cas il n'y a même pas de propagation toxique possible ; il s'agit de réflexes purs. Des otalgies ont été réveillées par l'excitation intra-cranienne du glosso-pharyngien faite au cours de trépanation sous anesthésie locale. Elles n'ont pas été réveillées par les tractions du facial, ont été reproduites par le tiraillement du glosso-pharyngien et ont guéri dans un cas par la section du IX, dans l'autre par celle du VII (1). Est-ce par la destruction des filets sensitifs glosso-pharyngés du VII ? Est-ce par l'opération commune aux deux cas : la trépanation décompressive, et *s'agissait-il tout simplement de ces types cliniques que nous avons décrits d'arachnoïdites avec névrites de stase de l'un quelconque des nerfs craniens ?* (2) Des otoscléreux, nous l'avons signalé, lorsqu'ils avalent du citron, ont des vertiges violents dès l'arrivée du liquide sur la base de la langue (IXe sensoriel et vestibulaire). La toux fait tituber et voir trouble (X ou IX-IIe et vestibulaire). Ainsi de nombreuses excitations réflexes atteignent donc l'oreille externe, moyenne et labyrinthique en provenance des territoires sensitifs des Xe, IXe et Ve paires), c'est-à-dire de toutes les parties de l'oreille, du cou cavitaire, et de la face. *Mais il ne s'agit pas de réflexes à sens unique. Il n'y a pas de sens interdit :* en effet, des lésions des trois segments de l'oreille et aussi des autres cavités péri-craniennes, nez, cavum, sinus, orbite, partent également des excitations réflexes qui se répercutent les unes sur les autres et s'élancent de la région malade vers le cou (plexus cervical), la face (trijumeau facial), le crâne, les méninges, l'encéphale (trijumeau-sympathique, parasympathique craniens). Eviter les erreurs d'interprétation est l'une de nos préoccupations principales.

En particulier en ce qui concerne les réactions du système nerveux central il s'agit bien d'une affection encéphalique mais de nature encéphaliforme et non encéphalitique.

Si l'on pouvait conserver à la terminologie qui suit le sens strict de « choc cliniquement alésionnel », on pourrait dire qu'il s'agit d'encéphalisme.

(1) F.-L. Reichert. in *The Journal of the american Association* f. c. N° 22, 3 juin 1922 et in *Presse médicale*, n° 89, 8 nov. 1933.

(2) Névrites de stase de tous les nerfs craniens, in article « Temporalites », Revue des Prof. Moure et Portman, 9 nov. 1935 et in *Annales d'oto-r.-l.*, 8 mars 1936, Henri Aboulker.

VARIÉTÉS

Chateaubriand, Mme Récamier et les Mémoires d'Outre-Tombe (1)

Tous les lettrés savent le rôle qu'ont joué les femmes dans la vie de Chateaubriand. Mais combien se doutent de l'influence qu'elles ont exercée sur son œuvre ? Et pourtant, sans la « criminelle passion » de Lucile pour son frère, aurions-nous eu *René ?* Sans les deux Floridiennes, la triste et la fière, aurait-il su décrire avant tant de poésie dans le *Voyage en Amérique*, ces nuits du Nouveau-Monde « où l'on dirait que des silences succèdent à des silences », dans *Atala*, ces veillées funèbres auxquelles la lune ne manque jamais de prêter son pâle flambeau, se levant « comme une blanche vestale qui vient pleurer sur le cercueil d'une compagne » ? S'il n'avait pas suivi en Italie l'infortunée Pauline de Beaumont, aurait-il été saisi d'une telle mélancolie en contemplant ces ruines qui jonchent la campagne romaine et qui semblent, ainsi qu'il l'explique dans sa *Lettre à M. de Fontanes*, « être les plantes indigènes d'une terre composée de la poussière des morts et des débris des empires » ? Si, dans les *Aventures du dernier Abencérage*, il trouve à l'Alhambra « quelque chose de voluptueux », s'il évoque avec ravissement cette plaine de Grenade « où un ciel enchanté, un air pur et délicieux portent dans l'âme une langueur secrète », n'est-ce point parce qu'il y avait erré avec Nathalie de Noailles ? Quand, dans les *Martyrs*, parlant de Velléda, il loue « la blancheur de ses bras et de son teint, ses yeux bleus, ses lèvres de rose, ses longs cheveux blonds qui flottaient épars », n'est-ce pas Mme de Custine qui a involontairement posé pour le portrait, la « reine des roses », qu'il ne comparait à personne et à laquelle il ne préférait personne ?

De toutes ces inspiratrices, celle qui a été la plus chère à son cœur, celle à qui ce grand infidèle a essayé — sans y parvenir — de rester fidèle, c'est assurément Madame Récamier. Leur liaison n'a-t-elle pas duré près d'un demi-siècle ? Avant d'être les amis qui passaient ensemble toutes leurs après-midi dans la calme retraite de l'Abbaye-aux-Bois, n'avaient-ils pas connu des heures d'enivrement ? Comme elle lui était douce, la souvenance de certain dîner en date du 28 mai 1817 ! Placés côte à côte, ils avaient échangé « quelques mots sur la maladie de leur amie commune ». C'est alors qu'avait jailli l'étincelle. « Je craindrais, déclare-t-il en 1830, de profaner aujourd'hui par la « bouche de mes années, un sentiment qui conserve dans « ma mémoire toute sa jeunesse, et dont le charme « s'accroît à mesure que ma vie se retire. J'écarte « mes vieux jours pour découvrir derrière ces jours

(1) *Chateaubriand, Madame Récamier et les Mémoires d'Outre-Tombe*, par M. Maurice Levaillant, 1 vol. gr. in-8 raisin. — Delagrave, éditeur.

« des apparitions célestes, pour entendre du bas de « l'abîme les harmonies d'une région plus heureuse. » En 1832, il roucoule à son oreille : « Je veux encore voir longtemps le soleil, si c'est avec vous « que je dois achever ma vie. Je veux que mes jours expi« rent à vos pieds comme ces vagues doucement agitées « dont vous aimez le murmure. » Dans ses moindres billets, il la berce de sa « chanson d'amour à demi soupirée ». Comment l'idée ne lui serait-elle pas venue d'immortaliser leur longue idylle ? Dès 1832, lors de son séjour à Coppet, ne se proposait-il pas « d'essayer, à la clarté de *son* soleil couchant, de dessiner un ange sur le ciel pur de ces montagnes » ? Il tenait donc à graver les traits de Juliette sur ce mausolée que, depuis longtemps, il voulait s'élever à luimême et qui lui permettrait d'en appeler du jugement de ses contemporains à celui de la postérité. On les y verrait tous les deux : lui, au premier rang, ainsi qu'il convient, debout dans la tourmente, les cheveux fouettés par le vent, le regard fouillant l'horizon, au delà des cimes, pour y apercevoir la victoire : le génie ne peut-il, lui aussi, compter sur ces soirs où « un crépuscule succède à un crépuscule » et où « la magie du couchant se prolonge » ? Elle y serait représentée en cariatide supportant la gloire. Chacun pourrait admirer son profil pur et ses épaules de déesse. Chacun lirait dans ses yeux ce qu'en 1829, elle écrivait à Chateaubriand : « Vous aimer moins ? Vous ne le croyez pas. Il ne dépend plus de moi, ni de vous, ni de personne, de m'empêcher de vous aimer ; mon amour, ma vie, mon cœur, tout est à vous ! »

Ainsi sont nés les *Mémoires d'Outre-Tombe*, « ramenteurs de ses jours passés », dont il avait eu l'idée en 1809 à Rome, et auxquels il a travaillé jusqu'au dernier moment. Dans quelles conditions a-t-il été amené à s'y peindre sous ses principaux aspects : soldat et voyageur de 1785 à 1800, littérateur de 1800 à 1814, et ensuite homme politique ? Pourquoi, après avoir eu simplement l'intention d'écrire les *Mémoires de ma vie*, a-t-il dû les agrandir à sa taille, et, surtout, les remanier sans fin par scrupule d'artiste ou sous l'affectueuse pression de son entourage, hanté par la crainte d'un scandale ? Comment, une fois qu'il fut « des« cendu hardiment dans l'éternité », un crucifix dans une main et, dans l'autre, un contrat en bonne et due forme avec M. Delloye, éditeur, les tentatives de chantage auxquelles se livra une fille de lettres, non contente de la pension à elle versée par le Ministère de l'Instruction publique pour services rendus au Ministre de l'Instruction publique..., et aussi, la prétention émise par Emile de Girardin de substituer à la répartition en livres le découpage en feuilletons, plus approprié aux lecteurs de la *Presse*, ont-elles empêché l'ouvrage d'être publié tel qu'il avait été écrit ? Autant de questions que résout, avec son joli talent, M. Maurice Levaillant. Nul de mieux qualifié pour cette tâche ! Depuis plus de vingt-cinq ans, il a « commencé « de lier avec le chef-d'œuvre posthume de Chateaubriand « l'une de ces amitiés de l'esprit et du songe qui, pareilles « aux sentiments profonds, s'accroissent dans le silence et « sortent fortifiées de toutes les vicissitudes ». Il a déjà donné, grâce à la libéralité de M. Edouard Champion, une édition critique de *Deux livres des Mémoires d'Outre-Tombe*. Il excelle à rendre l'érudition aimable et à la cacher sous les fleurs. Comment, dans la *Gazette des Hôpitaux*, ne pas rendre compte de cette monographie si riche en documents inédits, si vivante et d'une lecture si aisée ? Notre auteur n'est-il pas un grand docteur ès romantisme ? Le cas de Juliette ne pose-t-il pas une énigme physiologique délicate, sur laquelle se sont penchés avec discrétion maints historiens de la médecine ? Son petit-neveu n'est-il point un de nos plus brillants chirurgiens ? N'est-ce pas un confrère qui habite le « Val de Loup » et qui a fondé le *Bulletin de la Société de Chateaubriand* ?

L. BABONNEIX.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE (1)

III. Formes à troubles digestifs atypiques

La fièvre typhoïde est une septicémie à localisation intestinale habituelle sur la partie terminale de l'iléon, mais les lésions peuvent déborder cette région et donner lieu à des formes atypiques.

I. *L'appendicite typhique* peut se présenter cliniquement comme une appendicite banale, mais après intervention, l'évolution de l'affection se poursuit. Chez un sujet dans le tuphos, le diagnostic essentiel à porter sera celui de perforation intestinale, et il serait illusoire de vouloir en préciser le siège cliniquement.

II. Le *Colotyphus* est caractérisé par l'existence d'un syndrome dysentérique avec douleurs coliques, selles nombreuses, ténesme.

III. *La forme cholériforme* est caractérisée par la survenue en cours de maladie d'un syndrome d'algidité, avec hypothermie, vomissements incessants, selles involontaires.

IV. Nous ne pouvons nous étendre ici sur les formes à *complication intestinale*.

a) *L'hémorragie* survient dans 5 à 6 p. 100 des cas, favorisée par les écarts de régime, les erreurs thérapeutiques.

Elle peut être :

— Précoce et transitoire ;

— Tardive, au troisième septenaire, et beaucoup plus sérieuse.

Elle est : rarement *foudroyante*, mortelle avant toute extériorisation du sang ;

— Plus souvent d'*abondance moyenne*, caractérisée par des signes d'hémorragie interne : lipothymies, pâleur, rapidité du pouls, chute thermique, refroidissement des extrémités.

Mais ces signes peuvent être estompés, masqués par le tuphos, et l'hémorragie peut n'être reconnue qu'à l'extériorisation du sang.

— Quelquefois *minime*. Mais il faut toujours craindre la répétition de l'accident, la survenue ultérieure d'une perforation.

b) La *perforation* est une des complications les plus graves de la fièvre typhoïde.

Relevant du même processus que l'hémorragie, elle relève des mêmes causes favorisantes.

On devra la craindre surtout lorsque les troubles intestinaux sont très marqués : diarrhée profuse, météorisme intense, douleurs vives.

Au cours d'une fièvre typhoïde sans tuphos, elle prend l'aspect d'une perforation intestinale banale, dont le meilleur signe est la *contracture*.

Le plus souvent cependant elle survient au cours d'une fièvre typhoïde grave déjà par l'intensité des phénomènes généraux qui l'accompagnent, en particulier du tuphos, et le diagnostic est des plus difficiles.

Il faudra rechercher :

1° *Les signes fonctionnels* de la péritonite, douleur, vomissements, nausées, dysurie ;

2° *Les signes généraux :* chute de la température, modification du pouls, altération du facies.

Mais il ne faut pas se baser sur l'absence de ces signes, car leur dissimulation est de règle.

Il faut rechercher :

— Une légère diminution de la mobilité respiratoire du ventre ;

(1) (Fin.) Voir *Gaz. Hôp.*, n° 18 du 3 mars ; n° 20 du 10 mars 1937.

— Une légère contracture ;

— Une disparition partielle de la matité hépatique

Il faut surtout suivre le malade, le revoir de quart d'heure en quart d'heure, apprécier les moindres transformations du tableau clinique, ne pas hésiter à intervenir si les moindres signes ont tendance à se préciser, ne pas attendre surtout un tableau manifeste qui n'apparaîtra pas, car seule une intervention très précoce peut sauver le malade.

V. Il existe enfin des formes à complications hépatiques et vésiculaires de la fièvre typhoïde, et on a même décrit une *forme hépatique* caractérisée par l'accentuation manifeste de tous les signes d'insuffisance hépatique habituels dans l'affection, abaissement brusque de la température, vomissements bilieux, diarrhée verte, érythèmes, purpura et mort habituelle.

— L'ictère est rare au cours de la fièvre typhoïde ; classiquement dû à une angiocholite, on sait aujourd'hui le rôle prépondérant que joue l'hépatite dans cette complication.

— Les abcès du foie sont exceptionnels, mais très graves, multiples, habituellement perdus au milieu du tableau d'une dothiénentérie grave.

— Par contre la cholécystite est fréquente.

Il peut s'agir d'une cholécystite catarrhale caractérisée par des douleurs dans l'hypocondre droit et de la sensibilité vésiculaire.

C'est le cas le plus fréquent.

Mais il peut exister aussi des cholécystites aiguës avec tuméfaction sous-hépatique et évolution vers la suppuration.

La glace placée sur la région vésiculaire n'empêche pas toujours l'évolution vers un plastron de péricholécystite ou même vers l'ouverture.

Enfin rappelons que la fièvre typhoïde a été incriminée comme cause de lithiase et de cholécystite chronique non lithiasique.

IV. Formes à complications extra-digestives

a) *Respiratoires :*

Laryngo-typhus, exceptionnel, déterminant des accès de suffocation ;

Congestion pulmonaire ;

Pneumonie ;

Pleurésie :

b) *Cardio-vasculaires :*

La *myocardite* détermine d'abord un assourdissement des bruits du cœur, une baisse de la T. A.

Plus tard on peut observer des troubles du rythme, des souffles d'insuffisance fonctionnelle, des signes de dilatation cardiaque et d'asystolie : dyspnée, cyanose, oligurie, hépatomégalie douloureuse, congestion des bases.

Le *collapsus cardiaque* brutal est toujours à craindre ; il est caractérisé par : une chute thermique ;

— Le pincement de la T. A.;

— L'altération du facies qui devient livide ;

— Le refroidissement des extrémités, et souvent la mort survient malgré toute thérapeutique cardiaque et adrénalinique.

L'artérite frappe surtout le membre inférieur droit.

Elle est exceptionnellement purement pariétale.

Presque toujours elle est oblitérante.

Subitement survient une douleur brutale.

Le membre devient froid, marbré.

Les oscillations sont abolies.

L'évolution se fait vers la gangrène, et l'amputation devient nécessaire pour sauver le malade.

La phlébite frappe presque toujours le membre inférieur gauche ; elle est quelquefois double.

Il peut s'agir :

De la *forme commune :* peu ambolisante, très ankylosante ; grave encore par ses séquelles douloureuses, variqueuses et œdémateuses ;

De la *forme pseudo pyohémique*, avec T. à 40°, sueurs profuses.

c) *rénales et vésicales.*

V. Formes suivant le terrain

Chez le nourrisson :

La fièvre typhoïde est rare, anormale ; elle simule un embarras gastrique ; elle s'accompagne souvent de signes méningés. Les examens de laboratoire sont indispensables pour le diagonstic.

Chez l'enfant :

La fièvre typhoïde est habituellement bénigne ; elle a souvent un début brusque, le tuphos manque, la rate est très grosse ; il existe souvent de la constipation.

L'évolution est courte.

La maladie entraîne souvent une poussée de croissance remarquable.

Les débuts atypiques peuvent faire discuter : une appendicite, une pneumonie, une méningite, une ostéomyélite.

Chez le vieillard :

La fièvre typhoïde est rare, elle évolue à bas bruit, mais la sécheresse de la langue, l'asthénie intense, la défaillance du pouls témoignent de l'extrême gravité de l'affection.

Chez la femme enceinte, l'avortement est de règle.

Enfin chez l'*alcoolique*, les complications cardiaques, pulmonaires, hépatiques sont particulièrement fréquentes.

VI. Formes associées

Pendant la guerre surtout, on a vu des associations :

A la *dysenterie*,

Au *paludisme*,

Chez un *tuberculeux*, la fièvre typhoïde aggrave les lésions pulmonaires, en déterminant un état d'anergie transitoire.

CONCLUSION

Nous voyons donc les multiples aspects que peut revêtir la fièvre typhoïde, la difficulté du diagnostic au début, dans des formes frustes ou atypiques, d'où l'importance de l'aide que le laboratoire vient aujourd'hui apporter au clinicien.

L'*hémoculture* pratiquée avant le dixième jour, au moment de l'accès thermique journalier, sur bouillon peptoné, donnera rapidement une culture d'un trouble uniforme avec des ondes moirées à l'agitation du ballon.

A l'examen microscopique, on constate l'existence d'un bâtonnet très mobile, Gram négatif.

Sa nature (Bacille d'Eberth, Para A, Para B) sera reconnue :

1° Par des repiquages sur gélose au rouge neutre, gélose au plomb, gélose lactosée tournesolée.

La gélose lactosée tournesolée reste bleue.

La gélose au rouge neutre est virée par l'Eberth.

La gélose au plomb noircit, sauf s'il s'agit de Para A.

2° Par agglutination.

Le *séro-diagnostic* pratiqué après le 15e jour est positif.

— La nature du germe est donnée par l'agglutination au taux maximum.

— Toutefois, il faut demander des taux élevés d'agglutination chez les anciens vaccinés.

Ces méthodes, on le conçoit, ont considérablement facilité le diagnostic d'une affection dont les formes cliniques sont aussi nombreuses.

JEAN FERROIR.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 23. — SAMEDI 20 MARS 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — INTERNAT (concours spécial). — Epreuve orale du mardi 16 mars pour les établissements de BRÉVANNES et GARCHES. — MM. Durnerin, 12 ; Dennewald, 15 ; Danset, 14 ; Lemanissier, 17 ; Jouin, 12 ; Hertzog, 18 ; Dupuis, 12 ; Attali, 16 ; Anquetil, 16 ; Mlle Heulot, 19 ; M. Florès, 13 ; Mlle Lécuyer, 17 ; M. Martinet, 13 ; Mlle Meunier, 16 ; MM. Genthon, 15 ; Durier, 7 ; Desclaux, 16 ; Mlle Fossier, 16.

Question sortie : Pneumothorax spontané : signes et diagnostic.

Classement des candidats. — Pour CHARDON-LAGACHE : MM. Rometti, 38 ; Desclaux, 35 ; Petit, 34 ; Lemanissier, 32 ; Fossier, 30.

Pour l'Asile d'HENDAYE : M. Jokel, 14.

Pour BRÉVANNES-GARCHES : Mlle Heulot, 47 ; M. Hertzog, 45 ; Mlle Meunier, 41 ; MM. Martinet, 41 ; Attali, 39 ; Dennewald, 36 ; Florès, 36 ; Desclaux, 36 ; Lemanissier, 35 ; Genthon, 35 ; Anquetil, 35 ; Mlle Fossier, 35 ; M. Danset, 31 ; Mlle Lécuyer, 31 ; MM. Durnerien, 30 ; Dupuis, 29 ; Jouin, 24 ; Durier, 22.

Le choix des places aura lieu au Service de santé de l'administration, 3, avenue Victoria, de mercredi 7 avril, à 16 h.

Hôpitaux de Lyon. — Un concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux s'ouvrira le 28 juin 1937.

Hôpitaux de Saint-Etienne. — Un concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux de Saint-Etienne s'ouvrira le 7 juin à l'hôpital Herriot, à Lyon.

Faculté de médecine de Paris. — Les conférences de bactériologie de M. le docteur GASTINEL, agrégé, qui avaient lieu les lundis, mercredis et vendredis, à 18 heures, à l'amphithéâtre Vulpian, se continueront, *à partir du 6 avril*, les mardis, jeudis et samedis, à 17 heures, au même amphithéâtre.

— M. le docteur RICHET, agrégé, obligé de s'absenter pour un congrès éloigné, reprendra ses leçons les lundis, mercredis et vendredis, à 18 heures, au grand amphithéâtre, à partir du lundi 12 avril.

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. — *Chevalier :* docteur Marcel Bouvier, à Toulouse.

Ministère de la Santé publique. — M. le docteur Lefèvre a été nommé médecin adjoint au sanatorium du département de la Savoie, à Hauteville (Ain).

— Le poste de médecin de la Santé du port de Saint-Nazaire est déclaré vacant. *J. off.*, 13 mars 1937, p. 3072.)

Syndicat national des médecins-conseils et contrôleurs des caisses d'assurances sociales. — Les confrères désireux de se consacrer au contrôle en matière d'assurances sociales (remplacements ou fonctions définitives) sont priés de s'adresser au secrétaire général du Syndicat national des médecins-conseils et contrôleurs, 11, boulevard Vauban, à Lille.

XXVe Congrès français de médecine. — Le XXVe congrès français de médecine se tiendra à Marseille, du 26 au 28 septembre 1938.

Le bureau est constitué de la façon suivante :

Président : prof. Olmer. — Vice-présidents : médecin gé-

néral Pezet, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales ; prof. Audibert, prof. Mattei. — Secrétaire général : prof. Roger ; secrétaire général adjoint : prof. agrégé Poinso. — Trésorier : prof. Cornil. — Trésorier adjoint : prof. agrégé Poursines.

Les rapports suivants ont été mis à l'ordre du jour :

1° Les spirochétoses ictérigènes ;

2° Les hypochlorémies ;

3° La thérapeutique actuelle des avitaminoses de l'adulte.

Douzième Croisière médicale française. — C'est au long des côtes de Norvège, vers le Spitzberg et la banquise, que le *Cuba*, confortable paquebot de la Compagnie Générale Transatlantique, effectuera la croisière d'été de 1937.

Partant du Havre le 1er août, le *Cuba* fera escale à Trondheim et Hammerfest avant de doubler le Cap Nord. Puis, par l'île aux Ours, il gagnera le Spitzberg où il visitera successivement Green Harbour, Kings Bay, Cross Bay et Magdalena Bay.

Poussant encore plus au Nord, le *Cuba* atteindra les glaces de la banquise et, mettant alors le cap au Sud, redescendra vers la Norvège, où il touchera Digermullen, Oie et Mérok aux fjords célèbres et enfin Bergen avant de regagner Le Havre où il sera de retour le 17 août.

En 17 jours, les passagers de la 12e Croisière Médicale Française pourront donc admirer les sites les plus pittoresques de Norvège, visiter les solitudes montagneuses du Spitzberg et contempler la chaotique barrière de glaces qui défend la calotte polaire.

Placée sous le signe du soleil de minuit, cette croisière nordique complète dignement le cycle des merveilleux voyages, à la fois instructifs et reposants, organisés chaque année par le Comité des C. M. F. avec l'aimable collaboration de la Compagnie Générale Transatlantique.

Des bourses de voyages seront distribuées comme pour les croisières précédentes.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat des Croisières médicales françaises, 9, rue Soufflot (5e). Odéon 20-63.

Bibliographie. — PALLAS. — Le neuvième numéro de Pallas, la splendide revue illustrée publiée pour les médecins par le docteur Crinon, vient de paraître.

Au sommaire : Dans le Sahara avec le père de Foucauld et le général Laperrine, par le médecin major Hérisson ; des impressions d'Espagne, par M. Tixier-Vignancourt ; les médecins tels qu'on nous les montre à l'écran, par Christian de Caters ; épilogues par J. Crinon, des contes, des reportages, des enquêtes contribuent à donner à ce numéro de la vie et de l'attrait.

Est-il besoin de dire que les remarquables reproductions en couleurs, d'innombrables photographies d'art, des croquis, etc., conservent à Pallas le cachet d'élégance que Crinon a su donner et conserver à sa belle publication ?

— *Pallas*, 111, *boulevard Magenta, Paris. Le numéro : 12 francs.*

COURS ET CONFÉRENCES

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. — M. le docteur Maurice ROBINEAU, directeur des travaux scientifiques. — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence), en onze leçons, par MM. les docteurs P. ABOULKER et J.-C. RUDLER, prosecteurs, commencera le lundi 5 avril 1937, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 francs. — Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Nécrologie. — Le docteur Edouard Dubos (à Paris), victime du devoir professionnel.

— Le docteur Guérin de Montgareuil-Valmale, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Marseille.

— Le docteur Albert Le Play, ancien sénateur, membre de l'Académie d'agriculture, décédé à Paris, à l'âge de 95 ans.

— Le médecin général Roussel, du cadre de réserve, à Laghouat (Algérie).

— Le docteur A. David-Chaussé (de Bordeaux).

— Le docteur M. Levrault (de Persac, Vienne), victime du devoir professionnel).

— Le docteur Jean Grenet (de Jarnac, Champagne).

— Le docteur Gaston Michel, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy, associé national de l'Académie de chirurgie, ancien président du Congrès français de chirurgie.

CHRONIQUE

LE XVIIe SALON DES MÉDECINS (14-21 MARS)

Le XVIIe Salon des Médecins est ouvert jusqu'à dimanche soir, à la Galerie Bernheim jeune, 83, faubourg Saint-Honoré : l'aimable secrétaire-organisateur, le docteur P.-B. Malet, a brillamment mené à bien sa lourde tâche. Les œuvres exposées, plus nombreuses que par le passé, sont pour la plus grande part pleines d'intérêt.

Nous avons admiré les excellentes fleurs d'Emile Barbié, les vigoureux portraits au fusain de Bilis, un portrait par P. Binet du Jassoneix, les photos de Bonnet, les paysages d'André Corteel, les panneaux décoratifs de Madeleine Dehelly, la très lumineuse façade de l'église de Saint-Mandicer par M. T. Delafont, un coin de Rouen par A. Dimanche, les excellentes natures mortes de Marie Fournier, les envois si variés de Fraikin et de Frogier ; de Mme Genet, sept toiles, toutes pleines de charme et d'atmosphère, en particulier sa « Fin du jour en Savoie » ; de M. Félix Gentil, un coq combattant fort bien traité ; de Godard une éblouissante « fabrique de chaux » ; de Gurlie des paysages et une excellente nature morte ; de Jean Hallé, trois remarquables vues du Pont-Neuf ; de Madeleine Hallé, des paysages ensoleillés ; une nature morte de Marie Heuyer, une autre d'un puissant relief par J. Kypriotis, un beau buste de marbre, par D. Ledoux-Lebard-Moreau ; les charmantes reliures de P. Brunot, S. Le Filliâtre, Z. Mouton et G. Senlecq, les très vivants portraits qu'expose J. Malet, et celui de son fils, P. B. Malet, par lui-même, les foules grouillantes saisies par L. Marceron, tous les envois de G. Masson, les fraîches fleurs de G. Mathieu, les austères paysages à l'aquarelle d'H. Rendu, et ceux, solides et décoratifs, d'A. Saintot, de R. Salvaing d'A. H. Soret, de Zicca et de Zouiten. Il faut voir aussi les délicates miniatures de M. T. Tetard-Vabois et ne pas manquer enfin les admirables médailles de Dehérain et de Villandre, de ce dernier, la Salutation angélique est pleine d'inspiration.

R. L. S.

REVUE GENERALE

INSULINATE DE PROTAMINE ET DIABÈTE (1)

Par M. MAX VAUTHEY,
Lauréat de l'Académie de Médecine,
Médecin consultant à Vichy.

Une des principales difficultés pratiques de la thérapeutique endocrinienne substitutive réside dans le remplacement d'une sécrétion physiologique continue par un apport extérieur à caractère essentiellement intermittent.

Dans cet apport intermittent, l'emploi de doses ou trop fortes ou trop faibles est susceptible de déterminer des effets perturbateurs indésirables ; c'est ce qui se passe en particulier avec l'insuline, et ce point est l'un des plus importants dans la conduite pratique du traitement du diabète.

En effet, — alors que, dans la majorité des cas, les malades sont capables d'équilibrer d'une manière satisfaisante leur métabolisme hydro-carboné avec des injections pluri-quotidiennes d'insuline, — il en est un certain nombre d'autres dont l'équilibre glucidique est si fragile et si instable qu'il est facilement perturbé par des doses d'insuline à peine supérieures ou inférieures à la dose théorique nécessaire, d'où production dans ces cas de variations glycémiques de grande amplitude.

La solution d'un tel problème pourrait être trouvée, soit dans une nouvelle méthode d'administration de l'insuline, soit dans une nouvelle forme chimique, l'une ou l'autre susceptible de reproduire à peu près exactement la sécrétion normale continue de l'insuline ou du moins de s'en rapprocher le plus possible.

Dans un tel esprit, divers procédés ont été envisagés, mais leurs essais n'ont pas donné des résultats entièrement satisfaisants :

Ce sont : 1° l'injection de l'insuline en suspension ou en émulsion huileuse (Leyton) ;

2° L'injection de l'insuline en même temps que des substances vaso-constrictrices ;

3° L'injection de composés insuliniques très peu solubles par eux-mêmes dans les humeurs de l'organisme.

Dans ce dernier ordre d'idées, des résultats de très grande valeur ont été obtenus récemment par Hagedorn et ses collaborateurs au Steno Memorial Hospital de Copenhague.

Des recherches préliminaires avaient montré à ces auteurs qu'il était possible de combiner l'insuline avec un groupe basique de manière que la combinaison obtenue ait un point iso-électrique (c'est-à-dire un pH de solubilité minima) plus rapproché du pH des humeurs de l'organisme que celui du chlorhydrate d'insuline habituellement employé. Dans de semblables conditions, l'insuline agirait en tant qu'acide, alors que dans le chlorhydrate d'insuline elle agit comme base.

(1) Bibliographie arrêtée en novembre 1936.

Pour réaliser une telle combinaison, différentes substances ont été expérimentées, des histones, des globines, et enfin des *protamines* ; ces dernières, les *mono-protamines* en particulier, ont été les seules à permettre l'obtention d'un composé doué de caractères de solubilité justifiant une expérimentation clinique, et ce nouveau composé est l'insulinate de protamine.

Nature de l'insulinate de protamine. — Les protamines sont, au point de vue chimique, des combinaisons d'acides aminés contenant une ou plusieurs des substances lysine, arginine et histidine. En combinant le chlorhydrate d'insuline habituel (à pH 2,5 en solution) avec une protamine dérivée de la laitance d'une variété de truite (Salmo Iridius), Hagedorn a obtenu un composé ayant son point de solubilité minima à pH 7,3, c'est-à-dire sensiblement le pH du sérum sanguin. L'insuline ainsi précipitée de son chlorhydrate par une mono-protamine, et convenablement tamponnée par du phosphate de soude, est relativement insoluble dans les humeurs de l'organisme. Après injection sous-cutanée de la suspension d'insulinate de protamine, le composé est détruit lentement, et l'insuline active mise en liberté dans un espace de temps relativement long, permettant une action plus prolongée et plus profonde sur le sucre sanguin. Hagedorn a constaté que, schématiquement, l'effet hypoglycémiant de l'insuline protaminée dure deux fois plus longtemps que celui de l'insuline normale, et ce fait a été confirmé en particulier par les auteurs américains (Root et ses collaborateurs).

Cet insulinate de protamine ainsi obtenu a été expérimenté au point de vue clinique à peu près en même temps par les auteurs danois et par différents auteurs américains.

Horaire des injections. — Deux tendances se sont fait jour dans le procédé d'administration de ce nouveau composé :

a) L'expérimentation clinique a montré aux auteurs danois et à l'école de Boston (Root et ses collaborateurs) qu'un des meilleurs procédés est l'injection d'insuline normale le matin et d'insuline protaminée le soir : en effet, une dose d'insuline normale semble nécessaire le matin, l'insulinate de protamine paraissant incapable d'exercer une action hypoglycémiante rapide et intense ; et l'observation a confirmé la justesse de cette manière de voir, car dans les cas où, par exemple, les deux doses, matutinale et vespérale, comportent toutes les deux de l'insulinate de protamine sans insuline normale, un certain degré d'hyperglycémie et de glycosurie peut apparaître après le repas de midi.

b) L'école de Rochester au contraire (avec Sprague et ses collaborateurs) se limite à une seule injection matutinale d'insulinate de protamine, accompagnée ou non d'insuline normale, comptant sur la faible vitesse de résorption de l'insuline protaminée pour obtenir une imprégnation de l'organisme persistant toute la journée.

Personnellement, nous pensons qu'il est préférable, dans les cas types et non compliqués, de bloquer le matin en une seule séance deux injections, d'insuline

normale et d'insuline protaminée ; à l'avantage de la simplification matérielle, s'ajoute celui, plus important, d'obtenir à la fois l'action hypoglycémiante immédiate et intense par l'insuline normale, et l'action continue et prolongée, à retardement, par l'insulinate de protamine.

Lieu d'injection. — L'injection est faite sous la peau, comme pour l'insuline normale ; des lieux d'injection différents, ou bien des injections simultanées dans des zones différentes, ne semblent pas avoir d'influence sur le degré d'efficacité, ni sur la vitesse d'action de l'insuline protaminée. De même, aucune différence n'est observée lorsque l'insuline est injectée dans le muscle (Sprague et collaborateurs).

Doses. — Les doses employées sont sensiblement les mêmes qu'avec l'insuline normale (Freund et Adler).

Dans beaucoup de cas cependant, il est possible d'obtenir un résultat identique avec une dose journalière totale plus faible d'insuline protaminée qu'avec l'insuline normale (Hagedorn) et pour certains auteurs (Sprague) cette diminution pourrait aller jusqu'à 30 %. Ce fait est sans aucun doute la conséquence d'une meilleure utilisation du produit, comme dans les cas où une forte dose, unique, d'insuline normale, est remplacée par plusieurs petites doses. Bien plus, c'est même une obligation, chez certains sujets, de réduire la dose totale journalière d'insuline protaminée, en raison de l'apparition de réactions aiguës d'hypoglycémie (Freund et Adler).

Cependant, dans d'autres cas, diverses circonstances commandent d'injecter une dose totale journalière d'insuline protaminée plus importante que normalement : par exemple, chez les malades ne recevant qu'une injection par jour, afin d'obtenir une action persistant jusqu'au terme du cycle de 24 heures, — chez les malades n'ayant encore jamais reçu d'insuline quelle qu'elle soit et dont on ne connaît pas les besoins de l'équilibre hydro-carboné, — enfin chez les malades qui sont résistants à l'insuline normale et chez lesquels il est difficile de ramener la glycémie à un niveau para-normal.

Régime alimentaire. — Suivant les auteurs, la ration journalière varie de 100 gr. d'hydrates de carbone (Hagedorn) à 241 gr. (Root), plus un taux assez constant de 70 gr. de protéine et q. s. de graisse, pour obtenir un taux de calories inférieur de 50 gr. aux besoins théoriques du sujet au repos. Mais l'on peut obtenir de très bons résultats avec une ration hydro-carbonée intermédiaire entre les deux extrêmes cités plus haut, c'est-à-dire de 160 à 170 gr. d'hydrates de carbone (Sprague).

Il est à noter que l'insuline protaminée, à égalité de dose, semble permettre une ration hydro-carbonée plus riche ; c'est ainsi que, chez une diabétique grave observée par Sprague, la suppression de tout régime faite à titre expérimental, avec une seule dose matutinale de 60 unités d'insuline protaminée (au lieu de 50 les jours précédents) fut très bien supportée, sans incident et sans trouble de l'équilibre glucidique, et l'on peut conclure que, dans beaucoup de cas, l'insuline protaminée doit permettre un régime moins sévère tout en obtenant le même effet thérapeutique favorable.

D'autre part, étant donné le développement lent et progressif de l'action maxima de l'insuline protaminée, la répartition de la ration hydro-carbonée doit se faire suivant le rythme 20-40-40 (c'est-à-dire 20 % petit déjeuner, 40 % repas de midi et 40 % repas du soir) pour les malades recevant l'injection le matin (Sprague), ou suivant le rythme 40-40-20 chez ceux recevant l'insuline protaminée le soir (Hagedorn).

Résultats thérapeutiques. — A l'heure actuelle, plusieurs centaines de diabétiques ont été soumis au Danemark et en Amérique à l'action de l'insulinate de protamine, la plupart atteints de diabète grave, certains avec acidose, certains chez des enfants. Chez ces malades, l'insuline protaminée produit un abaissement du sucre sanguin plus lent, plus régulier et plus prolongé que l'insuline normale ; l'effet brutal, en clocher, généralement observé à la suite de l'injection d'insuline normale, n'existe pas après l'injection d'insulinate de protamine, dont l'action s'étale sur une période de temps double.

Avec cette préparation, l'on peut, tout en diminuant le nombre des injections, atténuer les fluctuations du sucre sanguin, réduire ou supprimer la glycosurie, réduire l'excrétion ammoniacale, et en même temps faire disparaître le risque d'accidents hypoglycémiques. Mais, en contre-partie, l'insuline protaminée semble incapable d'empêcher l'hyperglycémie post-prandiale, et, dans les cas où une action rapide est nécessaire, tels que le coma, elle semble devoir céder le pas à l'insuline normale. Cependant l'on a récemment utilisé avec succès l'insuline protaminée dans l'acidose diabétique et dans les diabètes compliqués d'infections aiguës, non point seule, mais comme adjuvant de l'insuline normale, afin de maintenir le sujet constamment sous l'action du médicament (Sprague).

En Angleterre et en France, cette méthode n'en est encore qu'à la période des essais, les quantités d'insulinate de protamine mises à la disposition des chercheurs n'ayant pas permis une large expérimentation. Les essais rapportés récemment par Lawrence et Archer d'une part, et par M. Labbé et R. Boulin d'autre part, n'ont pas montré pour l'insuline protaminée une différence d'action très marquée par rapport à l'insuline normale, et dans l'ensemble les résultats ont été assez voisins. Aussi pour conclure d'une façon ferme faut-il attendre une expérimentation sur une plus grande échelle.

Inconvénients et contre-indications. — 1° *Défaut de stabilité et de conservation du produit* : en effet la protamine doit être ajoutée avec une seringue froide, stérile, à une quantité donnée d'insuline, et la préparation doit être utilisée dans les jours, ou tout au plus les semaines, qui suivent, chaque prélèvement devant être fait après succussion énergique de la réserve.

2° *Inconvénient de la nécessité de deux types d'insuline* à utiliser, insuline normale et insuline prota-

minée, destinées à être injectées simultanément ou alternativement.

3° *Action lente et graduelle*, grâce à laquelle l'insuline protaminée est difficilement utilisable dans les poussées diabétiques, les infections et l'acidose.

4° *Action beaucoup moins intense* que l'insuline normale et impossibilité d'empêcher l'hyperglycémie post-prandiale.

Conclusions. — Malgré ces légers inconvénients, qui ont pu apparaître au cours de l'expérimentation clinique, il reste acquis, au bénéfice de l'insulinate de protamine, un certain nombre d'avantages :

1° La vitesse d'absorption est plus lente qu'avec l'insuline normale.

2° Son action hypoglycémiante est plus prolongée que celle de l'insuline normale.

3° Les accidents d'hypoglycémie surviennent moins fréquemment et sont plus bénins lorsqu'ils surviennent.

4° Les variations brusques de la glycémie que l'on constate sous l'influence de l'insuline normale sont moins intenses.

5° Une diminution du nombre des injections journalières peut être obtenue chez la plupart des malades.

Ces divers avantages conditionnent deux grandes indications thérapeutiques actuellement bien mises en évidence et qui à elles seules justifieraient toutes les recherches et tous les efforts faits dans cet ordre d'idées :

1° Employée, *non pas seule*, mais *associée à l'insuline normale*, l'insuline protaminée aura une action des plus efficaces, comme nous l'avons vu, dans les cas de *diabète très sévère*, dans les cas de *diabète juvénile*, dans les *diabètes avec infection* ou *avec acidose* : l'insuline normale réalise le traitement d'attaque, immédiatement effectif, mais essentiellement intermittent, tandis que l'insulinate de protamine réalise un véritable goutte à goutte et un traitement de fond, à caractère continu, destiné à faire l'intérim, pour ainsi dire, entre les injections d'insuline normale, et à réaliser l'imprégnation insulinique continue dans les intervalles libres, et cela sans réaction dangereuse.

2° *Employé seul*, l'insulinate de protamine trouve sa grande indication dans les cas de *sujets diabétiques à régulation glycémique insulino-instable* et ayant un équilibre du métabolisme glucidique particulièrement fragile et labile. Ces malades, sur les caractéristiques cliniques et biochimiques desquels nous voulons insister, ont un taux du sucre sanguin anormalement instable, présentant des variations brutales et de grande amplitude, des dénivellations rapides suivies de réascensions hyperglycémiques, de telle sorte que, dans le nycthémère, la courbe de glycémie subit des fluctuations considérables à la suite d'apports alimentaires ou d'injections d'insuline.

Au point de vue clinique et au point de vue de leur mode de réaction à l'insuline, ces malades se classent en trois catégories :

a) Ceux chez lesquels de faibles doses d'insuline amènent des réactions hypoglycémiques intenses, avec irrégularité de la courbe glycémique, et en même temps persistance de la glycosurie. Ce sont les sujets à *régulation glycémique insulino-sensible et instable.*

b) Ceux chez lesquels l'hyperglycémie ne cède qu'à de très fortes doses d'insuline avec grande instabilité du taux glycémique. Ce sont les sujets à *régulation glycémique insulino-résistante et instable.*

c) Enfin ceux chez lesquels le métabolisme glycorégulateur réagit normalement à l'insuline, mais qui présentent, par périodes, des réactions glycémiques brutales et imprévues à l'action de l'insuline ; ce sont les sujets à *régulation glycémique normale et instable.*

Dans ces trois ordres de cas, l'on peut arriver par l'insulinate de protamine à contrôler le métabolisme hydro-carboné d'une façon plus effective et plus correcte, et à obtenir un équilibre glucidique moins instable et moins fragile, grâce à la progressivité, à la continuité et à la régulation d'action de l'insuline protaminée.

Ce sont ces deux indications majeures qui constituent, nous semble-t-il, les points définitivement acquis à l'heure actuelle concernant les caractères physio-pathologiques et l'utilisation thérapeutique de l'insulinate de protamine.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. A. KOSSEL. The protamines and histones. *New-York, Longmans, Green and C°*, 1928.
2. O. LEYTON. The administration of insulin in suspension. *Lancet*, t. I, 756-759. Apr. 13 1929.
3. E. GRÈZE. Les diabètes à régulation glycémique insulino-instable. *Thèse Bordeaux*, 1934.
4. H.-C. HAGEDORN. *Communication Congrès Nordique de Médecine interne, Copenhague*, 29 juin 1935.
5. N. B. KRARUP. Recherches cliniques sur l'action de l'insulinate de protamine. *Copenhague, G. E. C. Gad.*, 1935.
6. E. WALDSCHMIDT-LEITZ et E. KOFRANYI. Sur la structure des protamines. *Zeitschr. f. physiol. Chem.*, CCXXXVI, 3, 181, 192. Novembre 1935.
7. H. C. HAGEDORN, B. NORMAN JENSEN, N. B. KRARUP et I. WODSTRUP. Protamine insulinate. *Journ. Am. Med. Assoc.*, vol. 106, N° 3, jan. 18 1936, 177, 180.
8. H. F. ROOT, P. WHITE, A. MARBLE et E. H. STOTZ. Clinical experience with protamine insulinate. *J. A. M. A.*, vol. 106, N° 3, 180, 183, 18 janv. 1936.
9. R. B. KERR, C. H. BEST, W. R. CAMPBELL et A. A. FLETCHER. Protamine insulin. *Can. Public Health Journ. Toronto*, t. 27, 157, 208, avril 1936.
10. R. D. LAWRENCE et N. ARCHER. Some experiments with Protamine Insulinate. *British Medical Journal London*, N° 1, 737, 780, april 11, 1936.
11. W. R. CAMPBELL. *Communication Association of American Physicians*, may 1936.
12. E. B. WINNETT. The treatment of diabetes with Protamine Insulin. *J. Iowa M. Soc.*, t. 26, 231, May 1936.
13. R. RATHERY, FROMENT et BARGETON. Insulino-sensibilité. *Schweiz. Mediz. Woch.*, an. 66, N° 18, 2 mai 1936.
14. R. G. SPRAGUE, B. B. BLUM, A. E. OSTERBERG, E. J. KEPLER et R. M. WILDER. Clinical observations with insulin protamin compound. *J. A. M. A.*, vol. 106, N° 20, 1701, 1705, May 16, 1936.
15. MÖLLER et THOMSEN. Traitement du diabetes mellitus par l'insulinate de protamine. *Acta medica Scandinavica*, vol. 89, N°s 3 et 4, 4 août 1936, p. 308.

16. F. M. ALLEN. Some difficulties arising in the use of protamine insulinate, *J. A. M. A.*, vol. 107, N° 6, 430, 431, Aug. 8 1936.
17. H. G. FREUND et S. ADLER. Effects of standard, protamine and crystalline insulin on blood sugar levels. *J. A. M. A.*, vol 107, N° 8, 573, 577. Aug. 22, 1936.
18. M. LABBÉ et R. BOULIN. L'insuline retard. *Société méd. hôpitaux de Paris*, 30 oct. 1936.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1er MARS 1937)

Gélification du sang intégral. — MM. Wladimir KOPACZEWSKI et René PAILLE.

Immunisation intracutanée contre l'épithélioma et son mécanisme. — MM. Alexandre BESREDKA et Ludwik GROSS.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 16 MARS 1937)

Sur les infections humaines à bacillus ramosus. — MM. A. LEMIERRE, Jean REILLY et BLOCH MICHEL, se fondant sur cinq observations personnelles et sur les cas antérieurement signalés par Boëz, tracent le tableau clinique des infections dues au *Bacillus ramosus*, microbe anaérobie commensal des cavités naturelles et devenu accidentellement pathogène. Ils montrent que les bactériémies à *bacillus ramosus* comportent un pronostic favorable. Ils rapportent un cas de gangrène gazeuse provoquée par ce bacille, venant à l'appui de l'opinion actuellement admise que les gangrènes gazeuses consécutives aux injections médicamenteuses intramusculaires sont dues, non pas à l'introduction d'un agent septique par la piqûre elle-même, mais à l'apport par voie circulatoire d'un germe anaérobie de sortie dans le tissu musculaire traumatisé.

Nouvelles recherches sur l'avortement épizootique du bétail et la fièvre ondulante humaine. (Note présentée par M. HUGOUNENQ.) — M. JULLIEN, de Joyeuse (Ardèche), montre qu'il est urgent d'essayer de dissiper les obscurités qui entourent encore l'éclosion et la très grave diffusion des brucelloses sur notre cheptel et secondairement dans nos populations rurales. Les observations et les premières expériences de l'auteur permettent de supposer que le microbe de la maladie, répandu sur le sol, peut parasiter les vers de terre, et, probablement par leur intermédiaire, certaines espèces végétales herbacées de nos pâturages. Les troupeaux trouveraient donc ainsi dans leur alimentation même de véritables et dangereuses réserves de germes virulents.

Courbes de neutralisation et de coefficient tampon du sérum de diabétiques. (Note présentée par M. HUGOUNENQ.) — MM. G. FLORENCE et VINCENT ont suivi, par l'établissement successif de courbes de neutralisation du sérum par les techniques de Vles, les effets de la cure insulilienne dans le diabète. Ils ont pu ainsi apporter dans ces mesures plus de précision et de détails que par la méthode classique de mesure de la réserve alcaline par le dosage du gaz carbonique.

Origine, mode de contagion, durée d'incubation de la lèpre dans 95 cas. Traitement par les injections intra-veineuses du complexe de chaulmoogra-cholestérol. — MM. Ch. FLANDIN et J. RAGU ont, depuis 1934, au Pavillon de Malte de l'hôpital Saint-Louis et ailleurs, examiné 95 lépreux. Plus des deux tiers étaient des blancs nés en Europe.

Pour un bon nombre, la maladie a été contractée à l'occasion d'un court séjour aux colonies ou dans l'Afrique du Nord (4 à 8 mois). Le diagnostic — qui ne correspond pas forcément avec le début de la maladie — a été fait de huit mois à vingt-cinq ans après le séjour en pays suspect. L'incubation peut donc être plus courte qu'il n'est admis classiquement. Tous ces cas d'incubation courte relèvent de cohabitation intime et de contacts répétés. La contamination médiate, par objets ayant été touchés par des lépreux, semble inexistante.

Le traitement par les injections intraveineuses du complexe chaulmoogra-cholestérol établi par P. Baranger et appliqué par les auteurs à la lèpre donne des résultats supérieurs aux autres thérapeutiques actuelles et semble améliorer considérablement le pronostic de la lèpre.

Il serait désirable qu'une extension des moyens accordés au Pavillon de Malte de l'hôpital Saint-Louis permette à M. Flandin de faire bénéficier les lépreux vivant en France, des progrès réalisés, tout en leur laissant la perspective d'une vie sociale aussi normale que possible.

Cette communication est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Marchoux, Darier, Lemierre, Tanon et Vincent.

L'enclouage des fractures du col fémoral. — M. Paul MATHIEU expose sa technique de l'enclouage des fractures du col du fémur. Il accompagne sa communication de projections.

Vacances de Pâques. — La séance du mardi de Pâques (30 mars) est supprimée.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 30 JANVIER 1937)

Sur la production de l'antitoxine staphylococcique chez le cheval. Influence de l'état d'immunité naturelle et du rapprochement des injections d'antigène. — MM. G. RAMON et R. RICHOU. Chez les chevaux qui possèdent un certain degré d'immunité antistaphylococcique naturelle et qui reçoivent des injections rapprochées d'antigène, on peut obtenir très rapidement un sérum relativement riche en antitoxine spécifique.

Degré d'allergie conféré au cobaye par l'inoculation de bacilles tuberculeux morts enrobés dans des excipients gras d'origine végétale ou animale. — M. A. SAËNZ. Les bacilles morts, inoculés au cobaye, se comportent de façon différente suivant qu'ils sont enrobés dans des excipients gras d'origine végétale, animale ou minérale.

Activité œstrogène de divers produits obtenus au cours du raffinage des pétroles. — M. A. ARTHUS et Mlle PROVOST. Parmi les substances obtenues au cours du raffinage du pétrole, on trouve toute une série de corps possédant la propriété œstrogène, notamment le mazout et les huiles de vaseline n'ayant pas subi une purification trop poussée.

Histophysiologie des lipides pulmonaires. Influence du jeûne. — MM. L. BINET, J. VERNE et J.-L. PARROT ont étudié par l'histochimie les lipides du poumon au cours du jeûne chez le cobaye et le lapin. Ils constatent : 1° que les pelotons adipeux adventitiels disparaissent quand la perte de poids atteint une certaine valeur ; 2° qu'il existe des globules gras intracapillaires jusqu'au terme du jeûne ; 3° qu'enfin, des substances s'accumulent dans les cellules rondes et les épithéliums bronchiques, qui se colorent vivement par la réaction de Feulgen-Verne.

Etude sur l'antigène Vi du Bacille typhique, dans l'infection et l'immunité antityphique, et son rôle dans la préparation de l'endo-anatoxine typhique. — MM. E. GRASSET et W. LEWIN mettent en évidence le parallélisme existant entre les trois propriétés caractérisant sa présence dans les souches de B. typhique : O-inagglutinabilité, haut pouvoir pathogène, et haut pouvoir immunisant. Par ailleurs, l'endo-anatoxine, préparée à partir des souches de

B. typhiques Vi, conserve le pouvoir immunisant des émulsions bacillaires dont elle dérive.

Le prolan chez les femmes enceintes vomisseuses. — MM. A. Brindeau, H. Hinglais et M. Hinglais apportent de nouveaux chiffres à l'appui d'une remarque sur laquelle ils avaient attiré l'attention dès 1932.

Chez 15 femmes enceintes hospitalisées pour vomissements graves, le taux du prolan dans le sérum sanguin s'est élevé à un chiffre moyen de 26.000 unités Brindeau-Hinglais.

Cette moyenne est très supérieure à la moyenne normale trouvée dans la même période de la grossesse (10.400 unités).

L'hypersécrétion peut être considérable. Chez certaines malades les taux ont atteint et dépassé 40.000 unités.

Il s'agit donc d'un phénomène très net et d'une grande fréquence.

Cette hypersécrétion du prolan chez les femmes enceintes vomisseuses serait, suivant les auteurs, le témoin d'une hyperactivité particulière du plasmode. Les notions déjà établies et les examens histologiques des placentas qu'ils ont pu pratiquer confirment cette manière de voir.

L'interprétation de ces faits dans la pathogénie des troubles observés est assez délicate et doit rester prudente.

L'hypothèse la plus logique serait celle de rupture d'un équilibre hormonal complexe, entraînant secondairement des troubles variés, et dont l'élévation du taux de prolan ne traduirait que l'un des aspects particuliers.

Eloge nécrologique. — M. le professeur Achard, président, prononce l'éloge funèbre de M. Louis Mangin.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 15 janvier 1937)

Anémie hémolytique ictérigène avec hémoglobinurie nocturne et hémosidérinurie permanente. — — MM. Cain, Cotton, Harispe et Bronwens van der Boyer. Observation de ce syndrome, dont on ne connaît que 25 cas. Malade de 37 ans atteinte depuis 8 ans d'une anémie intense avec ictère hémolytique. L'existence d'hémoglobinurie nocturne et d'hémosidérinurie permanente permet de rapprocher ce cas de ceux décrits par Marchiafara et Micheli. Après étude de l'ictère, de l'anémie et des éliminations urinaires, les auteurs, eu égard à la pathogénie, émettent l'hypothèse d'une sorte de diabète ferrique, dans le déterminisme duquel les altérations des glandes endocrines semblent jouer un rôle important.

Pour M. Brulé, ces cas sont distincts de l'ictère hémolytique et de l'hémoglobinurie paroxystique a frigore.

Pour M. Troisier, l'hémoglobinurie pourrait permettre de faire classer ces faits dans le groupe des affections par hémolyse.

Adénopathie médiastinale tuberculeuse de l'adulte et complexe ganglio-pulmonaire secondaire. Aspect de lobite moyenne. — MM. Herscher et Bourgeois. Malade atteinte d'une hémoptysie avec bacilles tuberculeux, présentant à la radiographie une image triangulaire, lancéolée de lobite moyenne droite. Quatre ans auparavant, elle avait présenté une adénopathie cervicale avec adénopathie latéro-aortique et masses hilaires volumineuses. Ces masses se sont calcifiées dans la région latéro-aortique et dans la zone para-hilaire et se sont transformées en l'aspect de lobite moyenne.

Leucémie avec réticulose. — MM. Antoine, Raybaud et Jouve (Marseille). Un cas de leucémie aiguë hémorragique à forme lymphocytaire et lymphoblastique, au cours de laquelle l'hémoculture montra la présence d'un streptocoque hémolytique. Dans les organes hématopoïétiques, on constata la présence d'un processus hyperplasique, l'un lymphocytaires et lymphoblastique, l'autre réticulaire. Pour les auteurs, la réticulose serait la conséquence de l'infection streptococcique.

Effets de l'anatoxine dans une septicémie staphylococcique de forme prolongée avec réactions prolongées et radiculaires. — M. Chabrol. Enfant de 12 ans qui, pendant 5 mois, à la suite d'un anthrax de l'épaule, souffrit d'une céphalée occipitale et de vomissements bilieux et fut considéré comme un migraineux, jusqu'au jour où la réaction méningée détermina une double névralgie sciatique. D'après l'auteur, il ne s'agissait pas d'une méningite purulente, mais de réactions méningées aseptiques, reflétant une ostéite vertébrale de voisinage. Avant d'être soumis à l'anatoxine, l'enfant avait bénéficié d'une série d'injections locales de vaccin antistaphylococcique.

Ictère grave prolongé cirrhogène par atrophie subaiguë du foie. — MM. Chiray, Albot et Bouvrain. Malade de 42 ans, alcoolique, ayant présenté un ictère avec hépatomégalie et splénomégalie. Rapidement le foie diminua de volume ; une ascite se produisit, très abondante. Mort au bout de 5 mois. A l'examen histologique du foie, lésions bigarrées, mélange de plages de dégénérescence et de travées scléreuses, lésions répondant à la conception de l'atrophie subchronique de Lepenne.

Hippocratisme digital et amibiase intestinale. — MM. Brulé, Hillemand et Gaube. Deux cas d'hippocratisme digital chez des amibiens anciens présentant des séquelles intestinales importantes, en l'absence de toute atteinte de l'appareil pulmonaire et cardio-vasculaire. C'est un fait d'une grande rareté chez les amibiens.

Scorbut chez l'adulte. Mort par hémorragie surrénale au cours du traitement. — MM. Worms, Willot et Rubens-Duval. Le tableau clinique, à l'entrée du malade à l'hôpital, était caractéristique d'un cas de scorbut. Au troisième jour de la cure par l'acide ascorbique, le malade présente du délire onirique, avec diarrhée et collapsus cardio-vasculaire. Mort en 5 jours avec effondrement de la tension artérielle. A l'autopsie, hémorragie massive bilatérale de la médullo-surrénale, avec infiltration sanguine discrète des couches profondes de la corticale. Des cas d'hémorragie des centres nerveux, mortels malgré l'amélioration thérapeutique des autres signes d'avitaminose, ont été rapportés antérieurement.

Examen radiologique des poumons en position couchée. — M. Benda. L'auteur souligne qu'il a recherché par l'étude des changements de position, surtout des précisions sur l'état du parenchyme et une appréciation exacte de la circulation pulmonaire.

Radiographie. — M. Costeodat. L'auteur signale des travaux d'un radiologiste de l'armée, M. Buffé.

Chez un malade, l'auteur a pu découvrir et localiser avec précision une caverne peu étendue du sommet d'un poumon chez un soldat qui venait d'être brusquement atteint d'un emphysème sous-cutané du cou et de la partie supérieure du thorax.

Complication de la rougeole par la dysentérie bacillaire. — MM. Mironescu et Lazaresco.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 23 JANVIER 1937)

A propos de la communication de M. Le Gac sur le traitement des cancers du sein. — M. Marcel JOLY donne brièvement les conclusions de son expérience personnelle : *Pas de rœntgenthérapie préopératoire*, sauf dans des cas inopérables, où l'on peut espérer une régression des lésions pouvant les rendre accessibles à la chirurgie. *Rœntgenthérapie post-opératoire systématique*, mais avec une technique de sclérose conjonctive et nullement de lyse cancéreuse : une petite dose répétée tous les trois mois durant deux années consécutives.

La Psittacose. — M. Marcel THALHEIMER expose l'histoire d'un vétérinaire parisien qui, après un contact avec des perruches malades, a contracté une affection grave avec foyers pulmonaires mobiles, leucopénie et polynucléose qui s'est révélée être bien une *psittacose*. Un de ses employés contracte la même maladie et reçoit une injection de sérum de convalescent qui semble avoir influencé l'évolution de la maladie. Mais au cours de recherches de laboratoire (inoculation intrapéritonéale à la souris), le bactériologiste contracte lui aussi la psittacose et reçoit également une injection de sérum de convalescent. Ce sont là les deux premiers cas français de traitement de cette affection par du sérum de convalescent, seul traitement actuel de cette maladie, certainement plus fréquente qu'on ne le croit, car on méconnaît beaucoup de petites épidémies en l'absence de toute déclaration obligatoire.

M. LAIGNEL-LAVASTINE a observé en 1936 un cas de psittacose s'étant traduit par un syndrome aigu, d'allure pneumonique avec des céphalées atroces à prédominance de névralgie faciale gauche.

M. SACQUÉPÉE, rappelant les épidémies des dernières années, demande du point de vue prophylactique, outre l'interdiction de l'importation des perroquets et de leurs dépouilles déjà adoptée, le classement des oiselleries de perroquets parmi les locaux insalubres ; la déclaration obligatoire de la maladie chez l'homme et chez l'animal ; l'inspection vétérinaire des oiselleries. Le diagnostic de psittacose chez l'homme ne peut se faire que par exclusion.

M. JUDE insiste sur la céphalée intense de la psittacose, sur la leucopénie avec leucocytopénie, sur l'inoculation à la souris du point de vue diagnostique. Le virus de l'infection se trouve dans les selles.

M. MEDYNSKI montre la difficulté du diagnostic avant la mort de l'animal ; la turbulence du perroquet est un signe à retenir. Leur mort a lieu généralement la nuit. La contamination s'effectue aussi par le chat mangeur d'oiseaux.

M. CHRÉTIEN expose que la législation en France est insuffisante contre cette maladie grave. Il demande une surveillance attentive des frontières (la belge surtout). Les expéditions d'oiseaux sont dangereuses par suite de la non-valeur forcée des certificats d'origine. La prophylaxie doit s'inspirer de ce qui se fait pour la mélitococcie. D'autres oiseaux tels que les serins et les canaris sont parfois responsables.

M. STILLMUNKES relate deux cas qu'il a observés en 1930 à Toulouse ayant d'abord fait songer à la grippe hyperthermique ou à l'encéphalite épidémique. Les deux cas survinrent après morsure du doigt par une perruche.

M. G. ROSENTHAL rappelle les recherches bactériologiques déjà anciennes de NOCARD, qui avait isolé autrefois un bacille de la psittacose.

M. ROBY croit que la question de la bactériologie de la psittacose est à reprendre et, notamment, en s'inspirant de l'état actuel de la question du Para B ou du bacille de Gärtner. Cliniquement, la psittacose est une paratyphoïde dont la déclaration pourrait être considérée comme obligatoire.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA QUESTION DE L'ODONTO-STOMATOLOGIE DEVANT L'ASSOCIATION DES MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE L'ÉTAT

L'Association des membres du corps enseignant des Facultés de médecine de l'Etat s'est réunie le dimanche 4 octobre 1936, à l'amphithéâtre Vulpian de la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. le professeur Baudouin, président de l'Association.

M. le professeur Baudouin a donné connaissance d'une lettre de M. X.-J. Dubecq, professeur de clinique odonto-stomatologique à la Faculté de médecine de Bordeaux, où son auteur, après un exposé de la thèse odontologique et de la thèse stomatologique, n'a pas de peine à faire ressortir le rôle humiliant réservé aux Facultés, qui n'ont jamais été consultées sur cette question.

Après un échange de vues entre divers membres de l'Association, l'unanimité se fait sur l'approbation des vœux proposés par M. le professeur Dubecq.

Premier vœu. — Que les Facultés de médecine soient consultées sur la question de savoir si la spécialité d'art dentaire doit être intégrée dans les études médicales, sous la dénomination de spécialité odonto-stomatologique, au même titre que les autres spécialités, et sanctionnée par un diplôme unique, le doctorat en médecine.

Deuxième vœu. — Qu'un membre du corps enseignant des Facultés de médecine d'Etat soit associé, en toute circonstance, à la représentation officielle de la stomatologie française.

Troisième vœu. — Que soit rétabli, pour les étudiants en médecine, le caractère obligatoire de l'enseignement élémentaire de l'odonto-stomatologie par analogie avec les autres spécialités médico-chirurgicales.

Quatrième vœu. — Que soit posée et étudiée, par des organismes autorisés, la question de l'opportunité d'une agrégation de la spécialité odonto-stomatologique.

La Fédération corporative des Médecins de la région parisienne, après un nouveau débat le 5 mars 1937, à la Faculté de médecine, a décidé de saisir tous les syndicats médicaux français des vœux ci-dessus exposés. Elle a demandé en outre que les Facultés donnent leur avis sur la question de l'odonto-stomatologie, regrettant que cela n'ait pas été fait en premier lieu.

FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA SEINE

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine regrette que, malgré les conseils et les avertissements maintes fois donnés par les groupements professionnels et les Sociétés scientifiques médicales, on puisse encore trouver dans des journaux d'information des articles (avec photographies des auteurs), dans lesquels ces derniers énumèrent complaisamment leurs propres mérites, se mettant ainsi en contravention avec l'article 3 du Code de déontologie qui proscrit toute réclame personnelle.

(*Communiqué.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

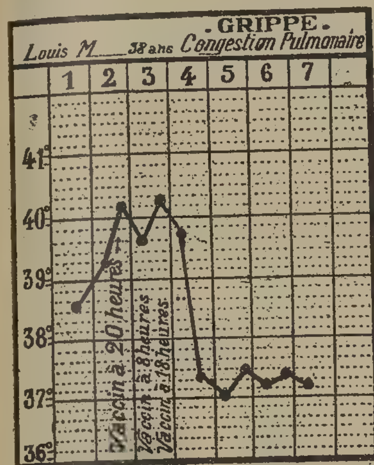
Ultra-sons et biologie, par MM. A. DOGNON, professeur agrégé de physique à la Faculté de médecine de Paris, et E. et H. BIANCANI, directeurs de la *Revue de Physiothérapie*. 1 vol. in-8 (23 × 17,5), de 80 pages, avec 22 figures. Prix : 25 fr. Librairie Gauthier-Villars, 55, quai des Grands-Augustins, Paris (6e).

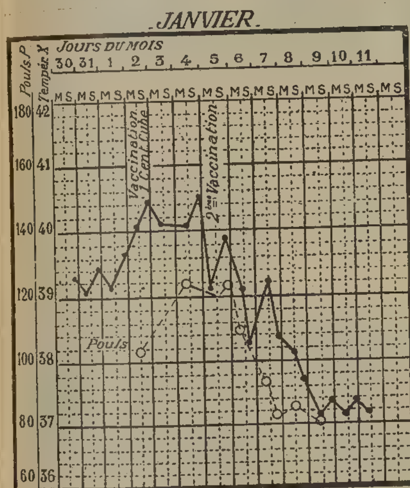
L'orthodoxie à base d'acier, par le Dr Lucien DE COSTER. In-8 de 203 pages avec 107 figures. Paris 1935, chez Masson.

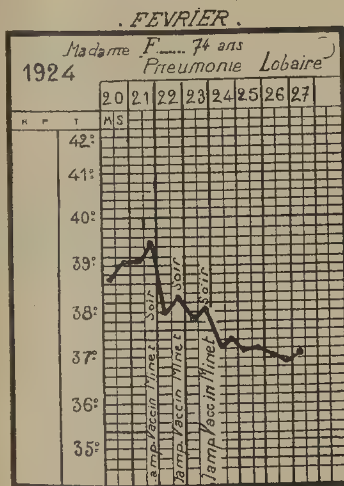
Traitement des affections pulmonaires aigües et chroniques de l'appareil respiratoire

par les VACCINS du Professeur MINET

La grippe, affection microbienne dont l'agent causal n'est pas encore parfaitement déterminé, ne présente de réelle gravité que dans ses complications.







En effet, le rôle des « infections secondaires », « des microbes de sortie » est aujourd'hui bien précisé. On sait que, sur le terrain préparé par le virus grippal inconnu, les hôtes banals des voies respiratoires se développent avec une facilité et une rapidité souvent surprenantes ; en réalité c'est eux qui, dans la majorité des cas, font la gravité de la maladie. Cette notion n'a pas échappé aux auteurs qui ont utilisé des sérums anti-streptococciques, antipneumoniques, ni à ceux qui, à titre prophylactique ou à titre curatif, se sont servis de vaccins microbiens.

Depuis plusieurs années, le professeur MINET utilise systématiquement un vaccin polyvalent dans le traitement de la grippe.

L'action de ce vaccin anti-grippal se manifeste de façon différente selon les cas.

Tout sujet qui, au cours d'une épidémie de grippe, **présente une élévation soudaine de température,** est justiciable d'une injection de vaccin antigrippal. C'est le meilleur moyen pour arrêter net l'évolution de la maladie.

Chez les sujets déjà en pleine évolution de la grippe sévère, sans complications pulmonaires importantes, tantôt l'évolution de l'affection est singulièrement raccourcie, la température tombant en quelques heures ou en un jour ou deux après l'injection vaccinale et la guérison survenant en même temps ; tantôt la durée de la maladie ne paraît pas influencée, mais l'état général s'améliore, le faciès est moins terreux, la langue se nettoie et le patient fait les frais d'une infection à laquelle il paraissait ne pas devoir résister.

Chez les **grippés avec complications pulmonaires,** on observe tantôt une réaction générale avec expectoration suivie, avec une extraordinaire rapidité de la guérison complète ; tantôt l'action est tout aussi rapide, mais on n'observe aucune expectoration et les voies respiratoires sont, en quelque sorte, brusquement asséchées.

Dans d'autres cas, enfin, on n'observe pas d'action immédiate évidente, mais l'état général des patients n'en a pas moins bénéficié de la thérapeutique vaccinale, et celle-ci leur permet de conduire jusqu'au bout, avec une sorte d'euphorie vraiment remarquable, des pneumonies ou des broncho-pneumonies grippales en apparence extrêmement graves.

Chez les grippés avec complications telles que : otite, mastoïdite, sinusite, pleurésie, etc., le vaccin anti-grippal donne les mêmes résultats, et agit même quand de la purulence s'est manifestée. Nous insistons tout particulièrement sur le traitement des otites inflammatoires ou purulentes dont l'injection sous-cutanée du vaccin arrête l'évolution en empêchant la production de leurs complications habituelles.

MODE D'EMPLOI

En présence d'une grippe sérieuse, avec ou sans localisation pulmonaire, mais sans complication cardiaque ni rénale, injecter 1 centimètre cube de vaccin antigrippal (le point d'élection est la région dorsale, au-dessus de l'épine de l'omoplate, dans l'espace inter-scapulo-thoracique, ou vers la base du thorax). Répéter l'injection tous les deux jours ou tous les jours, selon la gravité du cas, jusqu'à guérison.

Il y a lieu de réduire la première dose à 1/4 de centimètre cube avant 3 ans, et à 1/2 centimètre cube de 3 à 10 ans. Augmenter jusqu'à 1 centimètre cube, quel que soit l'âge, si la tolérance est bonne.

RESULTATS

Au cours des grippes simples, la vaccinothérapie agit à titre *préventif, évitant* presqu'à coup sûr, *les infections secondaires* qui font, le plus souvent, toute la gravité de la maladie. Au cours de la grippe sérieuse, compliquée ou non d'accidents pulmonaires, ou d'otite, ou d'autre manifestation, elle agit soit en provoquant la résolution rapide des signes locaux, soit en donnant à l'organisme une résistance à l'infection que les thérapeutiques anciennes ne nous ont pas accoutumés à observer. La vaccinothérapie, capable non seulement d'agir sur les infections et complications secondaires, mais encore d'en prévenir la venue et d'abréger par là même l'évolution de la grippe, constitue une arme d'un maniement remarquablement facile et d'une incomparable puissance. Le vaccin anti-grippal ne peut amener aucun accident. Sa conservation est d'une durée illimitée.

Le vaccin anti-grippal donne des résultats heureux dans toutes les formes de la grippe, qu'elle soit grave ou bénigne ; le pourcentage des guérisons dépasse 90 %. Le vaccin anti-grippal Minet est employé à « titre préventif » de la grippe : une injection répétée pendant deux ou trois jours consécutifs évite la contagion.

Le *vaccin antipneumonique* donne dans tous les cas de pneumonie, aussi bien dans la broncho-pneumonie infantile que dans la pneumonie franche de l'adulte et dans la broncho-pneumonie des vieillards, la guérison dans la presque totalité des cas.

Le *vaccin antiasthmatique*, préparé selon les mêmes méthodes, amène d'après le professeur Minet, la guérison dans le tiers des cas traités et une très grande amélioration dans un autre tiers. Son emploi est donc des plus intéressants.

Tous ces résultats ont été consignés dans une série de communications faites par le professeur Minet à la Société médicale des hôpitaux de Paris et ont été vérifiés en France et à l'étranger depuis plus de 10 ans, par un bon nombre de cliniciens.

Ces vaccins présentent *le grand avantage de ne jamais amener d'accidents*. Leur conservation est indéfinie. Ils sont mis en vente par les Laboratoires Sténé, 2, place des Vosges, Paris (4e).

LIVRES NOUVEAUX

Le Diabète infantile (La Pratique médicale illustrée), par G. MOURIQUAND et G. CHARLEUX. — Paris, G. Doin et Cie, 1936.

La découverte de l'insuline a modifié non seulement le traitement du diabète et son pronostic, mais encore dans une certaine mesure son allure clinique ; c'est là un des points qu'étudient plus particulièrement les auteurs, s'appuyant sur une expérience personnelle prolongée du diabète infantile et de l'insulinothérapie.

Il s'agit ici d'une monographie avant tout clinique, allégée de toute bibliographie autre qu'essentielle, mais enrichie de plusieurs belles figures histologiques.

On y trouvera une étude importante des problèmes que soulève le diagnostic avec les états prédiabétiques et les glycosuries non diabétiques de l'enfant et de l'adolescent, ainsi qu'un important exposé théorique et pratique de la diététique qui ne néglige aucun des menus détails d'application pratique. Un guide précieux de l'insulinothérapie.

L. B.

PRATIQUE MÉDICALE

LA VITAMINE C
SON EMPLOI ET SON ACTION EN THÉRAPEUTIQUE HUMAINE
d'après le docteur G. MANDILLON (1)

La vitamine C est la vitamine antiscorbutique. Depuis les travaux de Szent-Györgyi, elle a été tout particulièrement étudiée, et ces recherches ont abouti à la synthèse de ce corps. La laroscorbine est l'acide ascorbique gauche, c'est-à-dire la Vitamine C synthétique cristallisée ; ce médicament se présente sous forme de comprimés dosés chacun à 1.000 unité internationales, et sous forme d'ampoules que l'on peut utiliser par voie sous-cutanée ou endoveineuse ; chacune est dosée à 2.000 unités internationales.

De multiples travaux ont été publiés sur le métabolisme de la Vitamine C dans l'organisme, sur son identification par diverses méthodes et aussi sur la fréquence infiniment grande des avitaminoses C et surtout des hypovitaminoses C, en dehors du scorbut. Il semble bien que la carence en Vitamine C est surtout marquée, en dehors du scorbut et de la maladie de Barlow, dans les diathèses hémorragiques, les anémies secondaires et de toute nature, dans les troubles du système osseux et dans les caries dentaires, aussi bien chez les femmes enceintes que chez les enfants, dans les maladies infantiles (pneumonie, tuberculose, typhus, diphtérie), dans les intoxications endogènes et exogènes, dans la dystrophie du nourrisson et de l'enfant, dans les troubles de nutrition du cristallin, dans certaines affection de la peau, etc... Enfin il semble bien que l'administration de la laroscorbine empêche l'apparition du choc arsenical et de l'érythème exfoliant ; la Vitamine C joue évidemment un rôle très important pour empêcher les phénomènes anaphylactiques et pour obtenir la désensibilisation.

Il y a à peine trois ans que la Vitamine C a pu être obtenue en grande quantité et on peut déjà se rendre compte combien sont importants son rôle et son utilité. Bien des points déjà ont été précisés, mais les inconnues de son action sont encore grandes.

Cette revue si documentée que M. Mandillon vient de publier apporte la preuve tout d'abord que le nombre des hypovitaminoses C et des avitaminoses C est beaucoup plus considérable qu'on le pensait et, d'autre part, qu'en tout état de cause, nous pouvons compter sur ce médicament actif, facile à manier, que réalise la laroscorbine, Vitamine C synthétique cristallisée, que l'on peut utiliser sous forme d'ampoules ou de comprimés dans les nombreux cas où une médication C-Vitaminée est indiquée.

(1) *Pratique médicale française*, Paris, n° 12, novembre 1936.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Samedi 20 mars. — Jury : MM. Laubry, président ; Tanon, Joannon, Lian. — M. PINCHENZON. La dérivation auriculaire 55 et la trémulation auriculaire. — M. ALCALAY. L'élévation thermique du nourrisson en rapport avec la température extérieure. — M. ARTANDI. Protection des enfants en Hongrie. — BARABAS. L'épidémie de grippe de 1935 en Roumanie. — M. CORGUFF. Contribution à l'étude des septicémies à staphylocoques. Les formes à évolution prolongée. — M. DESTREICHER. Rôle et utilisation du soleil comme agent stérilisant. — M. SIEGLER. Valeur comparée des divers traitements médicaux de l'ulcère gastro-duodénal. — M. DURAND. Prophylaxie du typhus exanthématique en Tunisie. Epouillage et vaccination préventive.

— Jury : MM. Bezançon, président ; Rathery, Lelong, Mollaret. — M. SAILLANT. Essai dans le traitement des états dits arthritiques d'une association opothérapique et sérothérapique. — M. TISSANDIÉ. Néphrite lithiasique et néphrotoxines.

Mardi 16 mars. (Thèses vétérinaires.) — Jury : MM. Marion, président ; Henry, Lesbouyriès. — M. POMMERET. Entameeba Kamala et hématurie essentielle des bovidés.

Jeudi 18 mars. — Jury : MM. Tanon, président ; Verge, Letard. — M. MANOUSSOS. L'hygiène dans l'abattoir moderne.

Vendredi 19 mars. — Jury : MM. Lemierre, président ; Panisset, Robin. — M. DESPRET. Maladies infectieuses du chat.

Mardi 6 avril. — Jury : MM. Pierre Duval, président ; Mocquot, Brocq, Gatellier. — M. THALER. Contribution à l'étude du doigt à ressort (son mécanisme et son traitement).

Jeudi 8 avril. — Jury : MM. Tanon, président ; Gastinel, Joannon, Lemaire. — M. ANGÉLI. Des vaccins antiamarils obtenus par culture de tissus vivants. Embryon de souris haché. Embryon de poulet. — M. AUSTERVEIL. Etude sur l'hygiène de la marche. — M. FÉRY. Organisation de la lutte contre le trachome en Algérie. (Assistance médicale aux indigènes.) — M. GOUGET. Contribution à l'étude de certaines réactions d'intolérance aux produits de beauté. — M. LÉVI. Le traitement de la lèpre par le bleu de méthylène en injections intra-veineuses.

Vendredi 9 avril. — Jury : MM. Grégoire, président ; Mathieu, Leveuf, Quénu. — M. TOUTINAIS. Sténose du duodénum et ulcère peptique.

— Jury : MM. Clerc, président ; Fiessinger, Loeper, Donzelot. — M. DUCHATEL. Contribution à l'étude des cancers du cœur. — M. CLÉNET. Contribution à l'étude de la roentgenthérapie des adénoïdites.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
René
Vincent

N° 24. — MERCREDI 24 MARS 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Étudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Une retraite pour les médecins des hôpitaux de Paris.* — Le Conseil municipal, sur l'initiative de M. de Fontenay, au nom de la 5e commission, a mis à l'étude un projet concernant l'attribution d'une pension viagère annuelle aux anciens chefs de service des hôpitaux ayant exercé leurs fonctions pendant vingt ans. Cette pension de 20.000 fr. ne serait pas accordée à ceux qui ont droit à un autre titre à une pension de retraite.

M. Louis Mourier a soutenu avec énergie le projet et a donné des indications sur les ressources qui permettront de le financer.

Faculté de médecine de Marseille. — Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 19 mars 1937, la chaire de clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Marseille est déclarée vacante.

Ecole de médecine de Nantes. — Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 19 mars 1937, un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'anatomie, de physiologie et d'histologie à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes s'ouvrira le lundi 11 octobre 1937 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Ecole de médecine de Grenoble. — Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 19 mars 1937, un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble s'ouvrira le lundi 18 octobre 1937 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Ecole de médecine d'Amiens. — Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 19 mars 1937, la date d'ouverture du concours pour l'emploi de professeur suppléant d'anatomie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, fixée au 22 octobre 1937 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est reportée au lundi 8 novembre 1937 devant la même Faculté.

— La date d'ouverture du concours pour l'emploi de professeur suppléant de physique et de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, fixée au 23 octobre 1937 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est reportée au lundi 15 novembre 1937 devant la même Faculté.

Ministère de la Santé publique. — Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile public autonome d'aliénés de Cadillac (Gironde), par suite du départ du docteur Régis, appelé à un autre poste.

Guerre. — Sont promus au grade de médecin général, les médecins coloniels : Fayet, sous-directeur du service de santé de la région de Paris ; Rebierre, directeur du service de santé de la 11e région à Nantes, et Blanchard (des troupes coloniales), directeur du service de santé et inspecteur des services sanitaires des troupes du groupe de l'Afrique orientale française, à Tananarive.

Ligue française contre le rhumatisme. — Par décret du 19 janvier 1937, paru à l'*Officiel* le 4 mars 1937, cette Association, dont le siège est 2, rue Guynemer, à Paris, vient d'être reconnue d'utilité publique.

CHRONIQUE

UNE CONFÉRENCE AU CENTRE LAËNNEC AU SERVICE DES LÉPREUX

...Quand nous arrivâmes, un peu avant 9 heures, au Centre Laënnec, il nous eût été impossible de trouver une place si le docteur Vaudremer n'avait eu la confraternelle amabilité de conduire le journaliste qui signe ces quelques lignes [trop brèves pour un aussi passionnant sujet] aux chaises réservées à la presse médicale.

En quelques mots, très brefs et très émouvants, le docteur Henri Grenet, médecin des hôpitaux de Paris, présente, d'une part Sœur Marie-Suzanne, supérieure de la Léproserie de Magokay (îles Fidji) ; d'autre part ,le docteur Vaudremer, dont on connaît les belles recherches sur le bacille de la lèpre.

Sœur Marie-Suzanne n'est pas venue en France depuis 27 ans ! Elle parle tout simplement, avec un léger accent anglais. Il y a si longtemps, n'est-ce pas, qu'elle ne pratique plus notre langue ! Et les projections de succéder aux projections, qu'une phrase courte, incisive, définitive, explique.. si besoin est. L'arrivée des lépreux, les premiers soins, les pansements, leur étonnement de coucher dans un lit si blanc, « si blanc qu'ils n'osent le toucher », où ils seront ainsi à l'abri de l'horrible morsure des rats et des cancrelats. Les fêtes de la Léproserie, les régates... Le traitement. La contagion d'un père missionnaire, sa mort, en d'atroces souffrances... Les sœurs partent à cheval faire la tournée des villages lépreux et préparent l'arrivée du médecin anglais... Pas un mot de la vie de Sœur Marie-Suzanne, ni de ses compagnes. Jamais un mouvement de répulsion devant des plaies aussi pénibles... Le sourire dans la charité.

Comme nous comprenons davantage le mot qque l'un de nos maîtres les plus estimés nous disait à la sortie : « Et il est des hommes qui ont commis le crime de lèse-humanité en expulsant ces femmes de nos hôpitaux, et certains s'en glorifient ! »

Le docteur Vaudremer nous fit tout d'abord un aveu. Dix ans avant lui, Sœur Marie-Suzanne, étudiant le bacille de Hansen, en avait découvert les mutations biologiques. (*Longs applaudissements.*)

M. Vaudremer nous présenta de curieuses projections ayant trait à ses émouvantes recherches. Nous renvoyons nos lecteurs aux intéressants travaux de l'auteur. Celui-ci de conclure : « Si je me suis trompé, qu'on me le prouve et je m'incline... Mais si j'ai raison, qu'on le proclame et que les lépreux bénéficient de mes recherches. »

Un vœu en terminant : pourquoi ne pas ouvrir le grand amphithéâtre de la Sorbonne à une conférence de Sœur Marie-Suzanne ?

MOLINÉRY.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

FÉDÉRATION CORPORATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉGION PARISIENNE

Contre l'application de la semaine de 40 heures dans les Laboratoires d'analyses médicales

Le Conseil d'administration de la Fédération corporative des médecins de la région parisienne, réuni le 15 mars 1937, à la Faculté de Paris :

Constatant que, par le décret du 3 mars 1937, les laboratoires d'analyses médicales sont astreints à observer la semaine de 40 heures ;

Considérant que, dans ces laboratoires, le travail par roulement, par équipes, ne peut être institué comme dans l'« industrie chimique » et celle des « cuirs et peaux » auxquelles on les a rattachées (13e section) ;

Considérant que celui qui a commencé une analyse doit la mener jusqu'au bout et accepter toute la responsabilité du résultat ; qu'il doit également tenir compte du caractère d'urgence de certaines analyses et recherches demandées ;

Considérant l'impossibilité dans laquelle se trouveraient les laboratoires de trouver immédiatement, et les difficultés qu'ils auraient à former rapidement le personnel qualifié nécessaire à la bonne exécution des analyses et recherches médicales ;

Considérant d'autre part que le chômage ne sévit pas dans la profession de biologiste qui ne compte pas plus de 300 techniciens dans toute la France ;

Considérant enfin la protestation qu'élèvent en conséquence les laboratoires d'analyses médicales ;

Fait sienne cette protestation contre l'éventualité d'une fermeture le samedi ou le lundi de laboratoires déjà fermés le dimanche, ce qui mettrait les praticiens dans l'impossibilité de faire deux jours de suite, et souvent trois jours de suite par semaine, nombre de recherches de laboratoire dont le caractère d'urgence est manifeste (diphtérie, fièvre typhoïde, accidents cérébraux et méningés, etc.) ;

Attire l'attention des Pouvoirs publics sur la gravité du retentissement d'une telle mesure sur la santé publique ;

Emet le vœu que cette mesure soit rapportée et qu'au regard de l'application de la semaine de 40 heures, les médecins et pharmaciens dirigeant des laboratoires d'analyses médicales soient assimilés aux praticiens de la profession médicale dont ils sont les collaborateurs nécessaires et quotidiens. (Ordre du jour voté à l'unanimité.)

Le Président :	*Le Secrétaire général :*
Docteur G. BOURGUIGNON,	Docteur Ch. DÉVÉ,
Electro-radiologiste de la Salpêtrière.	15, rue Chernovitz.

SUR LE SYNDROME VÉGÉTATIF DE LA SCLÉRODERMIE

Par le Professeur Joseph RUSSETZKI (de Kazan)

On admet depuis longtemps une participation du système nerveux végétatif dans la pathogénie de la sclérodermie (*Raynaud, Brissaud*). Au commencement de la maladie on observe des spasmes vasomoteurs et des asphyxies (*Cassirer, Hess* et *Königstein*), un syndrome de *Raynaud* (*Grasset*), des symptômes d'érythromélalgie (*Savill*), des douleurs à la palpation du ganglion cervical supérieur (*Oppenheim*). Et la phase atrophique de la sclérodermie est signalée par les symptômes suivants : une hypothermie des régions de plaques, de l'hypohydrose (*Nicolski*), de la sympathicotonie (*Klinger*), du dermographisme blanc accentué aux endroits sclérodermiques (*G. Delamare* et *R. Jimenez Gaona*, 1933), etc. D'autre part on a noté la topographie caractéristique des endroits atteints, leur symétrie, l'existence d'un type « paraplégique » de la sclérodermie, d'un type « hémiplégique » (*L. R. Müller*), « névritique » (*Brissaud, Kaposi, Loeper, Zand*), « radiculaire » (*Brocq* et *Veillon, Lilienthal, Kalb*), d'un type segmentaire, ce qui a permis de qualifier la sclérodermie d'une épithète de dermovégétose.

Depuis 1926 je fais des recherches sur l'état du système nerveux végétatif chez des malades atteints de sclérodermie généralisée et locale. J'ai réuni certains symptômes, les plus fréquents, capables d'attester des altérations du système nerveux végétatif au cours de la maladie.

Les symptômes les plus saillants sont ceux du côté des vasomoteurs. Pendant la sclérodermie se produit un passage de l'état ordinaire des vasomoteurs à l'état d'accroissement du dermographisme blanc et d'affaiblissement du dermographisme rouge, c'est-à-dire une inversion de la « formule topographique » du dermographisme (Russetzki, *Gaz. des Hôp.*, n° 8, 26 janvier 1927). Aux endroits sclérodermiques le dermographisme rouge peut s'éteindre totalement. Sa place est retenue par le dermographisme blanc qui revêt en même temps quelques traits nouveaux. Apportons des exemples pour montrer ces changements vasomoteurs.

Chez un malade F., 35 ans, à la phase œdémateuse, les régions du cou et de l'épaule droite sont atteintes. On reçoit le dermographisme blanc et le dermographisme rouge aux endroits cutanés sains suivant la méthode ordinaire et leur durée paraît être à peu près normale.

	Poitrine		Bras		Jambe	
	Période latente	Durée	Période latente	Durée	Période latente	Durée
Dermographisme blanc	15″	1′	15″	1′	15″	2′
— rouge	5″	4′	5″	4′	5″	1′

Mais si l'on passe aux endroits atteints (l'épaule) et si l'on fait une comparaison avec des endroits symétriques sains on verra bien alors un accroissement du dermographisme blanc et un affaiblissement du dermographisme rouge à l'épaule atteinte.

	Epaule atteinte		Epaule saine	
	Période latente	Durée	Période latente	Durée
Dermographisme blanc....	20″	3′	20″	2′
— rouge....	5″	10′	5″	15′

Notons en passant que dans un cas correspondant à la phase œdémateuse la malade éprouvait des céphalalgies périodiques avec des angiospasmes de la région faciale, après lesquelles le visage de la malade devenait œdémateux pendant quelques heures et donnait l'impression du *Raynaud* céphalique.

Une autre malade, Sch., 45 ans, la phase œdémateuse, plus avancée, la face, le cou et la poitrine sont atteints. Le dermographisme rouge est diminué : il ne dure que trois minutes à la poitrine, deux minutes aux bras et n'apparaît point aux extrémités inférieures. Le dermographisme blanc est au contraire bien visible : sa durée est de trois minutes à la poitrine et de cinq minutes aux jambes.

Quelques mois après, la même malade présenta le tableau suivant : on n'obtient le dermographisme rouge qu'aux bras et sa durée ne dépasse pas une minute. Le dermographisme blanc ne peut être obtenu par des tracés légers d'une extrémité d'érythromètre, comme on l'obtient toujours, mais on le reçoit par des tracés beaucoup plus accentués que dans le cas du dermographisme rouge. Le dermographisme blanc dure de deux à trois minutes.

Un malade, A., 26 ans, phase atrophique, sont atteints le visage, la poitrine et les extrémités. Le dermographisme blanc est accentué.

	Poitrine		Bras		Jambe	
	Période latente	Durée	Période latente	Durée	Période latente	Durée
Dermographisme blanc	12″	3′	12″	4′	12″	6′
— rouge	15″	1 ½′	15″	½′	abest	

Un malade, D., 28 ans, phase atrophique très avancée. On ne reçoit pas de dermographisme rouge aux endroits cutanés atteints. Le dermographisme blanc peut être obtenu par des tracés forts et dure deux ou trois minutes. Il est à noter qu'après un tracé on voit apparaître à la profondeur de la peau une raie blanche qui s'approche progressivement de la surface cutanée.

Ces exemples peuvent prouver un passage des réactions vasomotrices locales de l'état normal physiologique à l'état pathologique caractérisé par l'accroissement des réactions vasoconstrictrices et par la disparition progressive des réactions vasodilatatrices.

La température cutanée est abaissée au niveau des endroits atteints. Par exemple, chez un malade F.,

la température cutanée de l'épaule droite atteinte était de 33,8°, celle de l'épaule gauche saine était de 34,2°.

La réaction pilomotrice générale n'est diminuée qu'à la phase atrophique. A la phase œdémateuse elle est d'amplitude normale.

La sudation était pour la plupart des cas normale. Nous pouvons tout de même signaler des cas de sclérodermie à la phase atrophique qui présentaient de l'hypohydrose et de l'anhydrose.

Les réflexes du n. pneumogastrique — le réflexe oculo-cardiaque de Dagnini-Aschner, le r. épigastrique et le r. cervical — ont été positifs et parfois même ils ont été fortement positifs, exagérés. Dans d'autres cas ces réflexes ont été peu accusés, mais le pouls y était ralenti, de 64 à 66 à la minute. Les réflexes végétatifs de position (r. clino-statique et r. orthostatique) ont été normaux.

En somme, on pourrait confirmer que pendant la sclérodermie des changements les plus perceptibles de la part du système nerveux végétatif se passent au domaine de l'innervation vasomotrice locale, où l'on observe une inversion des réactions dermographiques qui s'achève à la phase atrophique de cette maladie par une abolition totale du dermographisme rouge. D'autres appareils végétatifs locaux, pilomoteurs, sudoripares, présentent une tendance à la diminution de leur fonctionnement, surtout au stade atrophique. Les réflexes centraux du n. pneumogastrique restent sans changements et semblent même être exagérés.

CONGRÈS

Deuxième Congrès international de gastro-entérologie. — Ce congrès aura lieu à Paris, du lundi 13 au mercredi 15 septembre 1937 (à l'occasion de l'Exposition Universelle), sous la présidence de M. le professeur Pierre Duval.

Deux questions sont à l'ordre du jour : le diagnostic précoce du cancer gastrique et l'Occlusion aiguë et chronique du grêle.

Première question. — Rapporteurs : MM. Pierre Duval, Antonin Gosset, Paul Carnot, René Gutmann, François Moutier, Garin, Marcel Labbé, Yvan Bertrand, Gatellier et Charrié (Français), et MM. Konjetzny, Katsch, Sauerbruch, Buerger, Berg, Henning, Staemmler (Allemands).

Deuxième question : MM. Mogena (Espagne) ; Wilkie (Grande-Bretagne) ; Bottin (Belgique) ; Krynski (Pologne) ; N. (Italie) ; Felsen (Etats-Unis d'Amérique).

Ne peuvent prendre part à la discussion que les membres titulaires de la Société internationale de gastro-entérologie.

Pour la France, où se tiennent les assises du congrès, pourront s'inscrire au titre de membre adhérent (cotisation de francs belges : 120) des médecins et des étudiants en médecine. Ils doivent envoyer leur demande d'adhésion au Secrétariat du Comité National Français, docteur Alban Girault, 29 *bis*, rue Pierre-Demours, à Paris. Tout membre titulaire ou adhérent aura la faculté de faire inscrire comme membre associé du congrès, une ou plusieurs personnes de sa famille qui paieront une cotisation de 75 francs belges. Les membres du congrès auront tous les avantages accordés habituellement aux congressistes.

A l'issue du congrès de Paris s'ouvrira, à Vichy, le 16 septembre 1937, le congrès international de l'insuffisance hépatique, sous la présidence de M. le professeur Loeper de Paris.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

L'ACÉTATE D'AMMONIAQUE EN MÉDECINE INFANTILE (1)

par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Définition. — Sous le nom d'*acétate d'ammoniaque dissous* (Codex), on emploie une solution aqueuse renfermant, par litre, 191,6 g., et pour 100 g., 18,5 g. de sel. C'est donc, en gros, une solution au 1/5e, qui donne xx gouttes au gramme.

Synonymes. — Solution officinale d'acétate d'ammonium, acétate d'ammoniaque liquide, esprit de Mindererus (2), ammonium aceticum solutum (Codex).

Caractères. — Cette solution « est incolore ; elle exhale une faible odeur d'acide acétique ; sa densité est 1,036 à +15°. Sa saveur et sa réaction sont légèrement alcalines. Abandonnée à l'évaporation sous une cloche, dans une atmosphère complètement sèche, elle donne des cristaux aiguillés d'acétate d'ammonium, solubles dans l'alcool. Exposée à l'air libre, elle perd peu à peu, par dissociation, du gaz ammoniac et devient soluble » (Codex).

Elle donne les réactions caractéristiques des acétates et celles des sels ammoniacaux (Id.).

Conservation. — On doit la conserver dans des flacons bouchés à l'émeri (Id.).

Incompatibilités. — Ce sont surtout :

Les *acides minéraux ;*

Les *alcalis caustiques ;*

Les *sels de mercure ;*

Les *gommes* et le *tanin*. Aussi précipite-t-il lorsqu'il est associé à l'extrait de quinquina.

(1) Cf. L. BABONNEIX, *Précis de thérapeutique infantile*, Paris, 1932, in-18, p. 10. — L. BABONNEIX et R. FABRE, Les médicaments, *Traité de médecine des enfants*, Paris, 1932, in-8°, t. V, p. 589. — *Codex medicamentarius gallicus*, Paris, 1920, in-8°, p. 37-39. — G. POUCHET, *Précis de pharmacologie et de matière médicale*, Paris, 1907, in-8°, p. 555-556. — A. RICHAUD et R. HAZARD, *Précis de thérapeutique et de pharmacologie*, Paris, 1935, in-18, p. 64, 168, 317, 319. — M. TIFFENEAU, *Abrégé de pharmacologie*, 3e édition, Paris, 1931, p. 87.

(2) « Le médicament employé autrefois sous le nom d'*Esprit de Mindererus* était une solution d'acétate d'ammoniaque impur, préparé avec le vinaigre distillé et un sesquicarbonate d'ammoniaque, d'origine particulière, dit sel volatil de corne de cerf » (Codex). Raymond Minderer ou Mindererus était un chimiste de la fin du XVIIIe siècle qui a écrit des « ouvrages qu'on ne lit plus, que les plus intrépides bibliographes ne recherchent même pas. » (*Dictionnaire Dechambre*, article signé des initiales A. C.). Il a été toutefois l'un des premiers, sinon le premier, à employer l'acétate d'ammoniaque (C. P. GALTIER, *Traité de Pharmacologie*, Paris, 1839 ; ANDOUARD, *Les nouveaux éléments de pharmacie*, Paris, 1892 ; *Real Enzyklopedie der gesamten Pharmazie*, Berlin et Vienne, 1907). Aussi ses successeurs ont-ils voulu lui rendre justice en donnant son nom au médicament qu'il a tiré de l'oubli. D'après TROUSSEAU et PIDOUX (*Traité de Thérapeutique et de matière médicale, Paris*, 1875, p. 501), il faudrait surtout citer parmi eux BOERHAVE, CULLEN et SELB. Nous ne savons à quelle source ont puisé ces savants auteurs. D'après nos recherches, seul, BOERHAVE mentionne l'esprit de Mindererus, et encore, non à la *Matière médicale*, comme on eût pu s'y attendre, mais incidemment, dans ses *Eléments de chimie*, (Paris, 1754, t. V, p. 312). Quoi qu'il en soit de cette question mal connue, l'esprit de Mindererus prend bientôt place dans la pharmacopée. Le *Codex français* de 1818 le cite p. 250-251. De même VIREY, dans son *Traité de Pharmacie* (Paris, 1819, in-8°, t. II, p. 393). A. CHEVALLIER et A. RICHARD, *Dictionnaire des Drogues*, Paris, 1827 et le *Codex, Pharmacie française*, Paris, 1839, p. 145 et 146). Nous devons une partie de ces renseignements à l'érudition et à l'obligeance de MM. BUSQUET et HAZARD, agrégés de pharmacologie à la Faculté de Médecine de Paris. Ceux qui s'intéresseraient à celui que ses admirateurs appelaient *nobilis et magnificus vir dominus* pourront lire l'ouvrage suivant à la Bibliothèque de l'Ecole de Pharmacie de Paris : HUSEMANN, *Raymund Minderer und die Augsburger Pharmacopeia von 1613 zu 1629*. Berlin, 1899, in-folio 4, n° 6090.

Propriétés. — Elles sont au nombre de deux :

1° L'acétate d'ammoniaque est le type des *stimulants diffusibles* : cette action, qu'il doit à sa volatilité et qu'il partage avec tous les autres composés ammoniacaux, « est d'autant plus accentuée que la volatilité est elle-même plus considérable, de sorte que les ammoniaques composéses la possèdent au plus haut point » (G. Pouchet). Elle s'exerce sur le système nerveux central, et, plus particulièrement, sur le bulbe et sur la moelle. A doses toxiques, elle peut aller jusqu'à la production de crises convulsives.

2° A doses convenables, il jouit aussi de *propriétés expectorantes* dues à son action, par l'intermédiaire du système nerveux, sur l'appareil musculaire de l'arbre bronchique (A. Richaud et R. Hazard).

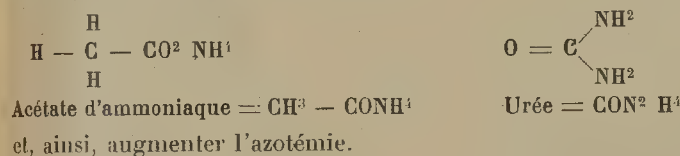
Indications et contre-indications. — Les premières sont représentées par :

1° Les *fièvres éruptives au début* : il passe pour aider l'éruption à « sortir » ;

2° La *grippe* et les *affections broncho-pulmonaires* : bronchite aiguë simple ou capillaire, broncho-pneumonie, congestion pulmonaire aiguë ;

3° Les *phénomènes de collapsus et d'adynamie.*

Quant aux secondes, elles se réduisent à une, la *rétention azotée* (Manet), l'acétate d'ammoniaque pouvant très aisément se transformer dans l'économie, en urée, comme le montrent leurs formules respectives :



$$H - \overset{H}{\underset{H}{C}} - CO^2\ NH^4 \qquad O = C \begin{matrix} NH^2 \\ NH^2 \end{matrix}$$

Acétate d'ammoniaque = $CH^3 - CONH^4$ Urée = $CON^2\ H^4$

et, ainsi, augmenter l'azotémie.

Préparation et posologie. — Le soluté d'acétate d'ammoniaque sert uniquement à l'*usage interne*. On le donne en potion, aux doses de 0 g. 50 à 3 g. On l'associe souvent à l'alcool, à l'aconit ou au benzoate de soude.

Potion pour un enfant de 4-5 ans (L. Babonneix)

Eau de laurier-cerise	1 gramme
Acétate d'ammoniaque	2 —
Rhum vieux	20 —
Sirop de fleurs d'oranger	30 —
Hydrolate de tilleul .. Q. S. p.	90 cm³

Par cuillerée à soupe toutes les 4 heures. A prendre dans les 24 heures et à renouveler trois jours.

Potion pour un enfant de 10 ans (L. Babonneix et R. Fabre)

Teinture d'aconit	x gouttes
Benzoate de soude	3 grammes
Rhum vieux	20 —
Sirop de tolu	30 —
Eau distillée .. Q. S. p.	120 —

Une cuillerée à soupe toutes les trois heures (*Grippe*).

Potion pour enfant de 13-14 ans (A. Richaud et R. Hazard)

Acétate d'ammoniaque liquide } Teinture de cannelle }	àâ 5 grammes
Sirop d'éther	30 —
Eau det illeul	120 —

Une cuillerée à soupe toutes les heures.

Synergiques. — Ce sont surtout, parmi les *toniques*, la cannelle, la cola, le quinquina et parmi les *expectorants*, l'ipéca et le polygala.

Intoxication. — En cas d'intoxication par l'acétate d'ammoniaque, on fera aussitôt, si possible, un lavage d'estomac avec une solution acide très diluée, par exemple 50 g. de vinaigre pour un litre d'eau. On prescrira ensuite :

Les *acides organiques* : citrique, tartrique, etc., en solution très étendue, ou les *jus de fruits* ;

Les boissons émollientes : lait, eau albumineuse.

Et, s'il y a lieu, les *toni-cardiaques* habituels.

En cas *d'œdème glottique*, on recourra, après échec des moyens médicaux habituels, à la trachéotomie.

Si des *convulsions* apparaissent, on prescrira les calmants habituels du système nerveux : bains tièdes prolongés, barbituriques, chloral, bromures.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1936)

M. TINEL, président, prononce l'éloge nécrologique du docteur Michel REGNARD.

Atrophie cérébelleuse syphilitique et syphilis cérébrale (étude anatomo-clinique). — MM. Th. ALAJOUANINE et Th. HORNET rapportent (avec projections) l'observation anatomo-clinique d'un homme de cinquante-neuf ans, qui présenta des signes d'atrophie cérébelleuse diffuse, avec de légers signes pyramidaux, des troubles de la mémoire et des céphalées.

Les réactions du sang et du liquide céphalo-rachidien témoignaient d'une syphilis en évolution.

Le traitement spécifique n'empêcha pas l'aggravation progressive de l'affection, qui dura environ quatre ans.

Les lésions consistaient en une atrophie corticale du cervelet. Mais une impénétration méningée et périvasculaire, de type lympho-plasmocytaire, la distribution non systématisée des lésions atrophiques, l'atteinte, plus discrète, du cortex cérébral et des noyaux gris centraux, différenciaient le tableau anatomique de celui des atrophies primitives.

Les auteurs rapprochent leur observation de celles de Guillain, Bertrand et Decourt.

La myélite extensive du zona. — MM. J. LHERMITTE et DE AJURRIAGUERRA. Ainsi que WOHLWILL et LHERMITTE l'ont montré, l'herpès zoster s'accompagne régulièrement de lésions aiguës inflammatoires de la moelle épinière, dont le maximum correspond au métamère cutané où siège l'éruption. Toutefois, dans certains cas exceptionnels, l'altération médullaire s'avère plus étendue.

Les auteurs rapportent un cas démonstratif à cet égard : il s'agit d'un zona de la première lombaire gauche et de la deuxième lombaire, chez un vieillard qui a succombé six semaines après le début de l'éruption. Les lésions myéliniques intéressent les cordons postérieurs et la substance grise du même côté que l'éruption, et leur maximum apparaît sur les segments inférieurs de la moelle cervicale. En certains points, les lésions d'infarcissement vasculaire traversent la ligne médiane.

Il est à souligner que, malgré l'intensité de ces lésions *cervicales*, le malade n'a présenté aucune douleur dans la région correspondante.

Etude anatomo-pathologique de deux cas de radiculo-névrite, le premier survenu au cours d'une intoxication mercurielle aiguë, le second d'origine infectieuse probable. — MM. Georges GUILLAIN et Ivan BERTRAND. Certaines radiculo-névrites peuvent avoir une terminaison mortelle quand elles atteignent les voies de conduction cardio-pulmonaires.

Les auteurs rapportent l'étude anatomo-clinique de deux cas de cet ordre.

Sténose de l'aqueduc de Sylvius par une tumeur très limitée. — MM. Georges GUILLAIN, I. BERTRAND et R. MESSIMY apportent l'observation anatomo-clinique d'un cas de sténose de l'aqueduc de Sylvius, chez une femme de vingt-six ans, causée par une tumeur limitée périépendymaire. Ils insistent 1° sur la pauvreté de la symptomatologie clinique, qui se résumait en un syndrome d'hypertension in-

tracranienne accompagné de légers signes cérébelleux statiques et d'une faiblesse des mouvements de convergence des yeux, 2° sur l'évolution brusquement grave, après une phase torpide de deux années, 3° sur les dangers de la ventriculographie dans de tels cas.

La petite tumeur, du volume d'un pois, constatée autour de l'aqueduc de Sylvius, présentait le type anatomique d'un spongioblastome polaire. Parmi les 7 cas connus de tumeurs autour de l'aqueduc commentés récemment par Byron Stookey et J. Scarff, il s'agissait de 2 glioblastomes polaires et de 5 astrocytomes. Toutes ces tumeurs, comme dans la présente observation, étaient de petit volume.

M. J. Lhermitte rappelle deux cas de tumeurs de l'aqueduc de Sylvius, qu'il a eu l'occasion d'étudier personnellement.

Deux cas d'encéphalopathie congénitale avec réflexes profonds du cou et syncinésies instinctives particulières. — M. P.-R. Bize.

Nystagmus vélo-palatin à la suite d'une lésion récente du faisceau central de la calotte. Etude anatomo-clinique. — MM. G. Marinesco, N. Jonesco-Sibesti et Th. Hornet.

Hydrocéphalie chronique par obstruction de l'aqueduc de Sylvius due à un pinéalome calcifié. Excellents résultats d'une opération de dérivation du liquide céphalo-rachidien par ouverture de la lame sus-optique. — MM. Lhermitte, T. de Martel et J. Guillaume présentent un malade âgé de quarante-deux ans qui, depuis l'âge de seize ans, souffre de céphalées. L'accentuation, depuis un an, des manifestations d'hypertension intracranienne, des troubles visuels en particulier, justifia divers examens, et en particulier une ventriculographie, étant donnée l'absence de symptômes neurologiques permettant une localisation. Cette ventriculographie montra une dilatation considérable du système ventriculaire, un pinéalome calcifié du volume d'une cerise comprimant l'extrémité antérieure de l'aqueduc de Sylvius, déterminant cette hydrocéphalie chronique.

Etant donnés les caractères non évolutifs de cette tumeur et la gravité d'une exérèse chez ce malade en mauvais état, on pratiqua une ouverture de la lame sus-optique, pour permettre au liquide ventriculaire de s'écouler librement dans les espaces sous-arachnoïdiens. L'intervention fut parfaitement supportée, et le malade ne présente plus actuellement aucun symptôme d'hypertension intracranienne : céphalées et stase papillaire ont disparu, l'état général est excellent. Les auteurs insistent sur l'intérêt de cette méthode dans certains cas d'obstruction de l'aqueduc de Sylvius.

Compression médullaire dorsale supérieure chez une femme de soixante-treize ans atteinte de maladie de Recklinghausen. Guérison de la paraplégie après ablation de deux petits méningiomes. — MM J.-A. Chavany, M. David et P. Thiébaut ont vu, chez une femme de soixante-treize ans, atteinte de neurofibromatose de Recklinghausen, apparaître progressivement en quelques mois une paraplégie par compression. Les auteurs insistent sur la guérison obtenue *avec des suites opératoires tout à fait normales, malgré l'âge avancé du sujet.* L'image lipiodolée objectivait nettement la présence de deux tumeurs étagées sur deux segments, qui furent extirpées, et qui s'avérèrent à la coupe comme étant des *méningiomes*. C'est un nouveau cas de maladie de Recklinghausen qui détermine des méningiomes et non des schwannomes. Ces faits peuvent s'expliquer par la théorie d'Oberling qui attribue une origine commune aux méningioblastes et éléments cellulaires qui doivent former la gaine de Schwann.

Considérations anatomiques et physiologiques relatives à un cas d'astrocytome fibrillaire de la région temporale chez une droitière. — MM. J. Guillaume et R. Thurel présentent une jeune fille de quinze ans, droitière, chez laquelle un syndrome d'hypertension intracranienne évoluait depuis six mois environ sans symptômes de localisation. La ventriculographie montra une volumineuse tumeur temporale gauche.

A l'intervention, les auteurs trouvèrent un kyste, qui contenait 150 centimètres cubes de liquide xanthochromique, et dont la tumeur murale, de découverte particulièrement difficile, était réduite au volume d'un noyau de cerise. La malade est guérie, et ne présente aucun trouble aphasique, malgré l'incision de la deuxième temporale, nécessaire pour aborder la lésion ; les auteurs insistent en outre sur l'absence de troubles du langage malgré la localisation de cette tumeur, et sur la difficulté de découverte de la tumeur murale dans certains kystes d'apparence primitive.

Spasme du cou en précolis associé à un spasme facial médian (inhibition du spasme par apnée). — MM. Th. Alajouanine, R. Thurel et J. Schwartz.

Abcès frontal droit encapsulé à staphylocoques dorés, consécutif à une infection sinuso-ethmoïdale. Ablation d'un seul bloc de l'abcès, après amputation du pôle frontal. Guérison. — MM. P. Puech, R. Thombo et M. Brun.

A propos de l'ablation d'un seul bloc des abcès encapsulés du cervelet. — MM. P. Puech, D. Mahondeau et H. Askénasy relatent le premier cas d'ablation en masse d'un abcès du cervelet, chez une femme de cinquante-deux ans, qui, à la suite d'un abcès du sein et d'un abcès de la région pubienne, présenta des signes d'hypertension intracranienne. Malgré les difficultés de la localisation, on finit par découvrir l'abcès, qui siégeait dans le cervelet, à 1 cm. 5 de profondeur dans le lobe droit. On le ponctionna, puis on l'incisa en bloc. C'était un abcès à coque, qui contenait du staphylocoque doré. La malade mourut le lendemain par hypotension intracranienne consécutive au déblocage du quatrième ventricule, mais sans infection.

Hématome sous-dural droit post-traumatique. — MM. François Thiébaut, Marcel David et Louis Guillaumat.

Tumeur de la protubérance ; spongioblastome unipolaire intraprotubérantiel ; kyste cérébelleux de voisinage. Ablation. Guérison. — MM. Cl. Vincent et H. Askénasy présentent une femme de vingt-quatre ans, chez laquelle se trouvait réalisé un syndrome d'hypertension intracranienne, avec troubles de l'équilibre et syncopes. La ventriculographie montrait une dilatation des ventricules latéraux et du troisième ventricule, mais un aplatissement de la partie supérieure de l'aqueduc de Sylvius, la partie inférieure de l'aqueduc et le quatrième ventricule restaient invisibles. L'opération permit d'abord de ponctionner un volumineux kyste développé dans le lobe gauche du cervelet, puis, après incision du derme, d'atteindre une tumeur de 4 grammes, qui faisait corps avec le triangle protubérantiel du plancher ventriculaire. La tumeur fut enlevée. C'était un spongioblastome unipolaire.

Les suites opératoires furent satisfaisantes. Les troubles cérébelleux postopératoires s'atténuèrent peu à peu, et, trois mois après l'opération, la malade semble à peu près normale.

L'ablation des tumeurs intraprotubérantielles reste une opération extrêmement rare.

De la qualité des émotions déterminantes des attaques de cataplexie. — MM. J. Lhermitte et Bineau présentent un malade chez lequel la nuance affective des émotions capables de déclencher l'inhibition partielle ou complète du tonus apparaît singulièrement précise ou déterminée. Toujours il s'agit d'une vibration émotive agréable accompagnée d'un effet de surprise. Au contraire, les émotions douloureuses ou pénibles gardent leur influence tonique. Dans ce cas, comme dans la règle, les attaques cataplectiques alternent avec les crises de narcolepsie. Le syndrome de Géli-

neau est au complet, et l'origine de la maladie demeure inconnue.

Note historique sur la syringomyélie : cavité, tissu conjonctif, névralgie, cylindroses. — MM. P. Quercy et R. de Lachaud.

Obsession après la maturité, par M. A. Williams.

Où en est la question de l'hystérie ? — M. J. Froment (de Lyon) insiste sur la nécessité, et même sur l'urgence d'une nouvelle discussion entre neurologistes au sujet de la définition de l'hystérie, et met en question la légitimité d'une « hystérie non pithiatique » dont, pour sa part, fidèle à l'enseignement de son maître Babinski, il se refuse à admettre l'existence.

A propos de trois confessions sincères d'hystérie. Hystérie et simulation. — M. Boisseau (de Nice) soutient que la « maladie hystérie » n'existe pas, mais que les accidents pithiatiques constituent un syndrome clinique indiscutable, pouvant s'observer chez des sujets dont l'état mental est très différent, depuis l'accidenté cupide jusqu'au simulateur, depuis la simple revendicatrice affective jusqu'à la grande mythomane, voire même le dément précoce au début. Il rapporte les observations de trois sujets dont les aveux prouvent que, dans la création et la persistance de leurs accidents pithiatiques, interviennent les trois facteurs de la simulation : la volonté, l'intention de tromper, le but intéressé.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(Séance du 17 novembre 1936)

Lymphogranulomatose avec cirrhose et ascite chez un enfant de 10 ans. — MM. Armand-Delille, Boissonnet et Boyer présentent un enfant atteint depuis quatre ans de lymphogranulomatose maligne caractérisée à son début par une petite adénopathie qui fut extirpée chirurgicalement. Une récidive rapide fut traitée en vain par les rayons ultra-violets, puis par une cure hélio-marine.

Ultérieurement, les adénopathies se généralisèrent, frappant en particulier les ganglions médiastinaux et provoquant des troubles de compression. Enfin apparurent une hépatomégalie et une ascite abondante. La cuti-réaction à la tuberculine est négative. Il semble enfin que la radiothérapie amène une amélioration passagère.

Thrombose de la veine ophtalmique. — MM. Armand-Delille et Boyer rapportent l'observation d'un enfant de 7 ans qui fut atteint brusquement, au décours d'une infection grave, d'une exophtalmie considérable et unilatérale due à la thrombose de la veine ophtalmique. Peu après apparut une mastoïdite grave, à laquelle l'enfant succomba, malgré l'intervention.

Un cas particulier de tuberculose du nourrisson. — M. Ribadeau-Dumas, Mme Siguier et M. Gabrit présentent un enfant de 2 ans, de souche tuberculeuse, ayant reçu à la naissance du B. C. G., et qui est actuellement atteint d'une adénite cervicale suppurée, d'un lupus verruqueux de la main gauche et d'une tuberculose pulmonaire avec paralysie de l'hémidiaphragme gauche donnant l'impression d'une phrénicectomie spontanée.

Méningo-radiculite avec troubles du caractère, tremblements et tachycardie. — MM. P. Lévy et Jean Schneider présentent une fillette de 10 ans chez laquelle on observe des troubles trophiques et vaso-moteurs des membres inférieurs, des tremblements, de la tachycardie et une aréflexie tendineuse aux quatre membres. Ces différents symptômes ont été précédés de troubles de la marche d'aspect tabétiforme, d'accès de somnolence et de troubles psychiques. Cet état évolue sans rémission depuis trois ans.

Les auteurs discutent les rapports de ce syndrome avec l'acrodynie et la méningo-radiculo-névrite de Guillain et Barré et concluent à la localisation sur les différents étages du névraxe d'un virus neurotrope encore inconnu.

Tumeur cérébrale opérée avec succès. — MM. Babonneix et David présentent une petite fille de 3 ans chez laquelle s'était développée sans cause une hémiplégie droite bientôt suivie de stase papillaire. La radiographie du crâne montra une disjonction des sutures. Au cours de l'opération pratiquée par M. David, on trouva une énorme tumeur de la région temporale gauche que l'examen histologique montra être un tératome. L'enfant a parfaitement guéri, sans avoir présenté à aucun moment de troubles du langage.

L'érythème noueux témoin de l'augmentation de l'allergie à la tuberculine. — M. Bindschedler.

Epithélioma bénin calcifié de la peau. — MM. Fèvre et Maillet présentent une fillette de 12 ans atteinte de cette affection dont ils soulignent la fréquence relative.

Zona et tuberculose. — MM. Sarrouy, Legenissel et Stora ont observé chez un enfant de 11 ans n'ayant pas eu la varicelle un zona intercostal suivi 13 jours plus tard d'un érythème noueux de nature vraisemblablement tuberculeuse. Les auteurs discutent à ce propos les rapports qui peuvent unir le zona vrai, maladie à virus neurotrope, à la tuberculose.

Polyradiculonévrite avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. — MM. Sarrouy et Bullinger-Muller rapportent le cas d'un enfant de 6 ans atteint d'une polynévrite des quatre membres quarante-cinq jours après une affection pharyngée dans laquelle on ne put mettre en évidence le bacille de Löffler. Cette polynévrite s'est accompagnée de dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien, sans xanthochromie. Elle évolue progressivement vers la guérison.

Un cas d'érysipèle du nouveau-né avec gangrène du scrotum suivi de guérison complète par le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine. — MM. Lereboullet, Gavois et Jean Bernard rapportent l'observation d'un nourrisson de 20 jours entré dans leur service avec un érysipèle généralisé à presque tout le corps, fébrile et accompagné de gangrène étendue du scrotum et des tuniques sous-jacentes. Mis d'emblée au traitement par des doses quotidiennes élevées de sulfamido-chrysoïdine (1 gr. en quatre prises), l'enfant a guéri complètement. L'action du médicament fut immédiate, mais il fallut poursuivre le traitement pendant trois mois sans aucune rémission sous peine de voir réapparaître aussitôt l'érythème ou des abcès à streptocoques. La guérison est maintenant définitive avec cicatrisation totale des bourses.

Syphilis héréditaire fébrile. — M. Grenet rapporte l'observation d'un garçon de 11 ans qui avait de la fièvre depuis neuf mois au moment où on le vit. La température oscillait entre 37°5 et 39° avec de courtes rémissions. Il n'existe aucun antécédent notable ; la cuti-réaction est négative, les urines sont normales.

Mais on observe un strabisme très net, une diminution de l'acuité visuelle réduite à 1/10 pour l'œil gauche, des signes discrets d'hypertension intra-cranienne, une splénomégalie notable et une hépatomégalie discrète. Toutes les réactions sérologiques de la syphilis sont négatives.

Le diagnostic de syphilis est aussitôt posé en face de ces symptômes, et un traitement par le cyanure de mercure est aussitôt institué. Il amène une sédation passagère de la fièvre qui cède définitivement dès la troisième injection d'une série de sulfarsénol. Cette observation est remarquable par sa rareté, par le fait que le Wassermann était négatif, ce qui est inhabituel en pareil cas, et enfin par l'échec

de la médication par le cyanure qui est ordinairement le médicament de choix.

Le cuivre dans le lait de femme et dans le lait de quelques espèces animales. — MM. Lesné, Zizine et Briskas montrent que la teneur en cuivre du lait de vache varie suivant les différentes époques de l'année et est plus élevée au printemps qu'en hiver. Ce fait est dû à la richesse en cuivre des fourrages frais dont les animaux se nourrissent pendant la belle saison.

Le lait de femme est d'autre part incontestablement plus riche en cuivre que le lait des différentes espèces animales. Cependant cette teneur en cuivre diminue rapidement à partir du huitième mois et devient insuffisante pour les besoins de l'enfant. Il faut donc à ce moment introduire dans l'alimentation les végétaux et les fruits pour apporter à l'organisme de l'enfant les traces indispensables de ce métal.

Chylothorax chez le nouveau-né. — M. Janet, Mlle Boegner et Mme Laquerrière rapportent l'observation d'un nouveau-né qu'ils ont vu à l'âge de 20 jours pour dyspnée et cyanose et chez lequel ils ont constaté des signes indiscutables d'épanchement pleural droit. La ponction pleurale permet de retirer 250 cc. environ d'un liquide laiteux que l'analyse chimique montra être du chyme, en raison de la présence de grosses gouttelettes graisseuses et de sucre en quantité notable. Après la ponction, l'état de l'enfant s'améliora rapidement ; tous les signes disparurent en peu de jours et la guérison fut complète. Les auteurs discutent l'origine de ce chylothorax, et pensent qu'on peut admettre l'influence d'un traumatisme obstétrical.

Dactylites et amputation spontanée d'une phalange chez un nourrisson syphilitique. — MM. G. Blechmann et R. Kohn ont vu apparaître chez un nouveau-né, huit heures après la naissance, des phlyctènes sur la troisième phalange du médius et la deuxième phalange du pouce. Très rapidement les lésions prennent le caractère d'une escharre sèche, et la phalange du médius finit par tomber vers la fin du premier mois. L'enfant succombe lui-même à l'âge de 3 mois de troubles digestifs. L'autopsie n'a pu être faite.

Péritonite tuberculeuse à forme ascitique chez un nourrisson. — M. Barbé (du Mans) a observé chez un nourrisson de 17 mois une péritonite tuberculeuse à forme ascitique dont l'évolution fut remarquablement bénigne. Il s'agit là d'une éventualité tout à fait exceptionnelle.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE

(SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1936)

M. le Professeur Henri Labbé fait en son nom et en celui de M. A. Bonn et de Mme Y. Lebeau une communication sur « *les caractères chimiques et biochimiques des altérations de la peau et des muqueuses dues à l'emploi de rouges à lèvres* ».

Ecartant les hypothèses présentées jusqu'à ce jour, ils en attribuent la cause à des variations du pH humoral (de la salive, par exemple) qui, provoquant la dissolution du colorant et son passage sur les tissus du derme, amènent les divers accidents constatés.

M. Thibault et Mlle Picquart exposent les notions nouvelles sur la *calcification des incisives et canines permanentes*, accompagnées de projections. En rassemblant en un tableau final les résultats de leurs investigations, ils concluent par la différence de cette chronologie avec celle admise classiquement.

MM. Dechaume et Derobert font une étude sur les *maladies professionnelles des stomatologistes et dentistes*. Celles-ci consistent surtout en accidents d'intolérance. Ils présentent plusieurs observations et terminent par quelques indications thérapeutiques et une importante bibliographie.

(SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1936)

M. Tailhefer expose l'état actuel du traitement du **cancer de la langue** et rappelle tout d'abord les caractéristiques principales de ce cancer : sa gravité due avant tout à l'envahissement précoce et important des ganglions lymphatiques du cou.

Il distingue trois groupes : les épithéliomas dorso-linguaux antérieurs, les infra-linguaux et les dorso-linguaux postérieurs (en arrière du V) et 4 degrés suivant l'étendue du cancer.

Les statistiques de la Fondation Curie donnent seulement 23 p. 100 de guérisons.

Il conclut que le traitement le plus fréquemment indiqué est l'association de la radiumpuncture linguale à l'évidement chirurgical large des ganglions du cou. Nécessité de l'évidement cervical aussitôt que possible après le traitement de la lésion linguale, et nécessité de l'évidement bilatéral dans tous les cas où la lésion atteint ou dépasse la ligne médiane de la langue.

M. Thibonneau rappelle les **risques du stomatologiste dans la radiographie dentaire.** Il indique des moyens simples pour se rendre un compte approximatif de la quantité de rayonnement émis. Il résume les précautions à prendre pour s'en protéger et insiste sur les dangers qu'encourt le praticien en tenant lui-même les films dans la bouche des patients.

M. Gornouec présente une étude sur le **traitement des canaux infectés** accompagnée de résultats radiographiques et de projections.

PRATIQUE MÉDICALE

LES DINITROPHÉNOLS ET LEURS DÉRIVÉS EN THÉRAPEUTIQUE (1)

par M. René-Maurice Tecon

Cet important travail comprend les observations personnelles de l'auteur et les résultats d'un vaste référendum organisé parmi les plus notoires de ses confrères.

R.-M. Tecon rappelle longuement les recherches expérimentales sur les dinitrophénols et résume ensuite les conclusions de travaux américains et français (ou de langue française). Ces conclusions thérapeutiques sont d'ailleurs concordantes et se trouvent admirablement résumées dans la récente communication du professeur Pouchet à l'Académie de médecine.

E. Exchaquet, de Montreux, entre autres, précise qu'il n'a plus constaté, depuis un an qu'il emploie Dinitra, les phénomènes d'intolérance signalés antérieurement (ce qui montre l'intérêt d'un produit pur). Il signale quelques cas d'accoutumance qu'il a essayé de réactiver par des cures opothérapiques associées. De toutes façons, le médicament s'est montré actif et inoffensif lorsqu'il est appliqué prudemment.

Tecon rappelle ensuite la polémique engagée en Angleterre autour de la toxicité du dinitrocrésol et que termina l'accident mortel retentissant d'une danseuse londonienne.

Il semble donc qu'il faille n'utiliser que les dérivés dinitrophénoliques en thérapeutique. A condition de garder le malade sous une surveillance étroite et de l'avertir des dangers qu'il y a à dépasser les doses prescrites, le médecin possède, dans la médication dinitrée, une thérapeutique active et de grande valeur.

(1) *Paris Médical*, 10 décembre 1936.

NOTES POUR L'INTERNAT

ARTHRITES BLENNORRAGIQUES

L'arthrite blennorragique, véritable métastase articulaire de la gonococcie, est une affection grave, parce que souvent rebelle à toute thérapeutique, parce que fréquemment récidivante, aboutissant souvent à une organisation fibreuse et même à l'ankylose de l'article.

ETIOLOGIE

Elle viendrait classiquement compliquer 2 p. 100 des gonococcies.

Elles sont *toujours secondaires à une septicémie gonococcique* à porte d'entrée de règle génitale :

Soit une uréthrite, surtout uréthrite postérieure ;

Soit une vésiculo-prostatite à la phase chronique ;

Soit une métrite.

On la voit donc entre 20 et 40 ans, mais elle n'est pas exceptionnelle chez l'enfant et le nourrisson.

C'est dans l'ordre, *le genou surtout*, le poignet, la tibio-tarsienne qui sont le plus fréquemment touchés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

— Les lésions de la *synoviale* sont constantes, réalisant :

Soit une simple hyperémie, soit une séreuse congestive tomentueuse, recouverte d'exsudats fibrineux, parfois même avec points de suppuration, voire même de gangrène.

— *Le cartilage* présente des ulcérations en coup d'ongle ; parfois, il est perforé avec vastes décollements.

— *La capsule et les ligaments* sont infiltrés et détruits.

— Tous les tissus *périarticulaires* sont infiltrés d'un œdème trouble ;

— La *cavité articulaire* est siège d'un épanchement soit citrin, soit louche, plus rarement purulent.

— Le *périoste* réagit à distance, réalisant une périostite hypertrophiante ; enfin il existe des lésions d'ostéo-périostite donnant à l'os une consistance de sucre mouillé.

On peut trouver le gonocoque dans le liquide articulaire, mais c'est surtout *à la face interne de la synoviale* qu'il est le plus facile à mettre en évidence ; cela à la phase aiguë ; dans les arthrites prolongées, la recherche est en général négative.

Si, avec Mondor, on tient pour essentielles les lésions de la synoviale, on doit donc décrire plusieurs formes anatomo-cliniques :

— La synovite sèche, c'est l'arthralgie ;

— La synovite avec épanchement, c'est l'arthrite avec épanchement ;

— La synovite phlegmoneuse avec ou sans périarthrite ;

— La chondro-synovite réalisant des arthrites prolongées ;

— L'ostéo-arthrite phlegmonneuse réalisant la panarthrite grave.

SYMPTOMATOLOGIE

Les aspects cliniques de l'arthrite gonococcique sont extrêmement nombreux.

Nous étudierons la localisation du genou.

On peut envisager successivement :

Des formes médicales : arthralgies et polyarthrites ;

Une monoarthrite suppurée ou phlegmoneuse ;

Des formes chroniques.

Elles peuvent s'associer, se superposer, se succéder chez le même malade.

Un lien les réunit toutes : leur tendance à la chronicité *et leur évolution vers l'ankylose et les rétractions fibreuses.*

Formes médicales.

Elles ont un très gros intérêt du point de vue diagnostic, car il est rare qu'à l'interrogatoire d'un malade présentant une autre des formes on ne retrouve pas des antécédents soit d'arthralgie, soit de polyarthrite rhumatismale.

L'arthralgie est marquée par l'apparition brusque de douleurs vives dans la deuxième moitié de la nuit. De courte durée, elles disparaissent quand le malade, au réveil, a « dérouillé » ses articulations. L'article n'est pas gonflé ; il existe simplement un peu de douleur périarticulaire. Elles sont capricieuses, mobiles, tenaces et rebelles et très souvent aboutissent à une arthrite vraie.

La polyarthrite rhumatismale (traduction de la phase septicémique) frappe et des grosses articulations et des petites (mains, orteils, sterno-claviculaires).

Il existe une légère tuméfaction périarticulaire ; la peau est sèche, chaude ; la douleur est à la fois articulaire et périarticulaire ; l'atrophie musculaire s'installe très rapidement. La température est à 38°, 39° ; il y a de la courbature et un malaise général.

Bien souvent l'échec du traitement salycilé fait, devant un tel tableau, penser à la gonococcie. Bien souvent et assez rapidement, l'infection se localise sur une articulation, réalisant une forme chirurgicale.

Formes chirurgicales

Arthrites avec épanchement.

Cliniquement, elles présentent deux aspects :

— *Tantôt évolution rapide et bruyante :*

Les douleurs sont très vives, entraînant une impotence fonctionnelle absolue.

Les signes généraux sont graves : température à 40°. Le genou est bloqué dans une demi-flexion, le gonflement est considérable. C'est un véritable tableau de pyoarthrose, que vient confirmer la ponction, qui ramène du pus franc.

— *Plus souvent, l'évolution est discrète et lente :*

La douleur est très supportable, l'impotence fonctionnelle n'est pas absolue, cependant que le gonflement est considérable.

La ponction ramène rarement un liquide citrin, plus souvent un *liquide louche*, filant, contenant des filaments.

Quoique torpides, ces formes sont graves.

Durant des semaines, des mois, le genou reste distendu, et l'évolution se fait vers une distension capsulo-ligamenteuse d'un mauvais pronostic fonctionnel.

Dans d'autres cas, l'épanchement se résorbe, puis, au bout d'un certain temps, se reproduit ; ainsi apparaît une hydarthrose récidivante.

La périarthrite phlegmoneuse.

Début. — Le malade porteur d'une uréthrite voit brusquement disparaître ou diminuer son écoulement.

Souvent, des signes généraux graves traduisent la phase septicémique. Les petites articulations sont effleurées par des douleurs fugaces, qui bientôt se localisent au genou.

Etat. — La douleur est remarquable par son acuité ; elle est surtout nocturne et cède avec l'immobilisation.

Les téguments sont distendus par une tuméfaction considérable.

La peau est lisse, rouge, avec des traînées lymphangitiques. La chaleur locale est nettement augmentée.

La douleur siège au niveau de l'interligne et des culs-de-sac synoviaux.

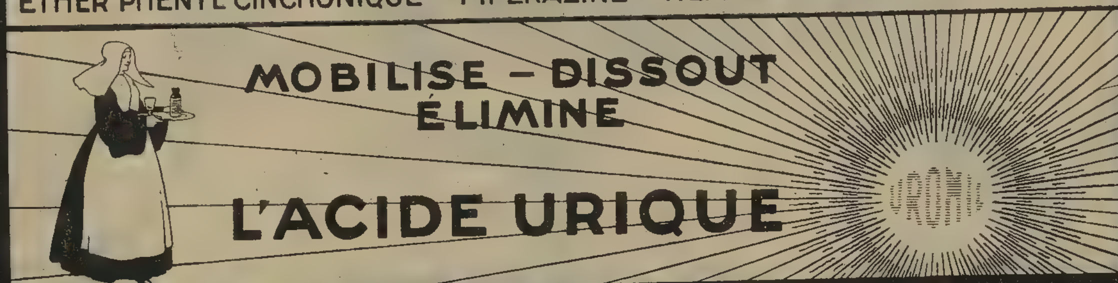
Toute la région est infiltrée d'un œdème dur, gardant le godet.

Dès qu'on immobilise, la douleur diminue, la fièvre tombe et le sommeil revient.

(A suivre.) ROGER-JEAN CHEVALLIER.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


·UROMIL·
ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE
MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE
L'ACIDE URIQUE
UROMIL
ARTHRITISME
Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

N° 25. — SAMEDI 27 MARS 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — JURY DU CONCOURS DE CHIRURGIEN (*nomination*). — MM. les docteurs : de Gaudart d'Allaines, Capette, Mondor, Grégoire, Chevrier, Okinczyc, Renaud Maurice.

— CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (*admissibilité.*) — Sont déclarés admissibles : MM. Delay et Lenègre, 64 ; Albeaux-Fernet, Bernard et Merklen, 60 ; Boudin, 59 1/2 ; Salles, 59 ; Albot, 58 ; Hamburger, 57 1/2 ; Launay, 55.

Journée médicale internationale de laryngologie. — Réunion médicale ayant pour but de rassembler les principales données théoriques et pratiques concernant la voix parlée et plus spécialement la voix chantée.

Le docteur André Castex et le docteur L. Labarraque ont organisé une Journée médicale qui aura lieu le 13 juillet 1937, sous le haut patronage du comité d'honneur suivant :

Professeurs : docteur F. Lemaître, de Paris ; docteur E. Escat, de Toulouse ; docteur P. Jacques, de Nancy ; docteur G. Portmann, de Bordeaux ; docteur G. Canuyt, de Strasbourg ; docteur J. Terracol, de Montpellier ; docteur E. Halphen, de Paris ; docteur J. Piquet, de Lille ; docteur R. Jousseaume, de Rouen ; docteur H. Aboulker, d'Alger.

Oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux de Paris : docteur H. Bourgeois, docteur A. Hautant, docteur Baldenveck, docteur A. Moulonguet, docteur J. Rouget, docteur A. Bloch, docteur J. Ramadier, docteur M. Bouchet, docteur M. Aubry, docteur M. Ombrédanne et de MM. les docteurs H. Flurin et G. Batier.

Prière d'adresser au docteur L. Labarraque, 78, rue de Miromesnil, Paris (8e), les demandes de renseignements et la cotisation de 50 francs qui donne droit : 1° à une carte personnelle avec entrée gratuite à l'Exposition, pendant la « Semaine du Chant » (du 11 au 19 juillet 1937) ; 2° à assister à toutes les manifestations techniques ou artistiques du congrès international du chant ; 3° à communiquer et à discuter pendant les séances de la Journée médicale ; 4° à une réduction de 50 p. 100 environ, sur tous les chemins de fer français.

XVIe réunion neurologique internationale annuelle. — La XVIe Réunion neurologique internationale se tiendra à Paris, du jeudi 8 juillet au mercredi 13 juillet 1937 inclus.

La séance d'ouverture aura lieu le jeudi 8 juillet, à 14 h. 30, à l'Exposition internationale. Les séances ultérieures se tiendront à la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital (amphithéâtre de l'Ecole des infirmières).

Les séances auront lieu le matin, de 9 h. à 12 h., et l'après-midi de 15 à 18 h.

La question suivante a été mise à l'étude :

« La douleur en neurologie ».

1° Introduction. — Physiologie et pathologie générales de la douleur : MM. A. Baudouin et H. Schaeffer (Paris) ;

2° La douleur dans les maladies organiques du système nerveux : *a*). Système nerveux central : MM. Riddoch et Critchley (Londres), et Garcin (Paris) ; *b*) Nerfs périphériques : M. Dechaumme (Lyon) ;

3° Douleur sympathique et douleur viscérale : M. Ayala (Rome) ;

4° La douleur vue par un psychiatre : M. Noël Péron (Paris) ;

5° Le diagnostic objectif de la douleur. Considérations médico-légales : MM. Crouzon et Desoille (Paris) ;

6° La thérapeutique de la douleur : *a*) La neurochirurgie de la douleur : M. Leriche (Strasbourg) ; *b*) La radiothérapie de la douleur : MM. Haguenau et Gally (Paris).

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Crouzon, Secrétaire général, 70 *bis*, avenue d'Iéna.

6e Congrès français de Gynécologie. — Le Congrès se réunira du 15 au 18 mai 1937, à la Faculté de médecine de Toulouse.

Président d'honneur : M. le professeur C. Daniel, de Bucarest ; Président : M. le professeur Mériel, de Toulouse; Secrétaire général : M. Maurice Fabre, Secrétaire général de la Société française de Gynécologie (1, rue Jules-Lefebvre, Paris (9e). Tél. Trinité 44-88).

Comité local d'organisation. Président : M. le professeur Léon Dieulafé, de Toulouse.

Question à l'ordre du jour : « Le cancer du col utérin ».

Samedi 15 mai. — A 10 heures. Séance d'ouverture du Congrès. Discours de M. le professeur C. Daniel, Président d'honneur du Congrès ; de M. le professeur Bardier, doyen de la Faculté de médecine de Toulouse ; de M. le professeur Mériel, Président du Congrès. Rapport de M. le docteur Maurice Fabre, Secrétaire général du Congrès.

A 11 heures. Séance de travail. 1) Exposé du Rapporteur général : M. le professeur Ducuing (Toulouse). 2) Quelques notions étiologiques et anatomo-pathologiques sur le cancer du col utérin. Rapporteur : M. Xavier Bender (Paris). Discussion et communications ; 3) Dépistage et diagnostic du cancer du col utérin. Rapporteurs : MM. les professeurs Max Aron (Strasbourg), Hamant et Chalnot (Nancy). Discussion et communications.

A 14 heures. Séance de travail. 1) Retentissement du cancer du col utérin non traité sur l'appareil urinaire. Rapporteurs : MM. le professeur Chauvin (Marseille), Maxime Leroy (Paris), Giscard (Toulouse). Discussion et communications. 2) Le traitement chirurgical du cancer du col en dehors de la gestation. Rapporteurs : MM. Louis Michon (Lyon) et R. Dieulafé (Toulouse). Discussion et communications. 3) Présentation d'instruments de chirurgie.

A 20 heures. Banquet offert par le Comité d'organisation.

Dimanche 16 mai. — A 9 heures. Séance de travail. 1) Le traitement par la radiothérapie (Radium et Rayons X). L'électrocoagulation. Rapporteurs : MM. P. Lehmann (Paris) et Marquès (Toulouse). Discussion et communications. 2) Complications du traitement du cancer du col par la radiothérapie. Rapporteur : M. le professeur Ducuing (Toulouse). Discussion et communications. 3) Présentation d'appareils de physiothérapie.

A 15 h. 30. Visite du Centre régional anticancéreux.

A 16 h. 30. Réception au Parc des Sports et à l'Institut d'Education physique. Manifestation artistique et gymnique.

A 20 heures. Dîner du 6e Congrès français de Gynécologie, sous la présidence de M. le professeur C. Daniel, Président d'honneur du Congrès, suivi d'une soirée dansante. S'inscrire au Secrétariat.

Lundi 17 mai. — A 9 heures. 1) Le cancer du col restant. Rapporteurs : MM. Lefebvre et Gonzi (Toulouse). Discussion et communications. 2) Récidives et métastases dans le cancer du col. Rapporteurs : MM. R. Dieulafé (Toulouse) et Curtillet (Alger). Discussion et communications. 3) Le traitement du cancer du col au cours de la gestation. Rapporteurs : MM. les professeurs Paucot (Lille) et Guilhem (Toulouse). Discussion et communications.

A 14 heures. Assemblée générale de la Société française de Gynécologie.

A 15 heures. Séance de travail.

Mardi 18 mai. — Excursion dans le Comminges, offerte aux congressistes par le Comité d'organisation du Congrès.

Pour les inscriptions et tous renseignements d'ordre matériel, s'adresser au Secrétaire général, le docteur Maurice Fabre, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (9e).

Association des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris. — Nous rappelons que les médecins désirant se faire remplacer par un interne des hôpitaux de Paris (médecine, chirurgie et toutes spécialités), doivent adresser leur demande au secrétariat de l'Association, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris (6e). Tél. : Danton 09-60.

Nouvelles brèves. — Le Congrès des médecins amis des vins de France s'est tenu à Alger cette semaine.

— Le 32e Congrès des anatomistes français et de langue française a eu lieu à Marseille, sous la présidence du professeur Alezaïs, directeur honoraire de l'Ecole de médecine.

— On parle de transformer l'école de Médecine de Nantes en Faculté de médecine.

Nécrologie. — Le docteur Fontès, professeur d'hydrologie à la Faculté de médecine de Strasbourg.

— Le docteur Baltus, ancien professeur de physiologie, doyen honoraire de la Faculté libre de Lille.

— Le professeur U. Gardini (de Bologne). Il était le fondateur de l'*Archivio italiano d'urologia.*

— Le docteur Galezowski (à Paris).

— Le docteur Sabatier (à Lyon).

— Le docteur Demay (à Paris).

— Le docteur Louis Romain-Régné, médecin lieutenant des troupes coloniales, décédé à Marseille, à l'âge de 26 ans.

— M. Jacques Cavalier, directeur de l'Enseignement supérieur au ministère de l'Education nationale, décédé accidentellement.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

MÉDECINS ÉTRANGERS

M. Louis Linyer, sénateur, demande à M. le Ministre de la Santé publique quelle est, à l'égard de la loi Nast du 26 juillet 1935, la situation d'un médecin de nationalité grecque, muni, à Paris, en 1927, des titres initiaux (baccalauréat, philosophie), de certificats d'études physiques, chimiques et naturelles, à Paris en 1929, marié en 1932 avec une Française ayant conservé sa nationalité, ayant demandé sa naturalisation en mai 1935, titulaire du diplôme d'Etat (thèse en juin 1936) et spécialement si ce praticien est obligé d'attendre sa naturalisation avant de pouvoir exercer en France. (Question du 9 novembre 1936.)

Réponse. — Le médecin dont la situation est signalée par l'honorable sénateur ne peut exercer sa profession en France avant d'avoir obtenu sa naturalisation, par application du dernier paragraphe de l'article 7 de la loi du 26 juillet 1935 qui ne dispense que du délai d'attente prévu aux paragraphes 2 et 3 du même article, et non de la naturalisation. (*J. O.*, 4 déc. 1936.)

REVUE GENERALE

ÉTUDE CLINIQUE DES ARTÉRITES JUVENILES

Par M. Jacques CHAUTEMPS

Au point de vue anatomique, les artérites ont un syndrome unitaire, quel que soit leur siège. Au point de vue clinique, il n'en est pas de même ; les artérites des membres donnent naissance à un syndrome clinique qui a son individualité quel que soit le membre atteint ; les artérites viscérales ne produisent aucun syndrome particulier à l'artérite : quand elles déterminent des troubles, ce sont naturellement ceux qui révèlent l'existence d'une maladie viscérale. On peut donc dire que, si le syndrome clinique de l'artérite des membres est un syndrome propre, le syndrome clinique de l'artérite viscérale est un syndrome d'emprunt.

LES SYMPTOMES DE L'ARTERITE

Comme toutes les maladies, l'artérite possède des symptômes habituels ou cardinaux, parmi lesquels il est des symptômes qui ont presque un caractère de spécificité. Il est aussi des symptômes de moindre valeur, parce que inconstants ; et, enfin, il est des symptômes habituels, que l'on peut voir apparaître chez un malade ou dans une observation, mais dont la rareté, si l'on prend en considération l'ensemble des faits observés, diminue beaucoup l'intérêt. Malgré leur caractère inhabituel ou leur rareté, il faut cependant connaître ces symptômes pour ne pas marquer, à leur constatation, une surprise qui pourrait désorienter le diagnostic clinique.

I. — Les *symptômes habituels ou cardinaux* sont : la *douleur*, les *troubles circulatoires* et les *troubles trophiques*.

La *douleur* est spontanée et provoquée. Spontanée, la douleur se produit au repos, dans certaines positions du pied, et en particulier au lit lorsque la jambe est étendue à l'horizontale, et d'ailleurs également dans toutes les conditions de réchauffement rapide du membre. La douleur est aussi provoquée par le mouvement, en particulier par la marche, elle prend alors l'aspect bien connu de la *claudication intermittente*. Comme toutes les douleurs profondes aux caractères imprécis, chaque malade cherche à la décrire en donnant une comparaison, et cette comparaison est différente d'un malade à l'autre. Les comparaisons qui reviennent le plus souvent dans la description des malades, sont la *crampe douloureuse*, la *sensation de broiement* et de *torsion profonde*, la *sensation d'étau*, les *lancinements à déclanchement brusque*, les *douleurs fulgurantes*, les *douleurs à type de rhumatismes*. A ces douleurs de caractère intense et vraiment pénibles, sont ajoutées des douleurs de caractère moins violent, mais qui agacent plus qu'elles ne font souffrir, elles constituent véritablement des *paresthésies*. Les fourmillements, les sensations de chaleur et de froid à type de brûlure ou de bain glacé, les sensations de battements pulsatiles, sont de cet ordre.

Les *troubles circulatoires*, phénomènes objectifs, n'ont pas toujours été remarqués par le malade quand il vient consulter ; dans d'autres cas il décrit avec complaisance et minutie ses constatations : le pied qui devient blanc et froid dans certaines positions ou à certains moments ; un ou plusieurs doigts qui deviennent violets ; l'extrémité qui rougit brusquement avec sensation de chaleur, ou laisse voir des marbrures inquiétantes et des trainées rouges et douloureuses. Dans certains cas, ces troubles, plus intenses, prennent la forme du *doigt mort*. La *syncope locale*, l'*acrocyanose*, l'*érythromélalgie* sont des symptômes cardinaux de l'artérite.

Autres phénomènes objectifs : les *troubles trophiques mineurs du début* (petites ulcérations, déformation des ongles, chute des poils, glossy skin) ; les *troubles graves de la période d'état* (larges ulcérations douloureuses, sphacèle livide ou blanc, sphacèle violet ou noir, gangrène sèche avec transformation cornée et, parfois même, gangrène humide).

Parmi les signes cardinaux de l'artérite juvénile, il faut également relever des *phénomènes inflammatoires localisés* : inflammation du type de la lymphangite localisée et du type des phlébites localisées. A ces phénomènes, il faut ajouter les *œdèmes* et l'*atrophie musculaire*, conséquences des troubles de l'irrigation et de l'inaction fonctionnelle du membre.

Tous ces symptômes, qui sont habituels dans l'artérite juvénile, ont une valeur immense car, averti de leur possibilité et de leur signification sémiologique, on pensera à l'existence d'une artérite, même chez un sujet encore jeune. Ils constituent donc les *symptômes d'alarme de l'artérite*.

L'artérite juvénile est accompagnée de *troubles généraux* dont l'intensité est souvent impressionnante. En peut-il être autrement, puisqu'il s'agit de patients qui souffrent un perpétuel martyre, qui ne dorment pas, sont préoccupés par l'idée du mal et de ses conséquences et ne trouvent de soulagement que dans l'usage excessif des analgésiques et des soporifiques ? Ce qui étonne, au contraire, et montre la subordination de ces phénomènes généraux à la lésion locale, c'est le rapide retour à la santé quand l'intervention thérapeutique a supprimé le foyer de douleur et d'intoxication.

II. — Les *symptômes inconstants et rares* sont de moindre intérêt pratique, nous nous bornerons à les indiquer :

Des modifications trophiques osseuses sont révélées par la radiographie, et confirmées par les constatations faites après amputation. La radiographie montre une décalcification qui porte avant tout sur les épiphyses, mais que l'on constate également dans les os courts, par exemple ceux du tarse et du carpe. A la dissection, on est étonné de voir avec quelle facilité un couteau est enfoncé dans l'os, car celui-ci est véritablement spongieux, comme c'est le cas, par exemple, dans les mastoïdites. Ce phénomène doit être considéré comme un trouble trophique secondaire aux désordres de l'irrigation.

Des troubles mentaux imputables à la violence des douleurs, et aux appréhensions du malade quant à l'avenir de ses membres, ont été signalés.

III. — Les *modifications humorales* sont inconstantes et sont loin d'être identiques d'un malade à l'autre. Il est donc difficile d'assigner un syndrome humoral fixe et précis à l'artérite juvénile. L'étude de nombreuses observations permet cependant quelques constatations d'ensemble et quelques conclusions.

L'étude de la formule sanguine montre assez souvent des modifications qui portent principalement sur la leucocytose et la formule leucocytaire. On a voulu en déduire une indication sur l'existence d'un état infectieux ; en réalité, les faits observés dans l'infarctus du myocarde montrent que ces réactions leucocytaires, quand elles existent, sont la conséquence d'un état inflammatoire produit par l'ensemble thrombus-vaisseau et par les modifications qui se produisent dans cet ensemble au moment de la thrombose et de son organisation ultérieure.

La formule chimique observée est : hyperazotémie éventuelle sans signification spéciale, hyperglycémie fréquente, hypercholestérinémie habituelle. De telles modifications ne sont pourtant pas particulières à l'artérite juvénile ; elles sont observées dans les artérites séniles et préséniles. On serait donc tenté d'en faire le syndrome humoral des artérites périphériques. En réalité, ces modifications sont observées également, avec la même fréquence, dans les aortites et chez les patients atteints d'hypertension artérielle. Le syndrome humoral n'est donc pas particulier aux artérites périphériques, c'est le syndrome humoral habituel des maladies vasculaires.

A la suite des travaux d'Oppel sur les surrénales, Aschkine et Ornatzky ont voulu montrer la « réalité » de l'hyperadrénalinémie en faisant agir le sérum des artéritiques sur l'intestin isolé du lapin (expérience de Magnus). Ces expériences ont été critiquées cependant par Leibovici. Les auteurs italiens Bastae, Cornatti, Dagliotti, Donati et Giordano se sont attachés à mettre en évidence le rôle des parathyroïdes dans les artérites. Ces glandes paraissent agir sur la production du spasme artériel en stimulant les fonctions de la surrénale, mais aussi en provoquant de l'hypercalcémie.

L'étude de la formule bactériologique est des plus décevantes. Il n'y a aucune preuve de l'existence systématique d'un état infectieux et, quand celui-ci existe, il s'agit d'infection de nature variable d'un cas à l'autre. On ne peut pas aller au delà de la constatation suivante : il est des patients atteints d'artérite juvénile chez lesquels on décèle l'existence, antérieure ou contemporaine, d'une infection ou d'une maladie infectieuse. Mais ces cas sont la très petite minorité des faits observés, et la nature de l'infection est trop variable d'un cas à l'autre pour qu'on puisse rapporter l'artérite juvénile, dans son ensemble, à une infection déterminée et spéciale ; tout au plus peut-on dire que l'artérite juvénile peut, dans certains cas, accompagner un état infectieux ou même en être la conséquence directe.

I. — Le groupement des symptômes en formes cliniques et la phase de début des artérites juvéniles

Les symptômes cardinaux de l'artérite juvénile ne sont pas égaux à eux-mêmes d'un cas à un autre, et, comme dans toutes les maladies, ils sont, suivant les cas, soit hypertrophiés, soit atrophiés dans le tableau clinique. Cette prédominance individuelle de certains symptômes chez un patient, celle d'autres symptômes chez un autre patient, donne à l'artérite un aspect fort différent d'un malade à un autre. Cette différence n'est d'ailleurs apparente que dans la phase de début de l'affection. Ultérieurement, quel que soit leur début, toutes les formes se fondent en un type, toujours à peu près le même, celui des troubles trophiques graves et du sphacèle.

Cette différence dans l'aspect clinique de l'artérite juvénile à ses débuts ne doit cependant pas faire croire à l'inexistence de types cliniques stables, à une divagation des symptômes de la maladie à ses débuts ; s'il existe plusieurs modalités cliniques pour parvenir au stade unique des troubles trophiques graves, ces modalités diverses restent, chacune en particulier, fort semblables à elles-mêmes chez les malades de même catégorie.

I. — Les formes douloureuses

1° *Forme névralgique.* — Les premiers symptômes pour lesquels le malade vient consulter sont des douleurs. Ce sont des douleurs spontanées variant sous l'influence des conditions extérieures ou intérieures, auxquelles le malade attribue d'ailleurs une grande importance. L'apparition des premiers troubles, chez l'un, a coïncidé avec une période froide de l'année. Chez l'autre, les phénomènes douloureux apparaissent régulièrement l'hiver, pour s'atténuer et même disparaître dès les premiers beaux jours. Tel patient incrimine les changements de temps, tel autre les excès alimentaires ou le surmenage intellectuel ; celui-ci, le refroidissement nocturne, celui-là la chaleur du lit.

Le siège de la douleur varie d'un malade à l'autre, le caractère de la douleur également.

Les douleurs sont polymorphes. Toutes les formes cliniques de la douleur sont observées. Elles n'ont pas toujours le caractère d'intermittence ; ce sont alors des douleurs continues, pseudo-névritiques, telles qu'en ont signalé Meleney, Miller et Leriche. Ce sont encore des douleurs à type de plaques hyperalgésiques et de crampes.

2° *Formes rhumatoïdes.* — Des rhumatismes tourmentent le malade. Tel est du moins le diagnostic fait habituellement devant les troubles douloureux vagues musculaires et articulaires. Buerger insiste sur ces formes rhumatoïdes : « On peut dire que chez un jeune Hébreu, particulièrement d'origine russe ou polonaise, toute gêne persistante dans le pied ou la jambe justifie une investigation minutieuse, visant à vérifier l'intégrité des artères du membre ».

3° *Formes caractérisées par des troubles fonctionnels et des phénomènes douloureux de mouvement.*—

Le malade vient consulter pour des douleurs. Mais il s'agit moins de douleurs spontanées que de douleurs survenant à l'occasion d'un effort, en particulier de la marche. Ces douleurs et l'impotence fonctionnelle associées donnent à ces troubles l'aspect bien connu de la claudication intermittente.

Ce phénomène est des plus fréquents et chez la majorité des patients on trouve, comme l'écrit Buerger, « une interminable histoire de claudication intermittente ».

Il n'est pas rare de rencontrer l'équivalent de ce phénomène aux membres supérieurs.

4° Les *phénomènes moteurs.* — Chez certains malades, les douleurs aboutissent à une impotence fonctionnelle souvent totale. C'est là une conséquence sur laquelle il n'est point besoin d'insister. On comprend aisément, en effet, qu'un individu chez lequel la marche provoque des douleurs ne soit nullement tenté de faire usage de ses jambes. D'ailleurs, s'il veut forcer sa nature, celle-ci se rappelle brutalement à lui après quelques centaines de mètres, lui imposant alors un arrêt prolongé.

L'inaptitude au mouvement, le repos forcé qui en est la conséquence, ont pour effet d'entraîner une atrophie des masses musculaires dans les membres privés d'exercice, ce qui contribue à accentuer l'impotence fonctionnelle.

5° Les *erreurs de diagnostic auxquelles conduisent les phénomènes douloureux.* — Pratiquement, au début de l'extériorisation clinique des artérites oblitérantes, la constatation des phénomènes douloureux conduit trop souvent à des diagnostics bien éloignés du trouble d'irrigation sanguine tissulaire : névralgies, rhumatismes, arthrite, goutte, pied plat sont des diagnostics souvent faits et maintenus pendant longtemps, jusqu'à l'apparition des troubles trophiques.

Ce qui, en réalité, est la cause d'erreurs de diagnostic en cette matière, c'est la méconnaissance habituelle de la notion d'artérite juvénile. Connaître leur existence, rechercher systématiquement l'état de la circulation chez les sujets jeunes, toutes les fois qu'un patient se plaint de douleurs d'aspect rhumatismal, de douleurs à la marche, c'est faire le diagnostic de l'affection, et il n'y a pas possibilité de se tromper quand l'examen de l'appareil circulatoire est bien fait et complet.

Il n'y a donc d'autre méthode de diagnostic qu'un examen attentif aidé des instruments adéquats, et les erreurs possibles et fréquentes dans ces formes douloureuses sont seulement la conséquence d'une exploration superficielle et d'un médecin qui se contente d'écouter le malade sans chercher, derrière les troubles douloureux accusés, autre chose que le trop commode rhumatisme ou l'arthritisme encore plus complaisant.

II. — Formes caractérisées par des troubles circulatoires

Les modifications de coloration des membres sont des phénomènes objectifs qui, souvent, n'ont pas été remarqués par les malades qui viennent consulter.

En abaissant le membre, on met en évidence *l'érythrose de déclivité.* En le portant à la verticale, l'érythrose disparaît à un moment donné (angle de suffisance circulatoire de Buerger), pour faire place à une pâleur d'élévation. Ces deux états sont complémentaires l'un de l'autre. N'accompagnant que les changements de position du membre, ils sont purement passifs. Mais leur intensité a pu légitimer la description d'une forme érythromélique de l'affection.

Dans d'autres cas, le malade a constaté des troubles circulatoires. Ce sont des *phénomènes vaso-moteurs* qui ne dépendent pas seulement de la position du membre, mais aussi des conditions de variabilité thermique et des efforts. L'*acrocyanose*, les *marbrures*, la *syncope locale* sont des manifestations de grande importance symptomatologique qui constituent, dans nombre de cas, les premiers en date des signes qui témoignent de l'atteinte circulatoire, on les voit apparaître avant que des douleurs très vives et qu'une claudication intermittente caractéristique aient précisé le tableau clinique.

L'exposition au froid détermine bien souvent une syncope locale (pâleur, engourdissement et hypoesthésie) qui ne cède que lentement à la chaleur. Le réchauffement peut provoquer d'ailleurs une crise de brûlure locale avec fourmillements et rougeur de la peau, et il est assez fréquent de relever, dans les dires du patient, que les sensations douloureuses et les modifications de couleur qui le tourmentent sont exagérées par la chaleur et calmées par le froid (A. C. Guillaume). Ces phénomènes, si différents d'un malade à un autre, témoignent de l'instabilité vaso-motrice dans ces cas. Le malade souligne souvent lui-même la façon dont il réagit aux conditions atmosphériques, et insiste sur la facilité avec laquelle il a des « engelures », avec laquelle « ses doigts deviennent morts ».

Il faut savoir que des symptômes vaso-moteurs marquent souvent le début d'une lésion artérielle organique, et Buerger souligne la nécessité, dans ces cas, d'une observation prolongée avant d'affirmer, pour un cas donné, la simple instabilité vaso-motrice, le spasme vasculaire.

Cependant, on ne peut pas attribuer une considérable valeur diagnostique à ces troubles circulatoires, car on les retrouve dans des affections qui sont considérées comme distinctes des artérites juvéniles (le syndrome de Raynaud, par exemple), mais il est légitime d'admettre la possibilité d'une forme vaso-motrice de début de l'affection.

III. Les formes inflammatoires

1° *Forme pseudo-lymphangitique.* — Pour peu que la peau du membre soit le siège de placards rouges, qu'elle soit gonflée, douloureuse au toucher, on a tôt fait de penser à des lésions de lymphangite. L'excoriation minime, porte d'entrée éventuelle, est cependant impossible à trouver. Nous n'insisterons pas sur ces *pseudo-lymphangites*, mais il n'est pas rare de trouver, dans les antécédents d'un patient, de multiples épisodes « inflammatoires » de cet ordre.

2° *Forme phlébitique simple.* — Une phlébite amène le malade à consulter ; mais ce qui frappe, c'est la faible étendue des lésions, alors que dans la phlébite

variqueuse, par exemple, les signes sont étagés à des hauteurs différentes du membre atteint. L'aspect de la phlébite varie d'ailleurs avec l'âge de cette lésion ; rarement, mais parfois cependant, on assiste à la phase aiguë faite de phénomènes douloureux d'inflammation locale avec rougeur et de gonflement. Dans la presque totalité des cas, on constate seulement l'existence d'une lésion au stade chronique de *nodule fibreux*, dur, situé sur le trajet d'une veine et prenant parfois l'aspect d'une *corde* située sous la peau.

3° *Forme « phlébite migrante »*. — Le malade présente une succession de phlébites superficielles qui se distinguent des phlébites simples par la multiplicité de leurs localisations.

Les accidents de phlébite évoluent par poussées successives. Les épiphénomènes de périphlébite disparaissent, cependant que persiste l'oblitération veineuse. Ultérieurement, l'atteinte veineuse peut n'être découverte qu'à l'occasion de l'examen. On note alors l'existence de cordons durs ou de nodules allongés, coïncidant avec le trajet d'une veine superficielle.

Pour Buerger, les lésions veineuses sont fréquentes et pathognomoniques de la thrombo-angéite oblitérante. Il n'en est pas ainsi en réalité. Tout d'abord, la phlébite n'est pas du tout constante, ni même fréquente chez les malades présentant le tableau habituel assigné par Buerger à la thrombo-angéite oblitérante. Buerger ne la relève que dans 21 % des cas qu'il a observés ; Perla ne la signale que dans 5 % de ses observations, et les Japonais la considèrent comme exceptionnelle.

D'autre part, la phlébite migrante existe dans des cas incontestables d'artérite juvénile athéromateuse, comme l'a montré A.-C. Guillaume dans certains cas où ces phénomènes de phlébite étaient dus à la seule endartérite proliférante, exempte de toute thrombose, et avaient évolué d'une façon inflammatoire. Il faut donc admettre que les lésions vasculaires de l'artérite juvénile ne sont pas limitées aux seules artères, et qu'il existe éventuellement des lésions veineuses associées aux lésions artérielles.

IV. Les formes caractérisées par des troubles trophiques légers

1° *Forme œdémateuse*. — Il ne s'agit pas de l'œdème inflammatoire, qui accompagne généralement les phlébites ou les pseudo-lymphangites : un œdème persistant des membres inférieurs, sans aucun signe infectieux, associé ou non à des phénomènes douloureux, inquiète le malade. En général, cet œdème accompagne des petits troubles trophiques, des petites ulcérations, mais, parfois, il peut les précéder, et constitue, alors, un signe avant-coureur qui doit faire penser aux artérites juvéniles, d'autant plus que l'examen ne révèle aucune lésion cardiaque ou rénale susceptible de l'expliquer.

2° *Forme caractérisée par des troubles trophiques*. — Le malade consulte pour une ulcération rebelle. Celle-ci est apparue sans cause. Plus souvent, c'est pour le malade l'occasion d'incriminer la coupe d'un ongle, un accident professionnel ou une intervention médicale malencontreuse.

Le port d'une chaussure trop étroite, la chute d'un outil sur le pied, les erreurs de diagnostic qui valent au malade diverses interventions pour ongle incarné, voire ostéite, sont à l'origine de ces plaies rebelles à tout traitement, qui décèlent l'existence d'une artérite.

D'autres troubles trophiques mineurs peuvent inquiéter le malade. De simples modifications de la peau : glossy skin, sclérodermie, kératoses, des troubles des phanères (déformation des ongles, chute des poils) sont les manifestations qui l'amènent à consulter. On doit penser à la possibilité d'une artérite en présence de tous ces phénomènes qui traduisent un trouble d'irrigation tissulaire.

V. L'atteinte primitive des membres supérieurs.

L'atteinte des membres supérieurs n'est pas exceptionnelle au cours des artérites juvéniles. La symptomatologie ne diffère pas de celle des membres inférieurs. Elle peut se limiter à la simple *constatation de l'oblitération d'une artère facilement accessible à la palpation* (artère radiale), à des *douleurs* et à des *troubles vaso-moteurs*, mais elle peut également aboutir aux troubles trophiques graves et aux accidents de sphacèle.

Quand elle existe, l'atteinte des membres supérieurs est, en général, associée à l'atteinte des membres inférieurs, mais elle peut aussi être isolée, au moins au début, et précéder alors l'apparition des signes traduisant l'atteinte des membres inférieurs.

L'atteinte primitive des membres supérieurs est relativement rare, mais soulève généralement un problème diagnostic délicat. L'importance des troubles vaso-moteurs fait porter le diagnostic de maladie de Raynaud. Si les troubles trophiques prédominent, on pense à une affection neurologique. L'examen méthodique et l'observation patiente préciseront seuls la nature organique des troubles vasculaires constatés.

EVOLUTION. COMPLICATIONS. PRONOSTIC

I. — Evolution habituelle

Phase des troubles trophiques. — Quel que soit leur mode de début, les artérites juvéniles se fondent plus ou moins rapidement en un type unique : celui des troubles trophiques et des accidents de sphacèle.

A. *Les ulcérations*. — De toutes les manifestations trophiques, les plus importantes sont les ulcérations. Elles surviennent à la suite d'un traumatisme local, mais souvent sans cause apparente.

Le siège des ulcérations est variable. Si leur lieu de prédilection est le gros orteil, il n'est pas rare de les rencontrer au cou-de-pied, au talon, à une malléole, une articulation phalangienne, une sertissure unguéale.

Les caractères de ces ulcérations sont ceux des *plaies atones :* abrasion de l'épiderme qui laisse voir un fond verdâtre ou noir, suintant légèrement. Les contours sont irréguliers, et les bords se continuent insensiblement avec les régions saines. Elles s'éternisent, s'accompagnent de douleurs atroces, et, loin

d'évoluer vers la cicatrisation, gagnent en empiétant sur les tissus périphériques, s'unissent à d'autres ulcérations voisines pour aboutir à la constitution d'une vaste ulcération.

Rebelles à tout traitement, ces ulcérations, « qui ne veulent pas guérir », désespèrent le malade et son médecin. Tous les topiques que l'on utilise sont également impuissants. Ils semblent améliorer les lésions pendant quelques jours, mais bientôt on doit se convaincre de leur inefficacité, et l'on change ainsi de remède et de traitement sans obtenir d'autres résultats que celui de faire naître chez le patient un espoir de quelques jours.

B. *Troubles trophiques secondaires.* — Les ulcérations ne sont pas les seuls troubles observés. Les modifications de la peau et des phanères, l'atrophie musculaire, la décalcification osseuse, des œdèmes, accompagnent le plus souvent les ulcérations.

C. *Les accidents de sphacèle.* — Le sphacèle est l'aboutissant fréquent des ulcérations. Il peut exister sans qu'il y ait ulcération, mais plus souvent il coïncide avec une ou des ulcérations, et alors, dans nombre de cas, l'ulcération, fermée en apparence dans son fond, est en réalité la porte d'entrée d'une caverne aux diverticules multiples, au fond de laquelle est une masse de tissus putrides et de clapiers qui dissèquent les os. Bien souvent, des troubles trophiques superficiels de faible importance correspondent à des destructions profondes occultes et méconnues, d'importance majeure.

Dans d'autres cas, le sphacèle momifie les tissus, et un orteil, un avant-pied, sont transformés en une escarre de tissu noir et insensible, donnant le tableau de la gangrène sèche avec transformation cornée.

A cette période des accidents de sphacèle, on constate l'importance de l'atteinte de l'état général. Les douleurs sont insupportables. L'œdème s'est étendu soit par exagération de l'œdème qui accompagne ordinairement les troubles trophiques, soit par formation d'un œdème inflammatoire imputable à une infection secondaire. La fièvre fait rarement défaut.

A cette période des accidents de sphacèle, le diagnostic ne souffre pas de discussion. Il faut penser cependant à éliminer dans certains cas la maladie de Raynaud et l'artériolo-capillarité. Il existe une forme pseudo-Raynaud, rare il est vrai, dans laquelle les accidents de sphacèle se produisent symétriquement à deux extrémités. Le diagnostic est alors difficile, et c'est souvent à l'occasion de la dissection des pièces opératoires que l'on constate l'atteinte artériolaire et artériolulaire et l'intégrité des vaisseaux principaux. D'ailleurs, suivant l'opinion d'A.-C. Guillaume, la maladie de Raynaud est une artériolulite d'origine syphilitique, et l'étude des vaisseaux montre, alors, dans des cas de maladie de Raynaud, des altérations caractéristiques de la média-artérielle.

Les modalités habituelles de l'évolution et les formes évolutives. — La durée de la période de début des artérites juvéniles est essentiellement variable d'un cas à un autre.

A. *La durée de la maladie.* — Quel est le laps de temps habituel qui s'écoule entre l'apparition des premiers symptômes et l'installation des troubles trophiques graves ? Il est des cas où l'on voit la maladie brûler les étapes et se dérouler tout entière en quelques semaines depuis les premiers troubles douloureux jusqu'à l'amputation, ce sont « les formes fulminantes » décrites par Buerger. Habituellement, la marche de la maladie est lente et progressive, entrecoupée parfois de périodes de rémission.

Buerger signale que les troubles trophiques graves sont apparus, dans ses observations, au plus tôt vingt mois, et au plus tard douze ans après les premiers symptômes. Perla recule ces deux limites ; dans ses observations, les extrêmes sont de trois semaines et de quatorze ans ; 50 % de ses malades ont été atteints de sphacèle ou amputés moins d'un an après l'apparition des premiers troubles.

A ce stade de l'évolution des artérites juvéniles, l'intervention chirurgicale mutilante se trouve être la seule ressource thérapeutique. Mais elle ne met pas, tant s'en faut, un terme définitif à la progression de la maladie.

B. *Les atteintes multiples.* — Quelle que soit la phase de la maladie à laquelle se présente le malade, lorsque des troubles fonctionnels ou trophiques attirent l'attention sur un membre, quand bien même aucun trouble apparent ne vient révéler l'atteinte des autres membres, l'exploration du membre symétrique et de ceux de l'autre ceinture révèle l'existence d'une atteinte analogue, bien que moins intense ; l'examen clinique révèle donc des atteintes multiples.

L'atteinte d'un seul membre est d'ailleurs une éventualité assez rare. Buerger indique les proportions suivantes de l'atteinte des membres par l'artérite : dans 21 % des cas, il y a atteinte simultanée des membres supérieurs et inférieurs ; dans 53 %, les deux membres inférieurs sont atteints, les membres supérieurs étant indemnes ; dans 26 % des cas, un seul membre inférieur est atteint. Perla indique que, parmi les 41 malades qu'il a observés, deux membres ou plus étaient touchés chez 35 sujets (soit 85 %) et dans 7 cas parmi ces 35 patients on notait une atteinte des quatre membres (soit 17 %).

C. *Les rechutes.* — L'apparition d'accidents trophiques sur le moignon d'amputation d'un membre précédemment atteint est une éventualité fréquente. Les ulcères de moignon peuvent avoir pour cause une rechute de l'artérite.

D. *Les récidives.* — A côté des rechutes « in situ », on peut observer des récidives à d'autres membres. Chaque atteinte évoluant comme une maladie isolée, l'évolution générale de l'affection est ainsi faite d'une suite de syndromes artéritiques successifs, qui aboutissent le plus souvent à des mutilations successives.

L'évolution habituelle des artérites juvéniles se fait ainsi par bonds successifs pour aboutir à des mutilations successives, car l'amputation est une éventualité à laquelle on doit, dans certains cas, avoir recours plusieurs fois chez le même malade, soit que l'on soit amené à des amputations successives du même membre, de plus en plus haut, soit que l'on soit contraint à sacrifier plusieurs membres différents.

Dans une statistique rapportée à 100 cas, A.-C. Guillaume indique la proportion dans laquelle les amputations multiples sont observées :

Pas d'amputation pratiquée	5 p. 100
Amputation de la jambe droite	17 p. 100
Amputation de la jambe gauche	57 p. 100
Amputation des deux jambes	16 p. 100
Amputation des deux jambes et des doigts des deux mains	4 p. 100
Amputation des deux jambes et du bras gauche	1 p. 100

Buerger et Perla ont publié des statistiques analogues. Toutes ces statistiques cependant, se réfèrent à des cas graves examinés à une période avancée. La connaissance des artérites juvéniles doit les faire découvrir beaucoup plus tôt aujourd'hui. Il est donc certain que la proportion des cas qui échappent à l'amputation augmentera alors sans atteindre cependant une proportion telle que cela puisse atténuer beaucoup la gravité du pronostic de la maladie ; l'évolution habituelle de l'artérite juvénile montre donc qu'il s'agit d'une maladie mutilante au premier chef.

(A suivre.)

SOCIETÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 23 MARS 1937)

Les groupes de laits. — MM. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et N. KOSSOVITCH. On sait actuellement qu'il existe, non seulement des groupes de sang, mais des groupes de liquides organiques. Les auteurs ont essayé de préciser les rapports qui peuvent exister entre le groupe du lait de la mère et le groupe sanguin de l'enfant ou entre le groupe du lait de l'animal et celui du sang de divers nourrissons. Ils ont examiné au total 100 laits de femme et 12 laits de vache.

Dans chaque cas, les auteurs ont déterminé les groupes sanguins de la mère (nourrice) et de son enfant. Ils ont étudié aussi l'action d'un même lacto-sérum, à la fois sur les globules rouges standard (pour déterminer le groupe du lait), sur les globules rouges de la mère nourrice et sur ceux du nourrisson. Le lait de femme contient des substances qui agglutinent les globules rouges humains, et on peut classer les laits de femme en quatre groupes analogues à ceux du sang. La présence d'iso-agglutinines est cependant moins régulière dans le lait des femmes que dans leur sérum sanguin. Les auteurs n'ont jamais constaté de divergence entre les agglutinines du sérum sanguin et les agglutinines du lacto-sérum d'une même femme. Dans trois cas, le lait de la mère agglutinait les globules rouges de l'enfant.

Les auteurs ont constaté la présence, dans le lait de vache, d'agglutinines pour les globules rouges humains. Le lacto-sérum de vache était mis au contact à la fois de globules rouges standard et de globules de chacun des enfants nouveau-nés examinés.

L'ingestion par l'enfant d'un lait d'origine maternelle ou animale dont le groupe est différent de celui de son groupe sanguin, ne serait-elle pas susceptible d'entraîner chez cet enfant des phénomènes d'intolérance ? Ces phénomènes, pour être apparents et moins brutaux que ceux que l'on observe à la suite de la transfusion de sangs incompatibles, ont peut-être une origine comparable.

Il serait intéressant de suivre le développement des enfants alimentés par des nourrices dont le groupe de lait est ou n'est pas identique au groupe sanguin du nourrisson.

La question se pose aussi pour le lait de vache, dont la différence de composition chimique avec le lait de femme n'est peut-être pas la seule raison capable d'expliquer certains cas d'intolérance.

Ces différents problèmes ne pourraient être résolus que par des recherches simultanées de clinique et de sérologie.

Sur les cas d'ictère familial du nouveau-né avec guérison après traitements. — MM. M. PÉHU, R. NOËL et A. BROCHIER. Relation d'un cas d'ictère grave familial du nouveau-né. Guérison constatée après une médication hépatique instituée pendant la grossesse et après des injections intramusculaires répétées de sang d'un donneur dans les premiers jours après la naissance.

Les auteurs insistent sur la nécessité de prescrire, dans ces cas, une médication bien définie et énergique. Dès le début du quatrième mois de la grossesse, donner soit du foie cru (100 gr. par jour), soit, en cas de répugnance ou d'intolérance pour cet aliment, une préparation à administrer par voie digestive, comme on en trouve beaucoup à l'heure actuelle dans la pharmacopée, en exigeant qu'elle soit très efficace. On espère éviter ainsi l'apparition, vers le septième ou le huitième mois, de l'anasarque fœto-placentaire.

De nouveau, traitement hépatique pendant les trois derniers mois, jusqu'à la naissance. Celle-ci survenue, surveiller spécialement le nouveau-né. Si l'on constate chez lui les signes cutanés, sanguins ou viscéraux d'un ictère accentué, recourir sans tarder à des transfusions sanguines ou à des injections intramusculaires du sang d'un donneur, plusieurs jours de suite, à la dose moyenne de 1 p. 100 du poids de l'enfant.

D'autres cas publiés récemment établissent que cette médication anténatale chez la mère et post-natale chez l'enfant permet d'obtenir, dans cette maladie meurtrière, des succès incontestables.

La diphtérie des vaccinés. — M. E. CASSOUTE (de Marseille). De nombreuses statistiques ont établi, dans les collectivités d'enfants, la fréquence des cas de diphtérie chez les non-vaccinés, et au contraire leur extrême rareté chez les enfants qui ont reçu l'anatoxine antidiphtérique. Tous les travaux publiés à ce sujet confirment sans aucune discordance la valeur de la vaccination antidiphtérique.

Il parut utile à l'auteur, bien que ce genre de recherches ait été déjà effectué, d'établir le pourcentage de diphtériques chez les vaccinés, non pas dans un groupement quelconque d'enfants, mais au pavillon de la diphtérie de la Clinique infantile de Marseille de 1932 à 1936.

Le pourcentage global de 0,93 p. 100 peut être réduit à 0,65 p. 100 si l'on exclut de la statistique un enfant qui, en 1934, eut une diphtérie trois semaines après une seule vaccination, un porteur de germes observé en 1936, et enfin un enfant vacciné à l'âge d'un an avec deux injections seulement. Il ne s'agissait pas pour ce dernier cas d'une vaccination absolument correcte, en raison de l'âge d'abord et des deux injections.

Enfin, chez deux de ses malades, les vaccinations remontaient à 5 ou 6 ans, espace de temps au cours duquel il ne serait pas impossible que l'immunité eût été perdue.

Les recherches aboutissent donc à la conclusion que l'anatoxine antidiphtérique présente une grande valeur prophylactique, et que des constatations analogues aux siennes ne sauraient être trop diffusées dans le corps médical, où un nombre encore trop grand de praticiens, non seulement ne préconisent pas la vaccination antidiphtéri-

que, hésitent ou oublient de l'appliquer chez leurs enfants, mais quelquefois même sont pleins de réticences lorsqu'on les consulte sur l'opportunité de cette prophylaxie.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1936)

Fracture exposée des deux os de la jambe. Retard de consolidation. Greffe d'Albee. Guérison. — MM. PERRIGNON DE TROYES et DU BOURGUET présentent l'observation d'un blessé atteint de fracture directe des deux os de la jambe avec plaie contuse des parties molles, qu'ils ont traité par épluchage chirurgical et immobilisation en bonne position (suture primitive).

Deux mois après, il n'y a pas encore de cal osseux. Ils pratiquent alors une greffe d'Albee avec greffon prélevé sur le tibia du côté opposé. Un mois et demi après, la consolidation semble se faire. Au troisième mois après la greffe, le blessé est complètement guéri et jouit de la parfaite fonction de sa jambe.

Malformations multiples des corps vertébraux. — MM. CULTY et COUSTY rapportent l'observation d'un malade de 20 ans présentant des lésions acquises multiples des corps vertébraux, caractérisées essentiellement par des déformations des rebords articulaires, irréguliers, avec épiphyses détachées sur les faces antérieures.

Ils rattachent ces anomalies à l'épiphysite vertébrale, dont ils discutent la pathogénie et les rapports avec l'ostéochondrite déformante.

Sur un cas d'embolie après injections sclérosantes. — A l'occasion d'un cas d'embolie aseptique d'évolution bénigne chez un sujet porteur de varices traitées par des injections intraveineuses de chlorhydrolactate double de quinine et d'urée, M. CHAPPOUX rappelle les différents accidents qu'il a pu relever dans la littérature.

Ces accidents, très rares dans la pratique, évoluent sans gravité lorsqu'ils ne sont pas dus à des phénomènes septiques.

Mais ni les théories pathogéniques de sclérose veineuse chimique, ni les faits cliniques ne permettent d'affirmer que les embolies n'existent pas et qu'elles ne doivent pas exister.

Les avantages du procédé de désinsectisation par la chloropicrine. — MM. H. GOUNELLE et Y. RAOUL soulignent les avantages de la désinsectisation par la chloropicrine.

En raison de l'action stérilisante de la chloropicrine sur les œufs de punaises, une seule opération annuelle apparaît suffisante. Elle peut être effectuée à n'importe quelle période de l'année, contrairement à la nitrosulfuration, qui nécessite trois opérations au printemps et en été. Pas de risques d'incendie ; pas de détérioration d'objets métalliques, d'étoffes, ni de peintures ou papiers peints.

La désinsectisation dans l'armée par des équipes spécialisées d'hygiène. — Pour M. H. GOUNELLE, les opérations d'hygiène dans l'armée pourraient être avantageusement confiées à des équipes mobiles spécialisées d'hygiène, opérant dans le cadre du corps d'armée selon un plan d'ensemble rationnel conçu à l'avance.

Résultats et valeur d'aptitude militaire de la greffe d'Albee dans le traitement du mal de Pott. — M. SARROSTE présente 25 observations de greffe d'Albee pour mal de Pott, avec résultats datant de deux à trois ans. Il insiste, malgré le pourcentage très élevé d'excellents résultats, sur l'impossibilité qu'il y a à garder les opérés dans l'armée. Ils restent incapables des efforts physiques nécessités par l'exécution du service actif. La greffe d'Albee, de valeur sociale incontestable, n'a aucune valeur d'aptitude militaire.

Un cas d'érythrodermie consécutive à une revaccination antitypho-paratyphoïdique. — MM. BOLZINGER et VILLEQUEZ.

HYDROLOGIE

VICHY 1937

Au point de vue médical, la future saison sera marquée par un important congrès international, tenu du 16 au 18 septembre sur l'*insuffisance hépatique.*

Cette grandiose manifestation réunira cinquante nations, dont les Comités de patronage sont présidés par les plus hautes personnalités médicales du monde entier. Leur expérience, aussi bien que l'intérêt des discussions et des communications que ne manquera pas de solliciter cette question si actuelle, permettra une mise au point aussi utile aux biologistes qu'aux praticiens et aux thérapeutes.

Pour recevoir les nombreux médecins français et étrangers qui prendront part à cette réunion, Vichy a voulu encore perfectionner son organisation thermale, déjà unique au monde. On connaît les transformations réalisées depuis trois ans au grand Etablissement thermal de 1re classe, et la création, en 1933, de l'Etablissement de 2e classe (bains Callou), ouvert toute l'année. Cependant, il est nécessaire d'attirer l'attention du corps médical sur la nouvelle organisation des *illutations et cataplasmes de boues*, dont le succès et l'efficacité se sont tellement affirmés depuis leur création, qu'un service nouveau a été aménagé, rivalisant de confort avec les luxueuses installations de l'hydrothérapie, à nouveau embellies et augmentées.

Mais Vichy n'a pas seulement pensé à accroître le luxe de ses organisations ; la grande station française a songé aussi aux économiquement faibles, à ceux qui, autant que d'autres, ont besoin de soins et de repos. Pour eux, elle a créé, dans le beau cadre du Parc des Célestins, un *établissement thermal de 3e classe*, dont l'architecture, l'organisation et le confort ne le cèdent en rien aux autres réalisations thermales.

C'est non loin de ces nouveaux bâtiments, dans la partie des parcs qui bordent l'Allier, et qui a reçu le nom de Parc du soleil, que les installations du *Parc d'éducation physique pour enfants* invitent aux jeux, dressent leurs agrès et leurs bâtiments modernes, gais et largement lumineux.

S'adressant à une clientèle où dominent les maladies de la nutrition, il a semblé nécessaire de créer un *Bureau de surveillance médicale des régimes alimentaires*, qui a déjà fonctionné en 1936, et est capable de diriger la diététique dans tous les hôtels de la station. Il donne toute satisfaction aux malades, et est fort apprécié des médecins français et étrangers.

Sans cesse soucieuse d'accroître le confort de ses malades et de perfectionner, suivant les techniques les plus récentes, les soins médicaux qui leur sont donnés, Vichy pourra ainsi montrer au corps médical français et étranger, qu'elle est toujours la station thermale modèle, et qu'en dépit des temps difficiles, elle peut faire les efforts nécessaires pour rester en tête du progrès.

Le blé, la farine et le pain, par le docteur A. GOTTSCHALK. In-8° de 62 pages, avec 16 illustrations. Aux éditions de la Tournelle, en dépôt chez Le François, 91, boulevard Saint-Germain. 1935.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 26. — MERCREDI 31 MARS 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour la nomination à deux places d'accoucheur des hôpitaux de Paris.* — Ce concours sera ouvert le mardi 4 mai 1937, à 9 heures, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration, de 14 heures à 17 heures, du jeudi 1er avril au mardi 13 avril 1937 inclusivement.

La retraite des médecins des hôpitaux. — A la suite de la proposition faite la semaine dernière par M. de Fontenay, au nom de la 5e commission, le Conseil municipal, sur le rapport de M. André Puech, a adopté le projet d'attribution d'allocations annuelles aux médecins honoraires des hôpitaux de Paris et à leurs veuves.

La délibération, adoptée à l'unanimité, comporte l'autorisation, pour l'Assistance publique, de prélever sur son budget une somme de 1.200.000 francs pour le paiement de ces allocations.

Ecole de médecine de Rouen. — Par arrêté en date du 20 mars 1937, un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen s'ouvrira, le lundi 25 octobre 1937, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. — *Chevalier* : MM. Ricard Kohn assistant à l'hôpital Lariboisière ; Paul Thiebault, à Scey-sur-Saône (Haute-Saône).

Guerre. — Sont promus au grade de médecin colonel : MM. Delahousse, Truchetet, Badie, Lombardy.

Au grade de médecin lieutenant-colonel : MM. Jughon, de Bernard de Seigneurens, Monteux, de Chaisemartin, Petit.

Au grade de médecin commandant : MM. Millo, Morel, Tarayre, Placidi, Guillamet, Fréjafon, Rougetet.

Au grade de médecin capitaine : MM. Rolland, Aumeunier, Denayrolles, Theurkhauff, Cadars, Arnaud, Goumet, Bergerot, Joutard, Prieur, Dargein.

— *Mutations* : M. le médecin colonel Baur (Nancy) est nommé directeur du S. S. des troupes de Tunisie.

Association générale des médecins de France. — *Bourses familiales du Corps médical.* — Fondation de M. le docteur Roussel. — Il est rappelé que des bourses annuelles de 10.000 francs ont été créées par le docteur Roussel en faveur des médecins ayant au moins cinq enfants, et des veuves en ayant trois à leur charge, et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt.

Comme les années précédentes, les demandes devront être adressées au siège de l'Association générale des médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg Paris (7e), pour le 1er mai au plus tard.

Les confrères ou veuves qui se sont déjà mis en instance devront avertir par lettre du maintien de leur candidature pour 1937.

Une mission chirurgicale en U.R.S.S. — Un groupe de chirurgiens vient de partir pour aller visiter divers hôpitaux russes. Parmi eux se trouvent le médecin général inspecteur Rouvillois, et M. Fredet, ancien président de l'Académie de chirurgie ; MM. Robert Monod, Cadenat, Démaret et Merle d'Aubigné, chirurgiens des hôpitaux de Paris.

Croisière en Méditerranée et en Mer Noire. — A l'occasion du congrès international de médecine et de pharmacie militaires de Bucarest, le comité permanent organise du 24 mai au 10 juin 1937 avec le concours des Messageries Maritimes, une magnifique croisière en Méditerranée et en mer Noire (Marseille, Messine, Le Pirée, Athènes, les Dardanelles, Istanbul, le Bosphore, Odessa, Constantza) avec retour par terre de Constantza à Paris via Bucarest, Budapest et Vienne.

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser le plus tôt possible au bureau des Croisières et Voyages médicaux, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins (F.E.M.). — La soirée de bridge qui, par suite de circonstances imprévues, n'a pu avoir lieu le soir du Bal de la Médecine française, est remise au *vendredi 21 mai, à 21 heures*, dans les Salons de l'Hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux français, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (7e).

Les inscriptions sont reçues *le matin*, par téléphone : Littré 01-08.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CONSEIL GÉNÉRAL DES SOCIÉTÉS MÉDICALES D'ARRONDISSEMENT DE PARIS ET FÉDÉRATION CORPORATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉGION PARISIENNE

Le président de la Fédération corporative a adressé la lettre suivante aux présidents des 275 syndicats médicaux français au sujet de l'avant-projet de loi sur les études dentaires.

Paris, le 15 mars 1937,

Monsieur le Président et cher Confrère,

Nous apprenons que l'Office Central des Etudes de médecine de l'Union nationale des étudiants de France a adressé le 24 janvier 1937 aux présidents des syndicats médicaux français un état de ses revendications en leur demandant de l'aider à les faire aboutir. Parmi ces revendications figure l'opposition des étudiants en médecine à l'attribution aux chirurgiens-dentistes d'un titre de « docteur-dentiste » accordé sans diplôme lors de l'éventuelle intégration de l'art dentaire dans la médecine.

L'Union nationale des étudiants de France est donc tout à fait d'accord avec l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, et cette unanimité de nos futurs successeurs est un fait assez impressionnant pour qu'il soit pris en très sérieuse considération par leurs aînés.

De leur côté, l'assemblée générale de la Fédération corporative des médecins de la région parisienne et le Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement de Paris se sont unanimement montrés opposés à l'attribution de titre de docteur-dentiste aux chirurgiens-dentistes qui ne postuleraient pas le doctorat en médecine d'Etat : aussi ces deux organismes professionnels se font un devoir de joindre auprès de vous leur action à celle des étudiants en médecine, parce que la position du corps médical ne leur paraît pas réglée définitivement, par un vote émis devant une assemblée raréfiée, sans discussion et en fin de séance, lors de la dernière assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux français.

Une décision aussi importante, prise dans ces conditions, a profondément surpris, en effet, et ému la plupart des médecins de Paris et du département de la Seine ; cette surprise et cette émotion se sont manifestées notamment à la Fédération corporative au cours des séances de janvier et février, dont vous avez pu lire les comptes rendus dans l'*Hygiène sociale* qui vous est régulièrement envoyée : une réaction identique s'est manifestée au Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement et dans nombre de ses sociétés adhérentes.

L'étude des articles de l'avant-projet de loi qui doit réglementer la situation des actuels chirurgiens-dentistes, lors de l'intégration souhaitable de l'art dentaire dans la médecine, doit être entreprise devant le Conseil confédéral : c'est ce dont nous informait le 22 février le secrétaire général de la Confédération en accusant réception du communiqué que la F. C. lui avait adressé. C'est pourquoi le Conseil de la Fédération corporative et le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris nous ont chargés de vous demander de bien vouloir examiner de nouveau la question afin de donner à votre représentant régional au Conseil les directives que vous jugerez utiles.

Si après « reconsidération » de la question, l'opinion de votre groupement cadrait et avec les vues des étudiants en médecine de France et avec les nôtres, nous vous serions obligés de bien vouloir nous le faire savoir.

Veuillez agréer, Monsieur le Président et cher Confrère, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le Président de la Fédération corporative et du Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement : Dr G. Bourguignon, chef du service d'électro-radiologie de la Salpêtrière, 15, rue Royer-Collard (5e). — Le secrétaire général de la Fédération corporative : Dr Ch. Dévé, 15, rue Chernoviz (16e). — Le secrétaire général du Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement : Dr Ch. Grimbert, 11, rue Duroc (7e).

Bibliographie. — La thèse de doctorat ès sciences de M. Coulouma, médecin capitaine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, sur *La terminaison des nerfs pneumogastriques et ses variations chez l'homme et dans la série des vertébrés*, est un bel ouvrage scientifique.

Il s'adresse non seulement aux savants et aux médecins, mais encore à tous ceux qui s'intéressent aux problèmes du sympathique et du para-sympathique — problème de neurologie —, d'actualité brûlante

Dans ce travail, de 584 pages, illustré de 273 figures, l'auteur, après mise au point de la question, expose les résultats de ses 276 dissections (hommes 48, mammifères 131, oiseaux 43, reptiles 24, batraciens 7, poissons 23), et conclut que les données d'anatomie comparée sont favorables à l'existence du parasympathique vagal (1).

(1) Prix : 75 fr. Dépôt Imprimerie centrale du Nord, 12, rue Lepelletier, Lille.

LE SCORBUT DES PETITS ENFANTS

ÉTUDE CLINIQUE (1)

Par le Professeur P. NOBÉCOURT

Je vous présente la petite Paulette.

Ses parents, ses cinq frères et sœurs sont bien portants. Sa mère a une réaction de Bordet-Wassermann négative.

Elle est née à terme, le 14 juin 1935, avec un poids de 2 kg. 900.

Depuis sa naissance, elle est nourrie avec du lait condensé sucré. C'est seulement à partir de 15 mois qu'elle reçoit, de temps en temps, du potage, de la purée de pommes de terre, des quartiers d'orange.

Ses parents n'ont rien constaté de particulier dans sa santé.

Au début de novembre 1936, elle est atteinte d'un syndrome pulmonaire aigu, pour lequel le médecin parle de broncho-pneumonie ; elle a de la dyspnée et une température irrégulière, qui atteint et dépasse 40°. La fièvre tombe au bout de quatre ou cinq jours, l'état s'améliore.

Pendant la convalescence, la mère remarque que l'enfant remue moins bien ses membres supérieurs, paraît souffrir quand on les mobilise, notamment quand on l'habille. Sa température est irrégulière ; elle tousse un peu et sa respiration est un peu gênée ; son appétit est à peu près conservé ; ses selles sont normales ; elle a quelques vomissements.

Les douleurs augmentent au niveau des épaules ; elles décident l'entrée, le 30 novembre, à l'hôpital des Enfants malades, dans le service de chirurgie, à la salle Lannelongue.

Pendant le séjour, la température est irrégulière, entre 37° et 38°, avec un clocher à 38° 7 ; puis, le 5 et le 6 décembre, elle s'élève lentement et est, le soir, de 38° 2-38° 3. Cependant les chirurgiens éliminent le diagnostic d'arthrite suppurée.

Le 7 décembre, Paulette est envoyée à la salle Douchat, où le Dr Brisset l'examine.

Elle est âgée de 1 an, 5 mois.

Elle mesure 70 cm. au lieu de 73 cm. 5 et pèse 7 kg. 550. Elle a la taille d'un an ; pour sa taille, elle devrait peser 9 kg. 200 ; sa réduction pondérale est donc de 1 kg. 650 ou 17,9 %.

Elle est maigre. Son état général est mauvais, son teint très pâle. Elle n'a pas de purpura.

Sa température est de 37°5-38°4.

Elle a de la gêne respiratoire, du battement des ailes du nez, beaucoup de muco-pus dans le pharynx.

On constate, au niveau de l'hémithorax gauche, en arrière, à la base et dans l'aisselle, de la submatité et des râles sous-crépitants.

Le cœur est normal.

Les épaules sont tuméfiées ; la circulation veineuse sous-cutanée est très apparente ; il n'y a ni rougeur, ni chaleur. Les mouvements des articulations scapulo-humérales sont possibles, mais douloureux.

(1) *Clinique médicale des enfants.* Leçon du 9 janvier 1937.

La palpation révèle autour des articulations, surtout en avant, une tuméfaction diffuse, non fluctuante, peu douloureuse.

Il existe des bourrelets sus-malléolaires et un chapelet costal.

On voit 12 dents : 8 incisives et 4 prémolaires. La muqueuse gingivale n'est pas altérée, ne saigne pas.

L'enfant a une selle normale.

Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni sang.

La cutiréaction à la tuberculine est négative et le sera encore le 28 décembre.

Les réactions de Bordet-Wassermann (H^8) et de Kahn sont négatives.

On porte le diagnostic de *rhino-pharyngite* et de *broncho-pneumonie* d'une part, de *scorbut caractérisé* par un *syndrome de Barlow*, d'autre part.

On prescrit un traitement, qui est poursuivi les jours suivants.

Enveloppements tièdes sinapisés du thorax.

Solution de digitaline cristallisée à 1/1000e : III gouttes par jour (12, 13 et 14 décembre) ;

Du 15 au 21 décembre : injections de solucamphre et de sulfate de strychnine.

Injections intramusculaires de 20 cm³ de sang maternel (12, 13, 14, 15, 16, 17 décembre).

Inhalations d'oxygène sous la cloche de Janet-Bochet.

Injection quotidienne sous la peau de 0 g. 10 d'acide ascorbique (8 au 27 décembre).

Ingestion quotidienne de 2 cuillerées à café de levure de bière irradiée, riche en Vitamine B et en Vitamine D (105 unités par gramme) (8 au 30 décembre).

A partir du 28 décembre, injection sous-cutanée ou intramusculaire d'un extrait de 125 gr. de foie de veau.

L'évolution est la suivante.

La fièvre persiste. La température est irrégulière avec de grandes oscillations ; elle s'élève, le 12, à 40°-40°5 ; puis elle diminue rapidement et tombe, le 15, à 37°2-36°9. Dès lors, l'apyrexie s'installe.

En même temps que la fièvre cesse, la dyspnée, le battement des ailes du nez, les symptômes pulmonaires rétrocèdent rapidement.

L'état des épaules s'améliore. Dès le quatrième jour du traitement, on constate la disparition de la circulation sous-cutanée, de la douleur et de la tuméfaction.

Une fois l'apyrexie installée, l'enfant reprend de la vivacité, son appétit reparaît, son poids commence à augmenter : 7 kg. 600, le 17 décembre, 7 kg. 950, le 22 décembre, 8 kg. 150, le 31 décembre.

Le sang présente les modifications suivantes :

	9 déc.	24 déc	5 janvier
Hématies p. mm³	11.200	14.000	5.000
Leucocytes p. mm³	2.900.000	3.720.000	3.320.000
Hémoglobine %.	65	75	55
Val. globul.	1,12	1,0	0,82
Polyn. neutr. %	58	28	36
— éosinoph.	1	0	0
— basoph..	0	0	2
Grands monon..	7	5	0
Moyens ..	17	36	48
Lymphocyt.	15	2,	4
Formes de trans.	2	0	0
Myéloc. neutr...	0	6	0

Légère anisocytose

Il existe donc, avant le traitement, une anémie simple assez forte, avec augmentation de la valeur globulaire, sans modifications notables du nombre et du pourcentage des leucocytes.

Après une quinzaine de jours de traitement, le nombre des hématies par millimètre cube a augmenté de 800.000, la valeur globulaire est normale, le nombre des leucocytes par millimètre cube a augmenté légèrement, mais il y a de l'hypopolynucléose, quelques myélocytes neulophiles et une légère anisocytose.

Une dizaine de jours après, c'est-à-dire vingt-huit jours après le début du traitement, l'état du sang ne s'est pas amélioré.

Le 7 décembre, avant le traitement, les radiographies du squelette offrent les images suivantes.

Aux épaules, l'extrémité de la diaphyse humérale n'est pas limitée par une ligne opaque ; elle est un peu élargie. irrégulière, déchiquetée, présente des taches foncées sur un fond plus clair. Il n'y a ni décollement du périoste, ni manchon périphérique. Le noyau épiphysaire est net et n'est pas limité par un cercle opaque.

Aux coudes, les extrémités de l'humérus, du cubitus et du radius ont un aspect à peu près normal.

Aux poignets, les extrémités du radius et du cubitus, aux genoux, celles du fémur et du tibia ont le même aspect que les extrémités inférieures de l'humérus, mais moins accusé.

Le 23 décembre, les aspects radiographiques ne présentent pas de changement appréciable.

Somme toute, l'enfant était en bonne voie d'amélioration quand, le 4 janvier, la fièvre s'élève et débute une varicelle. Malgré cette complication, son état reste satisfaisant et elle conserve de l'appétit.

*
* *

Paulette me donne l'occasion de vous parler du SCORBUT DES PETITS ENFANTS.

Cette occasion se présente rarement depuis qu'on connaît bien son étiologie, sa pathogénie, les moyens de le prévenir. Il est beaucoup moins fréquent qu'il y a vingt ou trente ans Dans le service, nous en avons observé deux ou trois cas depuis dix ans. M. Marquézy, *A propos d'un cas de maladie de Barlow*, relaté à la *Société de pédiatrie de Paris*, le 16 janvier 1934, déclare n'en avoir rencontré qu'un cas, en cinq années, aux consultations de l'hôpital Hérold et de l'hôpital Bretonneau. Je ne parle que des formes avérées ; les formes discrètes, frustes, sont peut-être encore assez communes.

Le scorbut de la petite enfance mérite une étude spéciale, à côté du scorbut des enfants plus âgés et des adultes. Il s'agit toujours de la même maladie, mais, à cette période de la vie, les symptômes et l'étiologie présentent des particularités importantes.

La connaissance du scorbut des petits enfants est de date assez récente, soit parce qu'on ne savait pas le diagnostiquer, soit plutôt parce qu'il était rare avant l'emploi des laits stérilisés et des aliments de conserve.

Dans la *Clinique des maladies de la première enfance*, en 1928, le professeur Marfan écrit : « Le scorbut infantile semble avoir été signalé pour la première fois, en 1820, par Monfalcon, qui parle d'un cas où le scorbut s'associait au rachitisme et dans lequel il existait des tuméfactions douloureuses du fémur et du tibia et des ecchymoses cutanées et gingivales ».

En 1859, Mœller, de Kœnigsberg, en donne une description caractéristique, mais le confond avec le rachitisme ; il en fait un rachitisme aigu, un rachitisme à forme hémorragique.

En 1871, le Danois Ingerrlav, en 1873 et en 1878, les Anglais Galland et Cheadle, décrivent des faits semblables ; de plus, ils obtiennent la guérison par le jus de citron, médicament du scorbut, et portent le diagnostic de scorbut.

En 1883, sir Thomas Barlow, le célèbre chirurgien anglais, donne une description, devenue classique, du scorbut de la première enfance ; il précise son étiologie et son traitement. Aussi Heubner a-t-il donné à ce scorbut le nom de *maladie de Barlow*.

En réalité, cette appellation n'est pas exacte. Il est préférable de dire *syndrome de Barlow*, pour désigner la forme spéciale du scorbut liée au jeune âge des malades. D'ailleurs Barlow propose lui-même l'appellation de *scorbut de la première enfance*.

*
* *

Le SYNDROME DE BARLOW est la forme la plus caractéristique du scorbut des petits enfants.

Son apparition est précédée d'une *période initiale*, pendant laquelle l'enfant présente de la pâleur, de la faiblesse générale, une stagnation du poids sans amaigrissement notable, des douleurs dans les membres révélées par des cris quand on les remue. Ces symptômes s'installent insidieusement et il est difficile de préciser la durée de cette période.

A un moment donné le *syndrome se constitue*... Il s'installe généralement, soit dans le second semestre de la première année, soit pendant les deux ou trois premiers mois de la deuxième année, exceptionnellement avant six mois, rarement de 15 à 18 mois.

Le symptôme le plus apparent, qui souvent retient le premier l'attention, est réalisé par des *douleurs dans les membres*. Elles siègent généralement dans les membres inférieurs, moins souvent dans les supérieurs et sont habituellement symétriques.

L'enfant crie dès qu'on les mobilise et même, par crainte, dès qu'on approche de son lit. Il reste immobile, les membres douloureux en résolution ; par exemple, il est couché sur le dos, les cuisses en abduction et en demi-flexion. Comme il ne remue pas les membres douloureux, il peut paraître paralysé et il arrive qu'on le présente au médecin pour une paralysie ; il s'agit d'une pseudo-paralysie.

Pendant un premier stade il n'y a pas de modifications objectives appréciables. Seule la pression, même légère, provoque des cris de douleur.

A un stade plus avancé, la palpation donne la sensation d'une tuméfaction profonde, de consistance un peu molle, qui fait corps avec l'os, qui a son maximum au niveau de l'extrémité et s'étend plus ou

moins sur la diaphyse en s'amincissant comme un fuseau.

A un degré de plus, la région présente un gonflement plus ou moins accusé. La peau est tendue, brillante, d'apparence un peu œdémateuse, mais la pression du doigt ne forme pas le godet de l'œdème. Il n'y a pas de rougeur, pas de chaleur ; quelquefois les veines sous-cutanées sont dilatées. Dans la profondeur on perçoit, plus ou moins nettement, la tuméfaction profonde. Quelquefois on obtient une sensation de crépitation osseuse.

Les os longs des membres ne sont pas les seuls qui peuvent être altérés.

Souvent, il existe sur les *côtes*, à l'union de l'os et du cartilage, des nodosités douloureuses, dont l'ensemble réalise un chapelet costal scorbutique, comparable à un chapelet costal rachitique.

On peut rencontrer, au niveau du *crâne*, des hémorragies sous-périostées, entraînant la formation d'hématomes, et des hémorragies épidurales, entraînant des symptômes de compression encéphalique ou un syndrome méningé. L'hémorragie sous-périostée siège parfois dans l'orbite et entraîne de l'exophtalmie.

On peut observer encore des lésions des *vertèbres*, qui entrainent parfois un syndrome simulant le mal de Pott, des lésions des *omoplates*, de la *crête iliaque*, etc.

Sur les *radiographies* des os longs, on ne voit pas toujours d'altérations appréciables et caractéristiques. Quand le processus est assez avancé, on peut constater un complexus décrit par divers auteurs ; aucun des éléments qui le composent n'est constant.

C'est, vers l'extrémité de la diaphyse et s'étendant plus ou moins loin sur le corps de l'os, soit une mince ligne opaque, plus ou moins longue, séparée de l'os par un espace clair, soit une ombre engainant l'os. Ces aspects sont dus, l'un au périoste décollé par un hématome sous-périosté, l'autre à l'hématome lui-même qui s'est opacifié.

C'est, séparant la diaphyse du cartilage épiphysaire, une bande opaque, plus large au centre qu'à la périphérie, rectiligne ou sinueuse. Cet aspect, d'après Frœnckel, est pathognomonique ; ce serait le signe le plus précoce ; il disparaîtrait le dernier ; il est dû à l'épaississement de la zone chondro-calcaire.

C'est l'élargissement de l'extrémité de la diaphyse, qui elle-même est plus transparente et parsemée de taches opaques.

C'est, enfin, un liséré opaque encerclant le noyau épiphysaire décrit par Weinberger.

Somme toute, les lésions, qui sont la cause des symptômes cliniques et des signes radiologiques, sont :

1° Un hématome sous-périosté, décollant le périoste, formant un manchon autour de l'os ; il commence à l'extrémité de la diaphyse et se prolonge plus ou moins le long de celle-ci ; rarement il déborde sur l'épiphyse. L'hémorragie sous-périostée peut rester discrète et ne pas décoller le périoste.

2° Des hémorragies dans la moelle des os et le tissu osseux.

Au microscope, on constate la raréfaction de l'os métaphysaire, l'arrêt de l'ossification, des altérations des cellules cartilagineuses, des ostéoblastes et de la moelle des os, sur lesquelles je ne peux m'arrêter.

Le deuxième symptôme important est l'*anémie*.

Elle a été l'objet, dans beaucoup de pays, de nombreux travaux. En France, elle a été étudiée notamment par Lenoble, en 1904, par MM. Prosper Merklen et Léon Tixier en 1908. A l'*Association internationale de pédiatrie*, réunie à Paris en octobre 1912 et dans les *Archives de médecine des enfants* d'avril 1913, avec Léon Tixier et Marcel Maillet, j'ai consacré un mémoire à l'*Hématologie* et aux *altérations ostéo-médullaires dans la maladie de Barlow*. Le 12 février 1927, j'ai donné une leçon, qui est dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* sur les *Affections des organes hémo-lymphopoiétiques et du sang*, à l'*Anémie scorbutique de la première enfance* et à *l'avitaminose C*. Dans ces dernières années, divers auteurs ont surtout étudié l'anémie précoce, souvent appelée à tort *anémie préscorbutique*.

L'anémie est un symptôme précoce, qui s'installe insidieusement et précède l'apparition du syndrome de Barlow. L'enfant pâlit, ses muqueuses se décolorent ; il s'affaiblit, devient apathique.

Le nombre des hématies diffère d'un malade à l'autre. Il peut être sensiblement normal, alors même que la pâleur est accentuée. Il peut être inférieur à 4.000.000 par mm^3 ; il tombe rarement à 2.000.000 ou même 1.000.000.

Leur morphologie tantôt est normale, tantôt présente, à des degrés divers, de l'anisocytose, de la poikilocytose, de la polychromatophilie.. Il peut y avoir des hématies nucléées, normoblastes ou mégaloblastes.

Le taux de l'hémoglobine est abaissé, soit parallèlement au nombre des globules rouges, soit proportionnellement plus ou proportionnellement moins que celui-ci. Suivant les cas donc, la valeur globulaire, c'est-à-dire la quantité d'hémoglobine contenue dans un globule rouge, est soit normale, soit abaissée, soit augmentée.

Le nombre des hématoblastes est généralement normal ; il est diminué dans certains cas.

Le nombre des leucocytes est généralement un peu augmenté : 10.000 à 20.000 par mm^3. Le pourcentage des polynucléaires neutrophiles est faible, celui des mononucléaires élevé. Assez souvent, d'une façon transitoire, on voit quelques myélocytes neutrophiles, éosinophiles ou basophiles.

Le temps de coagulation du sang et la rétraction du caillot, le temps de saignement sont généralement normaux. Parfois la coagulation est retardée et le caillot irrétractile.

D'ailleurs les caractères hématologiques se modifient au cours de l'évolution. L'anémie s'accentue avec l'aggravation du scorbut. Chez un garçon de 2 ans, soigné par MM. Prosper Merklen et Léon Tixier, en une quinzaine de jours, le taux des globules rouges tombe de 3.890.000 à 1.980.000, celui de l'hémoglobine de 70 % à 65 %, tandis que la valeur globulaire s'élève de 0.90 à 1,64.

Somme toute, l'anémie des petits enfants scorbutiques est caractérisée par une diminution nulle, légère, moyenne ou forte du nombre des hématies et du taux de l'hémoglobine, avec souvent une réaction myéloïde discrète. Il s'agit d'une anémie simple, du type plastique ou hypoplastique.

Il n'existe pas, en général, d'hypoplaquettose, d'irrétractilité du caillot, de retard de la coagulation du sang, phénomènes qui témoignent d'une dyscrasie sanguine responsable du processus hémorragique, comme dans l'hémogénie ou l'hémophilie congénitale.

D'autre part l'anémie ne dépend pas des hémorragies qu'elle précède généralement.

Les hémorragies du scorbut, pour le dire de suite, sont causées par des altérations des parois vasculaires. L'étude des *Symptômes capillaires dans les formes frustes du scorbut infantile*, poursuivie par le professeur Gino Frontali, de Bologne, à l'aide de la capillaroscopie, de la ventouse à décompression graduable de Hecht et Riva-Rocci, de la mesure de la pression capillaire, publiée au *Septième congrès des pédiatres de langue française*, tenu à Strasbourg, les 5, 6 et 7 octobre 1931, en a apporté la preuve. Dans les formes frustes, comme dans les formes avérées, M. Frontali a constaté, dans la peau du pli du coude, des déformations et des ectasies des anses capillaires, des hémorragies microscopiques au niveau de ces anses et dan la couche capillaire ; ces phénomènes disparaissent rapidement après l'administration du traitement antiscorbutique. M. Frontali conclut qu'on peut « fortement suspecter une altération trophique des endothéliums capillaires d'origine scorbutique, une vraie *capillaromalacie scorbutique*.

D'après Hoffmann, le signe du lacet serait souvent positif.

Nous avons vu déjà l'importance des hémorragies sous-périostées ou osseuses, qui sont la cause du syndrome de Barlow. Elles peuvent être isolées ou s'accompagner d'*hémorragies diverses*.

Les *hémorragies des gencives*, qui sont une manifestation précoce et caractéristique du scorbut pendant la moyenne et la grande enfances, ainsi que chez les adultes, manquent généralement chez les petits enfants.

D'après sir Thomas Barlow, elles n'apparaissent qu'après la sortie des dents et, même alors, sont peu importantes : « l'absence de lésions du côté des gencives chez les enfants dépourvus de dents est, écrit-il, une des raisons qui ont empêché de reconnaître plus tôt la véritable nature de la maladie ».

Toutefois, les bébés privés de dents peuvent présenter des hémorragies gingivales. En 1908, une enquête de la *Société américaine de pédiatrie* établit que, sur 45 enfants scorbutiques n'ayant pas de dents, 5 avaient des hémorragies gingivales et 14 des fongosités.

Quand il y a des hémorragies gingivales, on observe tantôt un très fin piqueté hémorragique au niveau de la sertissure des dents ou des petites ecchymoses au niveau des dents près de sortir, tantôt des petites granulations rouges, efflorescentes, qui saignent facilement, tantôt au niveau de plusieurs dents une infiltration hémorragique plus ou moins étendue et un suintement hémorragique de la muqueuse. Dans ce cas, il existe un état fongueux des gencives et l'haleine est fétide.

Les *hémorragies de la peau* ne sont pas rares. Des pétéchies ou des ecchymoses peuvent apparaître à la période initiale du scorbut, de un à cinq mois avant qu'il se caractérise, d'après Nassau et Zingher. J'ai déjà parlé des hémorragies microscopiques décrites par le professeur Gino Frontali.

Les *hématuries* sont assez fréquentes.

Je les ai étudiées le 16 décembre 1922, au cours d'une leçon sur les *Hématuries chez l'enfant*, publiée dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *Affections de l'appareil urinaire*.

Sir Thomas Barlow écrit à leur sujet : « On trouve fréquemment une petite quantité de sang mélangé à l'urine et une quantité d'albumine proportionnée à celle du sang présent. On peut trouver au microscope des globules rouges et quelques caillots, représentant le moule intérieur des tubes du rein, et il est évident qu'il y a quelque peu d'apoplexie rénale ; mais il n'y a pas d'apparence de néphrite ».

Dans le syndrome de Barlow, l'hématurie a été rencontrée dans 10, 33, 82, 98 pour 100 des cas par Heubner, Finkelstein, Nassau, Leichtentritt.

L'hématurie peut apparaître dans les scorbuts frustes, indépendamment d'un syndrome caractérisé de Barlow, comme un symptôme précoce. En 1904, M. Neter, de Berlin, et M. Morse, en ont cité des exemples. Pour le professeur Marfan, il existe une *forme hématurique* du scorbut, « dans laquelle les pissements de sang s'observant chez un sujet légèrement rachitique, très anémique, avec des douleurs des membres inférieurs sans hématomes appréciables, sont le seul symptôme de la maladie ». J'en ai relaté un exemple dans ma leçon.

A côté des hématuries avérées, il y a des *hématuries occultes* découvertes par l'examen microscopique des urines.

Le scorbut est, chez les petits enfants, la cause la plus commune des hématuries indépendantes des néphrites.

Les *hémorragies intestinales* avérées sont rares. Les hémorragies occultes, découvertes par la recherche systématique du sang dans les selles, seraient communes : Ratnow les a décelées dans 90 p. 100 des cas.

Les *hémorragies nasales* peuvent également se rencontrer.

Les enfants scorbutiques ont assez souvent de la *fièvre*. Le plus souvent, il s'agit d'une petite température à 37-5-38°, avec, de temps en temps, un clocher à 39° et plus. Dans certains cas, la température est irrégulière, désordonnée, avec des poussées à 40° ou 41° et des chutes lentes ou brusques à 37°.

La fièvre peut exister longtemps avant l'apparition des symptômes caractéristiques du scorbut, être une des manifestations de la période initiale. MM. Marcel Lelong et Jean Chabrun en ont publié un bel exemple à la *Société de pédiatrie de Paris*, le 21 octobre 1930 : *A propos d'un cas de maladie de Barlow. Consi-*

dérations sur la fièvre préscorbutique, les signes radiologiques et la prophylaxie.

La fièvre scorbutique cède rapidement au traitement du scorbut. Elle semble bien être due au processus scorbutique lui-même et non à une infection ; en s'entourant de toutes les précautions pour éviter l'infection, M. Mouriquand, Mlle Schœn et M. Popotag l'ont reproduite chez le cobaye. Le professeur Marfan pense qu'elle est due à la résorption des épanchements sanguins ; il a remarqué son exagération pendant les deux ou trois premiers jours du traitement, surtout quand il existe de grands hématomes sous-périostés, du fait de la rapidité de la résorption.

Il n'est pas toujours facile d'éliminer le rôle de l'infection, surtout dans le milieu hospitalier. On admet d'ailleurs, avec Abels, Nassau et Zingher, que les scorbutiques présentent une prédisposition et une diminution de la résistance aux infections.

L'*état général* des bébés atteints de scorbut est plus ou moins affecté. Suivant les modalités de l'alimentation, l'embonpoint est moyen, exagéré ou faible ; le poids reste stationnaire ou diminue à la longue, du fait de l'anorexie et du trouble de la nutrition.

La *croissance staturale* est souvent ralentie et même arrêtée, du fait des altérations des cartilages diaépiphysaires des os longs.

L'*anorexie* est un symptôme précoce. La *digestion* peut rester normale ; mais souvent il y a des troubles gastro-intestinaux d'ordre banal.

On a signalé enfin des *troubles trophiques* de la peau et des ongles, de la *tachycardie*, de la *dilatation* du cœur droit, etc. Ce sont des manifestations de second plan.

***

Le syndrome de Barlow réalise la forme la plus caractéristique du scorbut des petits enfants. Mais, comme je le faisais remarquer tout à l'heure, il est rare aujourd'hui. Plus souvent le scorbut se traduit par des manifestations moins franches, par des SYNDROMES FRUSTES, DISCRETS, ATTÉNUÉS.

Ces syndromes consistent dans les manifestations cliniques diverses que j'ai décrites à propos du syndrome de Barlow. Ces manifestations tantôt s'installent plus ou moins longtemps avant l'apparition des hémorragies sous-périostées et osseuses, pendant la phase initiale du scorbut, tantôt constituent toute la maladie scorbutique, et n'aboutissent pas au syndrome de Barlow. Cependant, dans les deux éventualités, l'enfant accuse souvent par ses cris des douleurs osseuses plus ou moins vagues, qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

MM. Edmond Lesné et Robert Clément, en 1934, dans le *Traité de médecine des enfants* de P. Nobécourt et L. Babonneix, distinguent les formes frustes suivantes :

1° *Etats dystrophiques*, se traduisant par la stagnation ou la diminution du poids, le ralentissement ou l'arrêt de la croissance staturale, la pâleur, l'anorexie, etc. ;

2° *Etats anémiques*, dans lesquels la pâleur et les altérations du sang prédominent ;

3° *Etats fébriles* prolongés ;

4° *Etats hémorragiques*.

Chacun de ces états est rarement isolé. Généralement ils se combinent en proportions diverses et ne se caractérisent dans la pratique que par la prédominance de telle ou telle manifestation.

Il importe d'ailleurs de ne pas mettre sur le compte du scorbut toutes les manifestations que présentent les enfants qui en sont atteints. On peut rencontrer des INTRICATIONS diverses. Une des plus communes est le *rachitisme*, qu'explique la parenté, mais non l'identité, des facteurs étiologiques.

***

Du fait de sa symptomatologie complexe et variée, le scorbut des petits enfants peut être méconnu et confondu avec d'autres affections.

En réalité, il suffit, dans bien des cas, d'y penser pour en faire le DIAGNOSTIC. Il faut y penser, quand un bébé de 6 à 18 mois présente soit un syndrome de Barlow caractérisé, soit un syndrome fruste. Il convient naturellement de ne pas se contenter d'impressions plus ou moins exactes, mais de bien préciser la séméiologie.

Première éventualité : le syndrome de Barlow est caractérisé. — Les cris de douleur que pousse l'enfant quand on mobilise ses membres, le plus souvent les membres inférieurs, la pseudo-paralysie généralement symétrique, la douleur provoquée par la palpation vers les extrémités des os ; à un moment donné, la tuméfaction de l'os et même des parties molles, l'intégrité habituelle des articulations ; d'autre part, la pâleur, un aspect un peu bouffi du visage, sont suffisamment caractéristiques. Les hémorragies gingivales constituent un argument de plus ; mais elles manquent souvent et, quand elles existent, sont généralement discrètes ; il ne faut pas trop compter sur elles.

Il n'y a guère qu'un syndrome comparable à celui de Barlow, c'est le *syndrome de Parrot*, révélateur d'une ostéo-chondrite syphilitique. On constate également des douleurs à la mobilisation du membre, une pseudo-paralysie, de la tuméfaction de l'os, etc. Mais la lésion syphilitique se localise principalement à un membre supérieur et n'est pas symétrique ; surtout elle débute pendant les deux ou trois premiers mois, toujours avant 4 mois, tandis que la lésion scorbutique ne débute pas avant 6 mois. La confusion est impossible.

La douleur, la tuméfaction des parties molles, la fièvre peuvent faire penser à une *arthrite infectieuse* ou à une *ostéomyélite aiguë*. Dans ces affections, le début est brusque ou rapide, la fièvre généralement élevée, l'état général sévèrement affecté, la peau chaude. D'autre part, la localisation est articulaire au lieu d'être diaphysaire, non seulement dans l'arthrite, mais aussi dans l'ostéomyélite ; dans celle-ci, en effet, chez le nourrisson, l'infection débute par le noyau épiphysaire et le cartilage de conjugaison, l'arthrite suppurée est la règle.

Je ne m'arrête pas sur d'autres affections doulou-

reuses des membres, la *maladie de Bouillaud,* qu'on ne rencontre pas à cet âge, la *forme douloureuse de la maladie de Heine-Medin, l'acrodynie,* qui sont vraiment bien différentes.

Seconde éventualité : le scorbut est fruste. — L'enfant présente alors un *syndrome anémique,* un *syndrome hémorragique,* un *état dystrophique,* une *fièvre persistante.* C'est le diagnostic de ces manifestations qu'il faut discuter en se rappelant qu'elles peuvent relever du scorbut.

Dans ces diverses circonstances, la *radiographie des os* peut aider au diagnostic, en décelant soit les lésions du scorbut, qui ne sont pas toujours nettes et caractéristiques, soit d'autres altérations ; il en est de même de l'*hématologie.*

Enfin et surtout le diagnostic est souvent aiguillé ou confirmé par l'*enquête étiologique,* qui apprend que l'enfant est dans les conditions voulues pour avoir le scorbut.

Le résultats rapides de la *thérapeutique antiscorbutique* viennent lever tous les doutes.

L'étude des facteurs étiologiques et du traitement du scorbut des petits enfants sera l'objet de ma prochaine leçon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 MARS 1937)

Recherche de petites quantités de cobalt dans l'urine humaine. — Mme Raymonde DUVAL et M. Jean-Marie LE GOFF.

Sur la prémunition antituberculeuse du singe par injection de bacilles tuberculeux à colonies lisses. — MM. Léopold NÈGRE et Jean BRETEY.

Nouvelles recherches sur l'action vis-à-vis des cancers des complexes organico-métalliques solubles des acides ascorbique et déhydrascorbique, où le fer est remplacé par le cuivre ou le titane. — MM. Fernand ARLOING, Albert MOREL et André JOSSERAND.

A propos de la réparation chirurgicale des pertes de substances traumatiques des nerfs périphériques. — M. Jean NAGEOTTE.

(SÉANCE DU 15 MARS 1937)

Analyse chronaximétrique du mécanisme des actions synergiques et antagonistes dans le domaine du système nerveux autonome. — M. Paul CHAUCHARD.

L'alexine est-elle un élément corpusculaire ? — M. Iwo LOMINSKI.

Syndrome rhumatisme ankylosant dans l'avitaminose C partielle. — MM. Georges MOURIQUAND, Henri TÊTE, Georges WENGER et Paul VIENNOIS.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1937)

Hydarthrose périodique du genou guérie par radiothérapie. — MM. E. MAY, HUET, Mlle BARNAUD. Cas typique d'hydarthrose périodique du genou durant depuis 20 ans, et se reproduisant avec périodicité de 11 à 12 jours. Une cure de radiothérapie locale amena la guérison en huit séances. Le syndrome ne s'est pas reproduit depuis 10 mois.

Syndrome neuro-anémique et sténose scléreuse cancéreuse du pylore. — M. CAROLI, Mlle TISSIER et M. MALLARMÉ. Apparition chez un homme de 60 ans, après une cure d'amaigrissement, d'une sténose serrée du pylore et d'un syndrome neuro-anémique. Les auteurs ont trouvé des signes de lésions organiques limitées à la région sphinctérienne. L'anémie avait les caractères d'une anémie simple. L'intervention a révélé une cicatrice d'ulcère entraînant une énorme ectasie gastrique. C'est donc une forme rare d'ulcéro-cancer pylorique. Les auteurs pensent que la sténose chronique ulcéro-cicatricielle avait entraîné l'ectasie gastrique, l'atrophie des parois, l'achylie, préparant ainsi le terrain à l'anémie.

Syndrome de Biermer. — M. EMILE-WEIL rapporte le cas d'un hyperchlorhydrique ayant eu un ulcus, puis un syndrome d'Achylie, puis un syndrome de Biermer suivi de guérison. L'auteur croit que le syndrome de Biermer se rencontre rarement au cours du syndrome gastrique, tandis que, par ailleurs, il y a dés cas d'anémie biermérienne guérie qui sont suivis de cancer gastrique.

M. Chevalier fait remarquer que le sang du malade de M. Caroli n'était pas celui d'une anémie de Biermer.

Hypertension passagère au cours d'une polynévrite alcoolique. Névrite probable du système dépresseur. — MM. MAY et Mlle BROUET-SAINTON. Cette hypertension atteignant 19-13 au moment aigu de la polynévrite, s'atténua peu à peu avec l'amélioration des signes cliniques et à la guérison, à la sortie de l'hôpital, la tension était revenue à 11-7. S'agit-il d'une névrite du système dépresseur ? D'autant que l'hypertension s'accompagnait d'une tachycardie à 120. Ce serait un des premiers cas authentiques d'hypertension par atteinte du système Cyore-Hernig.

Agranulocytose hémorragique dans un cas de diarrhée chronique traitée par un arsenical pentavalent. — MM. CAROLI et MALLARMÉ. Femme de 58 ans ayant ingéré 4 gr. de sovarsol en décembre 1935, pour une diarrhée chronique. Pour les mêmes troubles, une nouvelle cure en 1936, au cours de laquelle apparut du purpura, puis aggravation de l'état général, apparition d'hémorragies et mort en quatre jours. A l'examen du sang, disparition des éléments granuleux et anémie progressive après les hémorragies. Ce fait constitue une rareté.

M. Emile-Weil pense qu'il s'agit d'état hémorragique avec agranulocytose secondaire.

Deux cas d'aleucie hémorragique post-stovarsolique. — MM. EMILE-WEIL, MENÉTRIER et POLAK. Il y eut deux cures de 5 gr. Les accidents survinrent à la deuxième cure pour l'un, à la fin de la première pour l'autre. Un cas fut mortel. Il s'agissait d'anémie intense. Hypochrome au-dessous d'un million, avec disparition des plaquettes et forte agranulocytose, c'est-à-dire aplasie totale de la moelle osseuse.

Ovaire et hémogénie. — MM. LOEPER, FAU et WARAY. Jeune fille présentant après une grippe un syndrome d'hémogénie. Tous les moyens thérapeutiques ayant échoué, on suspecta le rôle possible de l'ovaire. On pratiqua la castration radiothérapique qui amena la guérison de l'anémie, le retour des plaquettes à l'état normal et la cessation des hémorragies.

M. EMILE-WEIL a observé un cas qui se rapproche du précédent. Pour cet auteur, on peut admettre l'existance d'hémorragies hémotoxiques, le sang se comportant chez les sujets comme un antigène déclenchant la maladie hémorragique. La seule thérapeutique est la stérilisation.

M. MARQUÉZY a vu une malade qui continua à saigner malgré la stérilisation.

NOTES POUR L'INTERNAT

ARTHRITES BLENNORRAGIQUES (1)

Evolution.

Il est rare qu'elle soit heureuse et se termine vers la guérison.

Le plus souvent, elle se fait vers la chronicité, réalisant une *arthrite plastique et ankylosante.*

Au bout de quelque temps, l'aspect est très caractéristique ; *la fibrose a frappé tous les plans*, l'article est immobilisé ; les tendons sont soudés à leur gaine ; la peau, les tissus cellulaires sous-cutanés donnent l'impression de la sclérodermie localisée.

A ce tableau s'ajoute une *tendance destructive* des extrémités osseuses, que les radios successives mettent bien en évidence.

Formes cliniques.

Forme *prolongée.* Elle évolue vers une ankylose très partielle, mais dès qu'on essaie de mobiliser, une nouvelle poussée survient.

Forme *à rechute.*

Forme *tardive.* Survenant dix, quinze ans après la première infection gonoco.

Forme *septicémique.* Elle peut réaliser deux aspects cliniques :

Tantôt la septicémie est au premier plan ; la prise articulaire n'est qu'un épiphénomène ;

Tantôt l'arthrite a dominé le tableau, puis sont réapparus des signes septicémiques avec fréquemment des lésions viscérales amenant la mort.

Formes chroniques.

Avec Mondor, il faut faire une large place à l'arthrite gono. dans ce que l'on a coutume d'appeler le rhumatisme chronique.

On pourrait même ranger dans le cadre des arthrites gono. :

La polyarthrite noueuse et pseudo-goutteuse ;

La spondylose rhyzomélique ;

Le pied blennorragique, la talalgie ;

Et enfin la polyarthrite généralisée de Klippel et Weil.

Formes *suivant le terrain.*

— *L'arthrite puerpérale* gono. revêt souvent un aspect grave.

— *L'arthrite du nourrisson* (l'œil est la porte d'entrée de l'infection) est toujours de très grave pronostic.

Formes *suivant la localisation :*

La localisation à la hanche réalise une *coxite gono.*, grave, fréquente, destructive, entraînant des luxations pathologiques et des déformations du bassin.

COMPLICATIONS

On ne doit plus ranger parmi les complications de l'arthrite gono. *la tendance à l'ankylose et l'atrophie musculaire :* elles font partie intégrante, normale, de l'évolution de l'affection, et c'est là tout le problème thérapeutique.

Mais les complications infectieuses, septicémiques, viennent en plus aggraver, dans une proportion assez forte, l'arthrite.

DIAGNOSTIC

En présence d'une arthrite que l'on soupçonne blennorragique, l'examen clinique devra être complété par une série d'examens de laboratoire :

On recherchera le gono. :

Au niveau des voies génitales ;

(1) Fin, — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 24, du 24 mars 1937.

Mais surtout au niveau de l'articulation prise :

Dans le liquide articulaire, on le trouve dans 70 p. 100 des cas si on fait la recherche dès les huit premiers jours, plus tard, par biopsie des franges synoviales, enfin, par hémoculture dans les formes septicémiques.

— Le séro-diagnostic, l'intradermo-réaction, les réactions de fixation pourront enfin faire la preuve de l'infection gonococcique.

La radiographie n'est pas d'un très grand secours ; ce n'est que tardivement que la structure des épiphyses peut être marquée par de l'ostéoporose, un aspect flou et cotonneux et parfois la présence de petites exostoses.

Elle a plus un intérêt de pronostic : une décalcification brutale et précoce est un signe de gravité.

Diagnostic différentiel.

Dans les formes médicales, nous n'insisterons pas sur le diagnostic classique d'avec le rhumatisme articulaire aigu.

On différenciera les *formes phlegmoneuses* des phlegmons profonds et des phlegmons lymphangitiques.

En cas de *pyarthrose*, le laboratoire permettra seul de faire le diagnostic du microbe en cause.

Le diagnostic est plus difficile dans les *formes torpides :* il faudra discuter : l'*arthrite tuberculeuse*, l'arthrite syphilitique, les manifestations du rhumatisme chronique.

TRAITEMENT

La multiplicité des traitements proposés est la preuve de la difficulté des indications thérapeutiques.

Tout d'abord, il faut traiter l'uréthrite. Quant à l'arthrite, on a le choix dans un grand nombre de méthodes :

L'immobilisation simple ou plâtrée est un excellent moyen pour soulager les douleurs ; mais il ne faut pas trop la prolonger, et il semble qu'il faut lui préférer *l'extension continue.*

La vaccinothérapie a donné quelques succès, qui cependant ne doivent pas fournir la cause d'un retard ou d'une abstention opératoire.

Dans les formes graves monoarticulaires, la *sérothérapie* a donné de beaux résultats ; ils sont encore meilleurs dans les formes septicémiques.

Pour le traitement chirurgical, on a le choix parmi :

La *ponction simple*, bons résultats si associée à l'immobilisation ;

L'*arthrotomie suivie de suture immédiate* et de mobilisation précoce, méthode la plus employée en ce moment, donne dans l'ensemble de bons résultats.

Il faut rejeter l'arthrotomie avec drainage et peut-être lui préférer *l'arthrotomie avec mobilisation immédiate* à la Willems, thérapeutique qui nécessite de la bonne volonté de la part du malade, des soins constants, de manière à réaliser une mobilisation *active.*

Il est très difficile de comparer les résultats de ces diverses méthodes ; en effet, les cas ne sont pas du tout comparables quant à la forme de l'arthrite. Deux éléments restent indiscutables :

La nécessité de traiter la porte d'entrée ;

L'obligation de traiter l'articulation *le plus précocement possible*, en n'hésitant pas à opérer si la thérapeutique médicale reste sans effet.

Dans l'ensemble, l'arthrite gono. est une affection grave ; il est difficile d'espérer, actuellement, avoir plus de 50 à 60 p. 100 de bons résultats.

R.-J. CHEVALLIER.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 27. — SAMEDI 3 AVRIL 1937. 110e ANNÉE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.



SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste sera ouvert le vendredi 18 juin 1937, à 9 heures du matin, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (salle des Commissions).

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'administration, du mercredi 19 mai au mardi 1er juin 1937 inclusivement, de 14 à 17 heures, dimanches et fêtes exceptés.

Hôpital Rothschild. — *Concours d'internat.* — En raison des vacances de Pâques, le délai imparti pour les inscriptions au concours est prorogé au 7 avril à 18 heures.

Il est rappelé que le concours est fixé au lundi 12 avril, 9 heures. Sur demande adressée au directeur de l'hôpital, 15, rue Santerre, une notice est expédiée par courrier.

Hôpitaux de Toulouse. — Le concours de médicat des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Planques et Gadrat.

Hospices civils du Havre. — Un concours pour l'attribution de 5 places d'internes titulaires, aura lieu le vendredi 30 avril 1937, à 9 heures, à l'hospice général, 55 *bis*, rue Gustave-Flaubert. (Ce nombre pourra être augmenté si besoin est.)

Pour être admis à ce concours, les candidats devront être pourvus au minimum de 16 inscriptions validées. Le registre d'inscriptions sera clos le 20 avril.

Société de médecine militaire française. — La Société de médecine militaire française vient d'élire son bureau pour 1937 :

Président : M. le médecin général inspecteur Rouvillois.

Vice-présidents : MM. les médecins généraux inspecteurs Lemoine et Lecomte, M. le médecin général Brugère (Marine), M. le pharmacien général Mancier.

Secrétaire général : M. le médecin colonel des Cilleuls.

Secrétaire général adjoint : M. le médecin commandant Jame.

Secrétaires des séances : MM. les médecins capitaines Coudane et Aujaleu.

Trésorier : M. le médecin lieutenant-colonel Poy.

Sur la proposition du président, la Société a inscrit à son ordre du jour, pour l'année 1937, les questions suivantes :

La désinsectisation (rapporteurs : médecin colonel des Cilleuls et médecin lieutenant-colonel Bellon) ;

Le dépistage de la tuberculose (rapporteur : médecin lieutenant-colonel Colvelle) ;

Les indications opératoires et l'heure de l'intervention dans les complications des otites aiguës (rapporteurs : médecins commandants Guillermin et Pesme) ;

Les réactions vaccinales antitypho-paratyphoïdiques (rapporteur : médecin commandant Meerssemann).

La Société de médecine militaire française, qui groupe les officiers du Service de santé de l'armée active et des réserves, se réunit au Val-de-Grâce, le deuxième jeudi de chaque mois à 16 h. 30.

Cotisation annuelle : 20 francs. Les membres de la Société reçoivent gratuitement le Bulletin.

Souscrire auprès du trésorier de la Société, au Val-de-Grâce, 277 *bis*, rue Saint-Jacques, Paris (5e).

COURS ET CONFÉRENCES

Cours préparatoire aux fonctions de médecin-contrôleur des assurances sociales. — En vue de préparer les docteurs en médecine candidats aux fonctions de médecin-contrôleur des assurances sociales, un cours spécial aura lieu au laboratoire d'hygiène sous la direction du professeur Tanon, professeur d'hygiène, et de M. Marcel Martin, directeur de la Caisse interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise, avec la collaboration du docteur Legros, médecin-contrôleur des assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise, ancien député, rapporteur du projet de révision de la loi sur la protection de la santé publique, et du docteur Forestier, médecin-chef de l'Union des caisses d'assurances sociales de la région parisienne, inspecteur départemental d'hygiène, ancien membre de la section d'hygiène de la Société des Nations (assurances sociales).

Les médecins-contrôleurs et fonctionnaires administratifs des assurances sociales, les docteurs et étudiants en médecine, ainsi que toutes personnes s'intéressant aux assurances sociales peuvent assister à ce cours.

Le cours comprend huit conférences qui auront lieu à 18 heures, à l'amphithéâtre Cruveilhier (entrée : 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), du 6 avril au 22 avril, et des stages pratiques, dont l'organisation sera indiquée au cours des conférences.

S'inscrire au laboratoire d'hygiène, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, escalier D, 2e étage, ou écrire.

L'inscription est gratuite.

CONFÉRENCES DU DIMANCHE

L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1937-1937, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, rue de l'Ecole-de-Médecine. Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le troisième trimestre 1936-1937 :

11 avril. — M. Le Lorier : myomectomies au point de vue obstétrical (projections).

18 avril. — M. Lesné : les méningites lymphocytaires curables chez l'enfant.

25 avril. — M. Weill-Hallé : les méthodes d'appréciation de la prémunition contre la tuberculose par le BCG (projections).

2 mai. — M. Halphen : sympathalgies nasales et limites de la soi-disant réflexothérapie.

9 mai. — M. Mathieu-Pierre Weil : arthrite sacro-iliaque.

23 mai. — M. Grenet : les syndromes de fragilité osseuse chez l'enfant.

30 mai. — M. Guy Laroche : la ménopause. Etude biologique, traitement hormonal.

6 juin. — M. Léon Kindberg : le problème actuel des bronchectasies (conception générale et traitement) (projections).

13 juin. — M. Justin-Besançon : les embolies artérielles (projections).

20 juin. — M. Jacob : les images radiologiques arrondies intra-thoraciques (projections).

27 juin. — M. Turpin : la consanguinité.

Nécrologie. — Le docteur Louis Romain-Régné, médecin lieutenant des troupes coloniales, élève à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

— Le docteur Georges Cazaux (de Bordeaux). Il était le gendre du docteur Audouin, président de l'Association des médecins de la Gironde, à qui nous adressons l'expression de nos vives condoléances.

CORRESPONDANCE

UN SIGNE DE GROSSESSE

Depuis longtemps, nous avons constaté que la plupart des femmes en gestation présentent la température des mamelons au-dessus de la normale et différente de celle des régions cutanées voisines.

S'il y a interruption de la grossesse, cette hausse de température disparaît (11 observations).

L'élévation thermique est contrôlable avec le thermomètre à cuvette plate au toucher, alors que la température centrale varie entre 37,2-37,3.

Cette constatation a seulement de la valeur si l'état général de la femme est normal.

Cette température doit être attribuée aux phénomènes de congestion et aux réactions chimiques hormonales, qui ont toujours lieu dans les glandes mammaires au moment de la grossesse. L'élévation thermique se produit le plus souvent avant même que la réaction de la grossesse soit positive.

Dr HERSCOVICI.

CONGRÈS

Xe Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française. — Le Xe Congrès se tiendra à Paris, les 30 septembre, 1er et 2 octobre 1937, sous la présidence du professeur Mocquot.

Les questions à l'ordre du jour seront les suivantes :

I. — Traitement de l'incontinence d'urine chez la femme :

1. Traitement de l'incontinence. Rapporteurs : MM. Muret et Rapin (Genève).

2. Traitement des fistules vésico-vaginales. Rapporteur : M. André (Nancy).

II. — Pathogénie et traitement de l'apoplexie utéro-placentaire :

1. Pathogénie. Rapporteur : M. Couvelaire (Paris).

2. Traitement. Rapporteurs : MM. Veymeersh et Snoeck (Bruxelles).

III. — Traitement du prurit vulvaire :

1. Traitement médical. Rapporteur : M. Vayssière (Marseille).

2. Traitement chirurgical. Rapporteur : M. Cotte (Lyon).

Société Française d'Ophtalmologie. — La Société Française d'Ophtalmologie célébrera son cinquantième Congrès les lundi 28, mardi 29 et mercredi 30 juin, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Le rapport annuel sera présenté par le docteur Bollack (de Paris) sur les *Arachnoïdites opto-chiasmatiques.*

Le Congrès est retardé cette année en raison de l'Exposition universelle. Pour cette même raison, il ne durera que trois jours et ne comportera pas d'excursion aux environs de Paris. Un banquet sera offert à l'occasion de ce cinquantième Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général de la S. F. O., docteur René Onfray, 6, avenue de La Motte-Picquet, Paris (7e).

REVUE GENERALE

ÉTUDE CLINIQUE DES ARTÉRITES JUVENILES (1)

Par M. JACQUES CHAUTEMPS

II. Evolution avec complications

1° *Complications locales sans influence importante sur l'évolution locale.* Ce sont des accidents infectieux : lymphangites ou abcès sans grande signification clinique. Qu'il existe des complications d'infection locale chez des malades en proie aux troubles trophiques ulcéreux et dans des tissus mal irrigués, il n'y a là rien qui attire spécialement l'attention. Ce qui étonne même, c'est la rareté relative de telles complications. En effet, on suit pendant des mois des malades souffrant le martyre, dont les pansements sont plus ou moins bien faits par eux-mêmes ou par leur entourage, et chez lesquels n'apparaît aucune de ces traînées lymphangitiques, si fréquentes pourtant chaque fois qu'il existe une minime plaie des pieds. Pour paradoxal que cela soit en apparence, on est tenté de conclure, à voir ce qui se passe dans la pratique, que les malades atteints d'artérite juvénile compliquée de troubles trophiques, sont, moins que le courant des individus, prédisposés aux accidents lymphangitiques.

Quant aux abcès sous-jacents aux ulcérations, ils ont peu de symptomatologie et sont, en général, des découvertes opératoires. Les petits mouvements fébriles notés sur les feuilles de température, la fièvre même, observée dans certains cas, peuvent d'ailleurs être tout aussi bien attribués aux multiples accidents de santé, si faciles à comprendre chez des patients en proie aux douleurs, à l'insomnie, alités, soumis aux analgésiques et ayant, de ce fait, de multiples désordres des grandes fonctions.

2° *Complications modifiant profondément l'évolution locale et la santé générale.* Toutes les causes surajoutées de stase sanguine et d'hyposphyxie, toutes les anémies ou les états qui réduisent les fonctions d'oxygénation du sang, ont des effets fâcheux dans les membres dont la circulation est défectueuse. On comprend que la marge d'adaptation circulatoire, déjà réduite, soit alors dépassée et qu'il en résulte, dès lors, l'apparition ou l'aggravation des phénomènes trophiques jusque-là absents ou bien tolérés.

La gangrène humide, extensive, à marche rapide, semble une éventualité pour le moins très rare dans l'artérite juvénile, mais son apparition modifie profondément, on le conçoit, non seulement le pronostic, mais surtout l'évolution locale de l'affection.

Il faut insister sur l'influence des douleurs, celle du psychisme du malade et de celui de son entourage, sur l'évolution locale et la santé générale du sujet. L'altération du psychisme, produite par les douleurs et l'inquiétude, vient souvent se superposer au manque de résignation et de patience du malade. Le rôle de l'entourage est d'ailleurs, dans ces conditions, un élément important qui, bien souvent, rend inopérants les efforts du médecin pour obtenir le calme qui diminue la douleur. Ce sont là autant d'éléments qui interviennent pour modifier l'évolution locale, en faisant hâter l'amputation, en créant, autour du malade et du médecin, une atmosphère d'agitation dans laquelle on décide facilement de mesures extrêmes. Si, dans le cas où il existe d'importants troubles trophiques, cette hâte est souvent peu préjudiciable au malade, car l'amputation est, en définitive, l'aboutissant ordinaire (bien que l'on puisse, dans certains cas, sauver encore le membre), il n'en est pas de même à la phase simplement douloureuse. C'est pourquoi il faut, dès le début, imposer la discipline à l'entourage, si l'on ne veut pas être amené à décider, un jour où l'atmosphère morale du malade est tendue, une mutilation qu'avec un peu de patience et d'autorité on aurait pu éviter. Comme dans tous les états dans lesquels la douleur occupe une place importante, l'artérite est une maladie qui crée rapidement des conflits entre le médecin, qui s'efforce de conserver le membre, et le malade qui veut un soulagement immédiat, même au prix d'un sacrifice qu'il regrette ensuite, reprochant au médecin d'avoir cédé à son insistance et à celle des proches.

3° *Complications modifiant le pronostic vital.* — A. *Diabète.* L'hyperglycémie est constatée d'une façon fréquente dans l'artérite juvénile. Le diabète peut accompagner la maladie ou survenir au cours de celle-ci, et, de ce fait, modifier défavorablement le pronostic vital ; mais cette éventualité est très rare.

B. *Artérites viscérales.* Buerger croit reconnaître l'aspect des lésions aiguës (qu'il considère comme caractéristiques de la thrombo-angéite) dans les artères et veines du cordon spermatique, dans les branches de la coronaire stomachique. Murphy a décrit des lésions analogues dans les vaisseaux rénaux. Durante a trouvé des aspects anatomiques identiques à l'artérite juvénile athéromateuse dans les vaisseaux pulmonaires ; on a constaté les mêmes aspects dans les vaisseaux cérébraux dans des cas où l'artérite s'est traduite chez certains malades par une hémiplégie. On les a également constatés récemment dans les artérites mésentériques avec syndrome clinique de la thrombose mésentérique.

L'atteinte des vaisseaux du tronc, et en particulier de l'aorte, est beaucoup plus fréquente. Dans les trois cas qu'il a autopsiés, Buerger a constaté des plaques d'athérome ; soit simple plaque en regard de l'origine des coronaires (qui étaient ainsi partiellement oblitérées), soit placard étendu à toute la longueur de l'artère, soit thrombose étendue de l'aorte. En 1931, A.-C. Guillaume signale que « dans tous les cas venus actuellement à sa connaissance, où une autopsie a conduit à l'examen des vaisseaux du tronc chez des sujets jeunes atteints de soi-disant thrombo-angéite oblitérante, on a toujours trouvé des lésions artério-scléreuses fort importantes des vaisseaux du tronc, des lésions si importantes qu'elles faisaient un objet d'étonnement. Depuis cette époque, d'autres

(1) (Fin). Voir *Gaz. Hôp.*, n° 25, du 27 mars 1937.

observations, dans lesquelles l'autopsie a été pratiquée, ont été publiées par différents auteurs, la mort étant survenue dans les suites opératoires ou par accident intercurrent. On a fait alors les mêmes constatations. *Dans toutes les autopsies de sujets atteints d'artérite juvénile on a donc trouvé d'importantes lésions aortiques et des vaisseaux du tronc.*

Cliniquement, dans la plupart des cas, les artérites viscérales passent inaperçues, mais l'intégrité, présumée par nombre d'auteurs, des vaisseaux du tronc, est donc seulement apparente et non réelle, comme en témoignent la plupart des autopsies. Toutefois il est bon, dans les cas d'artérite juvénile, d'explorer attentivement l'aorte, cliniquement et radiologiquement ; on trouve, alors, souvent des signes d'altération de ces vaisseaux. Ce qui est rare, ce sont les formes graves d'atteinte viscérale qui seules sont susceptibles d'assombrir le pronostic vital.

C. *Toxicomanie et troubles psychiques.* — La nécessité, pour le malade, d'user et même d'abuser des analgésiques et des hypnotiques pour calmer ses douleurs, fait de lui, si le médecin n'y prend garde, un intoxiqué qui, dans bien des cas, devient un toxicomane. Des troubles psychiques plus ou moins graves, passagers ou permanents, ont été signalés par plusieurs auteurs.

III. Pronostic

1° *Pronostic local.* — Si l'on considère le point de vue fonctionnel, on peut dire sans hésitation que le pronostic local des artérites juvéniles est des plus graves. L'aboutissant habituel de l'affection est l'installation de troubles trophiques qui conduisent le malade et le médecin à réclamer les bons offices du chirurgien aux fins d'amputation. Qui plus est, dans de nombreux cas, la mutilation doit être répétée, soit qu'il faille réamputer à nouveau un membre diminué opératoirement quelques mois ou quelques années auparavant, soit qu'il faille livrer au chirurgien un membre après l'autre, parce que les atteintes multiples des vaisseaux créent des états douloureux et trophiques dans les différentes extrémités. En tout état de cause, la maladie aboutit à une invalidité importante ; dans certains cas, invalidité unique, mais souvent invalidités multiples, additionnées ou superposées.

L'artérite juvénile, c'est la *maladie des amputations successives.*

2° *Pronostic vital.* — Au point de vue vital, par contre, le pronostic est assez bon. Si les lésions artérielles viscérales et celles des artères du tronc sont fréquentes, leur marge de tolérance irrigatoire paraît importante, car les accidents viscéraux dus à ces lésions des artères viscérales sont assez rares. Dans quelques cas, cependant, il s'est produit des accidents viscéraux, mais si on limite le matériel d'étude aux sujets atteints d'artérite des membres, les complications viscérales sont rares. Il faut remarquer d'ailleurs que les accidents viscéraux artériels observés chez des sujets atteints d'artérite sénile des membres ne sont pas non plus très fréquents, bien que moins rares cependant que les accidents viscéraux des formes juvéniles. Dans la plupart des cas, le pronostic général des artérites juvéniles dépend donc surtout de l'évolution des lésions locales.

A. *Importance des lésions locales dans les troubles de l'état général.* — L'aspect des malades atteints de troubles trophiques est pitoyable et fait penser à un pronostic grave au point de vue vital. Les douleurs sont telles qu'il n'y a plus de repos, que l'alimentation est irrégulière ou même suspendue pendant des jours. L'abus des toxiques, analgésiques, et hypnotiques, perturbe les fonctions. De lui-même, et sur ordonnance médicale, le malade devient un poly-intoxiqué. Il absorbe, sans discerner, les toxiques les plus variés, il veut être calmé avant tout, et n'écoute plus ceux qui conseillent la modération analgésique. Dans cette conjoncture, c'est le malade qui a raison quand il dit être assuré de supprimer les toxiques le jour où on supprimera sa douleur. La soudaine transformation du patient après l'amputation est un fait absolument remarquable. En peu de jours, plus aucun toxique, l'appétit revient, le teint jaune et pâle disparaît, le sommeil reprend. En supprimant le membre malade, on semble avoir détruit d'un seul coup toute la maladie et fait disparaître toutes les causes d'altération de l'état général. Dans certains cas cela est vrai de façon permanente, dans d'autres cas, d'une façon seulement transitoire, car une récidive replace le malade dans les mêmes conditions, avec, en plus, l'expérience de la première atteinte, qui le rend plus exigeant en matière de toxiques, et plus véhément dans son insistance à réclamer rapidement l'amputation.

Dans ces formes d'artérite, il faut bien se pénétrer du fait que les perturbations de l'état général sont une conséquence absolue de l'état local, qu'il est inutile de différer une intervention dans l'intention d'attendre une amélioration de l'état général, quand cet état général apparaît en lui-même grave et inquiétant. Aucune amélioration de l'état général ne pouvant être obtenue aussi longtemps qu'il n'y a pas amélioration de l'état local et suppression des troubles trophiques (résultat qui, dans certains cas, peut cependant être obtenu par d'autres moyens que l'amputation).

L'ulcération ou le sphacèle agissent comme s'ils étaient infectants pour l'organisme ; en réalité, ces lésions agissent également (et probablement surtout) sur l'état général, par la douleur et par les conséquences de la douleur (toxiques, troubles de l'alimentation, insomnie), par l'épuisement nerveux, conséquence de l'angoisse et de l'impatience qui poussent le malade à réclamer une prompte décision et une intervention complète.

B. *Importance des atteintes viscérales.* — Le pronostic vital peut être profondément modifié par ces atteintes, et la mort est possible par suite de l'extension du processus aux artères viscérales. Si l'on prend l'ensemble des observations, ces cas sont très rares. Des cinq cents malades qu'il a obervés, Buerger, sans préciser le nombre des patients qui ont succombé,

l'indique implicitement très faible, puisqu'il écrit : « Peu de faits peuvent être réunis, car seulement trois autopsies ont été faites dans les cas qui sont venus à l'observation de l'auteur ». Aux trois cas d'accidents mortels survenus après opération (insuffisance cardiaque, hémorragie, embolie pulmonaire) Buerger ne peut ajouter que deux cas de mort imputables à l'extension du processus à des vaisseaux viscéraux. Ainsi, la mort ne s'est produite, dans les observations de Buerger, que dans 0,8 % des cas.

Perla, sur 41 malades observés, a un décès. A.-C. Guillaume, aucun décès sur 16 malades observés en 1927. Aucun non plus depuis cette date chez les nombreux malades qu'il a observés, ce qui porte l'ensemble des patients qu'il a suivis à plus de 60 cas (ceux naturellement dont il a pu avoir des nouvelles, soit les 2/3 des cas).

On peut donc affirmer que, vu la rareté de leur forme grave, les atteintes viscérales ont peu d'influence sur le pronostic général des artérites juvéniles.

IV. Evolution favorable

Faisant abstraction du traitement, qui n'est pas sans influencer l'évolution de la maladie, il faut reconnaître que l'on observe chez les patients des *guérisons et des rémissions prolongées*, naturellement surtout chez ceux qui sont traités.

Perla signale une rémission de quinze ans. A.-C. Guillaume en a observé une de sept ans. 27 % des rémissions indiquées par Perla sont inférieures à un an ; 24 % ont eu une durée de un à deux ans ; 34 % de trois à cinq ans ; 14 % de plus de cinq ans.

Les rémissions surviennent parfois à l'occasion du retour de la belle saison, à l'occasion d'un traitement anodin, de bains de vapeur par exemple.

Dans certains cas, les rémissions se prolongent quasi indéfiniment, et l'on est en présence d'une véritable guérison subjective, mais, pour heureuse qu'elle soit, il faut savoir, tout en désirant cette rémission, que, dans la majorité des faits, quand elle existe, elle est de courte durée.

Il est difficile de fixer la fréquence relative de ces *formes stabilisées* et de ces *formes régressives* ; parce que leur fréquence peut varier avec la nature du traitement ; parce que les statistiques nombreuses manquent ; parce qu'il existe un grand nombre de malades qui passent inaperçus, justement parmi ceux qui bénéficient de ces régressions et stabilisations (on croit à un rhumatisme, à une phlébite, à des varices, à une sciatique).

Pratiquement, l'attention est donc surtout fixée sur les formes graves avec troubles trophiques et sphacèle, et sur les formes à bonds successifs et à atteintes multiples ; la gravité du pronostic général et local de la maladie est donc apparemment accrue d'autant.

Cependant, ces remarques ne sont guère applicables qu'aux troubles de la phase de début. Si l'artérite atteint la phase des troubles trophiques et de sphacèle, la fréquence des rémissions paraît moindre, et le pronostic local devient alors nettement grave. Toutefois, on a vu des malades arrivés à ce stade des lésions, qui ont été guéris, au moins temporairement, par certains traitements conservateurs. C'est cependant une éventualité sur laquelle il ne faut pas trop compter, et il est bon de ne pas s'obstiner à retarder l'intervention quand les lésions sont à ce degré.

MODIFICATIONS CONSTATEES A L'EXPLORATION DIRECTE ET INSTRUMENTALE

A la période de début, la constatation de troubles bien individualisés fait penser à l'existence d'une artérite. Les symptômes observés ne permettent pas, pourtant, d'aller plus loin dans le diagnostic et d'affirmer l'existence de l'artérite. A la période d'état, la constatation de troubles trophiques graves (ulcération, sphacèle) fait penser encore plus à l'existence de l'artérite, mais ni les formes particulières de la phase de début, ni le syndrome clinique de la période d'état, ne peuvent, à eux seuls, constituer une certitude. Il existe, en effet, des affections nerveuses, des affections exclusivement veineuses, des spasmes artériels et même des embolies artérielles qui peuvent produire les mêmes troubles, présenter le même syndrome et reproduire, d'une façon fort exacte, des aspects caractéristiques de l'artérite, y compris le sphacèle. Une observation récente de Bergeret, A.-C. Guillaume et Delarue, apporte, pour la première fois, la preuve que le sphacèle d'aspect artériel peut être produit par une panphlébite avec intégrité complète des artères et des artérioles. Les troubles analogues et les troubles de moindre importance, produits par l'embolie et le spasme artériels, sont bien connus, et n'ont aucun besoin d'être démontrés.

Le tableau clinique est donc incapable d'apporter à lui seul l'indication précise d'une altération artérielle, et il faut, pour en reconnaître l'existence, chercher, dans l'emploi des méthodes d'exploration, les indications qui ne sont pas fournies par les signes cliniques.

I. *Renseignements fournis par le palper.* — Le palper des artères, dans les régions où elles sont accessibles, montre l'existence ou l'absence de pulsatilité là où, normalement, la pulsation de ces artères doit être perçue. C'est d'ailleurs un procédé dont l'interprétation est délicate, il renseigne seulement sur les troncs accessibles et souvent il n'est pas possible de percevoir les battements d'une artère au point d'élection, alors même que les méthodes oscillatoires prouvent qu'elle est animée de mouvements pulsatiles. Il faut donc s'abstenir de conclure ferme en présence de résultats négatifs.

II. *Renseignements fournis par l'oscillométrie.* — L'oscillométrie renseigne sur la perméabilité de l'ensemble des troncs principaux d'un membre.

L'étude de la tension artérielle, mesurée par la méthode oscillométrique dans le membre inférieur, permet aussi d'établir la *courbe de pente de la désintégration de la pression sanguine dans un membre* (A.-C. Guillaume). Ces deux renseignements : perméabilité, forme de la courbe de pente, permettent de préciser assez exactement l'état des troncs principaux artériels. Chez l'individu normal, la courbe décline régulièrement de la racine à l'extrémité du membre ;

la maxima s'abaissant plus rapidement que la minima, de telle sorte que les deux courbes représentatives de la maxima et de la minima tendent à se rejoindre. L'impossibilité d'établir la courbe de pente, faute de pouvoir mesurer la tension à partir d'un point donné, indique que l'artère est totalement oblitérée à partir de ce niveau. Si le malade présente une oblitération incomplète, la courbe se trouve modifiée en aval du point lésé : la maxima s'effondrant soudainement, alors que la minima s'altère peu.

L'*étude de l'index oscillométrique* donne des indications analogues. Dans un membre normal, l'index décroît graduellement ; si l'artère est totalement oblitérée, l'index est nul en aval de l'oblitération ; dans une artère partiellement oblitérée, l'index s'affaisse soudainement en aval du point lésé. L'amplitude de l'index est fonction de la différentielle, de l'élasticité des parois artérielles et des tissus mous périartériels. On est donc en droit de penser qu'une plaque d'artério-sclérose est à même de modifier localement l'amplitude de l'index sans qu'il y ait pour cela rétrécissement véritable de la colonne liquide qui passe par l'artère. Cette éventualité est fort rare, si même elle existe. L'examen d'un grand nombre d'artères artério-scléreuses a montré, en effet, à A.-C. Guillaume, que toujours une calcification circulaire des tuniques s'accompagne d'un rétrécissement considérable du calibre intérieur de l'artère. A titre de très rares exceptions, le fait est cependant possible d'une artère rigide et perméable, mais il s'agit alors, non plus d'artérite juvénile, mais de la calcose de l'artérite sénile. On peut objecter, d'autre part, qu'un important rétablissement collatéral peut donner une pulsatilité suffisante pour que l'on puisse enregistrer des oscillations, bien que les troncs principaux soient obstrués. Cette éventualité est également très rare, de sorte que l'on peut admettre, pratiquement, que l'absence des oscillations indique une oblitération des troncs principaux d'un membre et, à l'inverse, s'il existe des oscillations normales, que les troncs principaux artériels sont indemnes.

III. *Renseignements fournis par la capillaroscopie.* — L'oscillométrie, la courbe de pente, donnent une indication de l'état des troncs principaux des artères, la capillaroscopie donne l'indication des conditions circulatoires dans l'étage cutané de la circulation.

Ce qui augmente l'intérêt des observations capillaroscopiques, c'est que les altérations circulatoires du territoire cutané sont, en fait, superposées à des lésions analogues des tissus musculaires sous-jacents. On peut donc conclure, de la constatation d'une aire cutanée en état d'insuffisance irrigatoire, à l'existence d'une aire musculaire sous-jacente également en état d'insuffisance circulatoire (A.-C. Guillaume).

De plus, et le cas n'est pas exceptionnel dans les artérites juvéniles (où les lésions de début peuvent porter seulement sur les artérioles), l'exploration oscillométrique, en montrant l'existence de battements normaux ou peu réduits dans leur amplitude, ferait penser à l'intégrité de l'appareil artériel. Or, dans ces cas, la constatation, à la capillaroscopie, de modifications dans la circulation cutanée, permet de conclure à l'existence d'une lésion artérielle intercalée entre l'étage tronculaire et l'étage capillaire, à une lésion ou à un trouble fonctionnel des artérioles. L'association de l'observation capillaroscopique aux épreuves pharmacologiques et thermiques destinées à modifier l'état des vaisseaux, permet encore de reconnaître la nature organique ou la nature spasmodique des troubles circulatoires artériels.

Ainsi, la capillaroscopie permet (A.-C. Guillaume) : 1° de reconnaître l'état actuel de la circulation cutanée et, d'après l'aspect de cette circulation, de reconnaître l'existence d'une vaso-constriction, d'une vaso-dilatation ou d'une stase veineuse ; 2° de reconnaître l'existence d'une insuffisance irrigatoire cutanée et de phénomènes d'œdème cutané non apparent macroscopiquement ; 3° d'apprécier la qualité de l'irrigation locale d'une région cutanée atteinte d'insuffisance irrigatoire.

IV. *Renseignements fournis par les méthodes complexes d'exploration vasculaire.* — 1° *Pléthysmométrie.* — Les méthodes pléthysmométriques s'appliquent non seulement à l'étude des phénomènes pulsatiles, mais encore à l'étude des variations de volume dans les artérioles. La diminution ou la disparition des pulsations, révélées par le pléthysmomètre, indiquent la contraction ou l'oblitération des artérioles.

2° *Recherche de l'angle de suffisance circulatoire* (Buerger). — Contrairement à un membre sain, un membre dont l'irrigation est troublée présente, lorsqu'il est placé en position verticale, d'importantes modifications dans sa coloration, qui devient blanche. Si le membre malade ainsi examiné est alors amené à l'horizontale, puis à la verticale déclive, on voit, pour un angle donné, réapparaître la coloration primitive. Il est nécessaire de répéter les examens pour préciser la part fixe et la part variable du coefficient qui indique l'angle limite de suffisance circulatoire. On peut provoquer, par la chaleur ou des substances vaso-dilatatrices, le relâchement de la constriction, de manière à mettre en évidence le facteur vaso-moteur et à le séparer de l'oblitération mécanique.

3° *Epreuve de Moskowicz.* — On élève le membre à la verticale pendant quelques instants ; on applique ensuite à la racine un garrot élastique qu'on maintient en place cinq minutes et qui interrompt totalement la circulation. On enlève le garrot après avoir ramené le membre à l'horizontale ; il se produit alors une réaction hyperémique ou de retour circulatoire dont l'intensité et la rapidité de progression varient avec le degré de l'atteinte circulatoire. Le point du membre où cesse cette réaction hyperémique correspondrait à la limite supérieure de l'oblitération. L'épreuve des raies de Cosacesco, l'épreuve de la friction à l'éther, sont utilisées dans le même but. Le test d'Aldrich et Mac Clure, qui consiste à évaluer le temps de résorption d'une boule d'œdème produite par l'injection intradermique de 3/10e de NaCl à 8 0/00, permet également de localiser le niveau supérieur. D'après Heitz, le temps de résorption de l'œdème serait, en effet, plus rapide en aval de la lésion artérielle.

4° *Epreuves thermiques.* — Les modifications thermiques sont réalisées par l'immersion du membre examiné dans des bains (Babinski et Heitz) soit chauds (40°), soit froids (12° et au-dessous). Elles fournissent d'appréciables renseignements, non seulement sur l'existence de troubles vaso-moteurs, mais encore sur leur discrimination des troubles mécaniques. L'épreuve du massage artériel (Gallavardin et Tixier) donne des indications analogues.

5° *Epreuves pharmacodynamiques.* — Ces épreuves complètent les épreuves thermiques. L'adrénaline (Bazy, Reboul et Racine), la belladone, les nitrites, la pilocarpine, l'acétyl-choline (Villaret et Justin Besançon) aident à préciser le seuil des réactions vaso-motrices du malade. L'épreuve de l'histamine (Roussy et Mosinger) renseigne sur la valeur dynamique des capillaires, ou peut-être seulement des petites artérioles. L'injection analgésiante du sympathique lombaire permet, pour Bory, Reboul et Racine, de mettre en évidence l'aptitude spasmogène du système artériel et artériolaire.

V. *Renseignements fournis par la radiographie.* — L'exploration radiographique directe montre éventuellement l'existence de plaques de calcification des artères.

L'artériographie après injection d'un liquide opaque radiologiquement, fournit des indications d'un gros intérêt et permet de localiser l'oblitération artérielle dans les troncs principaux. L'injection intra-artérielle de lipiodol n'est plus utilisée. On a rendu ce procédé responsable d'accidents graves. Des artérites, jusque-là relativement bien tolérées, se sont aggravées au point de voir apparaître la gangrène et de nécessiter une amputation d'urgence, le lipiodol se comportant comme un embolus huileux. L'iodure de sodium à 25 % et les dérivés organo-iodés (Ténébryl et Abrodil) sont défendus et préconisés par certains auteurs, mais il semble à l'heure actuelle que le Thorotrast, ou suspension colloïdale non floculante de dioxyde de thorium, soit la substance de contraste la moins discutée. Cependant le thorotrast n'est pas inoffensif. L'étude des dangers de l'artériographie a fait, à la suite d'une communication de Leveuf (7 janvier 1935), l'objet d'une discussion à la Société de Chirurgie de Paris, d'où Deschamps tire les conclusions suivantes : avec le thorotrast, le danger ne réside pas dans les accidents ischémiques graves, comme on a pu en observer à la suite de l'emploi de l'iodure de sodium ou des composés organo-iodés, mais dans l'accumulation du composé radioactif dans le tissu réticulo-endothélial et notamment dans le foie et la rate. Huguenin, Nemours et Albot ont montré que l'oxyde de thorium détermine des hépatites diffuses, et Sébat a constaté des lésions histologiques des cellules de Kupfer. Le thorotrast serait donc capable de produire des hépatites diffuses, des syndromes anémiques et des foyers de nécrose osseuse. Plus récemment, on a accusé certaines de ces substances d'être cancérigènes. Cela en exclurait totalement l'emploi.

Cette exploration de la circulation périphérique, qui renseigne sur l'état des artères, doit être complétée par une exploration radiologique attentive cardio-aortique, suivant les méthodes habituelles (radiographie, électro-cardiographie), car il existe assez souvent des atteintes simultanées aortiques, dont l'importance est primordiale pour l'interprétation des faits cliniques.

VI. *Résultats de l'exploration.* — Aucune des méthodes, aucune des épreuves précitées, n'est à même, à elle seule, de renseigner complètement sur l'état de la circulation d'un membre. L'exploration méthodique est celle qui puise ses renseignements dans la mise en œuvre de toutes ces recherches. Toutefois, il faut être très prudent dans l'emploi de certaines épreuves chimiques ou mécaniques qui agissent brutalement sur les vaisseaux et l'irrigation tissulaire. Il faut se souvenir que, dans l'artérite juvénile, l'équilibre est bien instable et qu'un choc irrigatoire, même minime, produit le déséquilibre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1937)

Maladie de Kienbock. — M. MOUCHET rappelle que le premier cas de maladie de Kienbock bilatérale est celui de Nédelec rapporté par lui, et montre que le rôle du traumatisme, parfois indiscutable, est loin d'être constant.

Syndrome pâleur-hyperthermie. — M. J. QUÉNU, depuis sa communication, a eu connaissance de nouveaux cas, dont un, fort intéressant, de M. LE GAC, dont il donne l'observation.

Invagination iléo-cœcale. — M. CONTIADES a observé un cas d'invagination chez un nouveau-né âgé de trois jours, guéri par intervention après lavement opaque ; M. D'ALLAINES rapporte cette observation.

Perforations itératives des ulcères gastro-duodénaux. — M. BASSET rapporte une observation de MM. PERVES et BADELON (Marine), et à ce propos rappelle les cas publiés et précise la valeur exacte du terme employé.

M. CAPETTE a observé un cas analogue, réopéré par le docteur PELLÉ, qui trouva en cours d'intervention le fil de la première suture.

Kyste dermoïde de l'ovaire fistulisé dans le sigmoïde. — M. CADENAT analyse une observation de M. PETRIGNANI, qui guérit sa malade après résection intestinale faite dans un second temps ; de tels faits sont exceptionnels et de thérapeutique toujours difficile.

Résultats comparatifs du traitement sanglant et du traitement orthopédique dans les fractures de l'avant-bras. — M. SCHWARTZ rapporte un gros travail de M. HUGUIER portant sur 31 fractures observées en six ans dans une grande Compagnie d'assurances. Les résultats sont indiscutablement en faveur du traitement orthopédique : l'incapacité temporaire passe de quatre mois à six mois, l'incapacité permanente partielle est, après traitement sanglant, supérieure en moyenne de plus de 10 p. 100.

M. SORREL montre qu'une telle statistique n'est pas homogène et se prête facilement à la critique.

M. MAUCLAIRE partage cette façon de voir et insiste en outre sur l'importance du traitement post-opératoire qui est, à son avis, capital.

A propos des appendicites aiguës. — MM. VANVERTS et MINET confirment la manière de voir de M. Pierre DUVAL, sous la réserve que l'intervention n'est pas fatalement systématique après la quarante-huitième heure, et que l'ap-

pendice dans ces cas n'est pas systématiquement enlevé ; par ailleurs, la mortalité globale est de 8,40 p. 100, et 82 p. 100 des morts ont été observées après la quarante-huitième heure.

Enorme lipome du mésocôlon transverse. — M. Tanasesco communique une observation d'énorme lipome qui, dit-il, remplissait « deux seaux ». Guérison.

Septicémies à staphylocoques à évolution chronique prolongée. — M. M. Arnaud communique 4 observations de malades longtemps suivis ayant présenté de multiples localisations staphylococciques ; il s'agit très vraisemblablement de septicémies staphylococciques chroniques d'emblée, à poussées évolutives aiguës et prolongées.

M. Bazy soutient cette façon de voir, et juge artificielle l'opposition classique entre maladies aiguës et maladies chroniques.

Embolie fémorale. Embolectomie tardive. Artériectomie. Mort. — MM. Jeanneney et Darget, d'un cas malheureux tirent les conclusions suivantes : l'embolectomie précoce doit céder le pas à l'artériectomie si les parois artérielles paraissent lésées, et, après 24 heures, l'artériectomie doit être faite de préférence.

A propos de 133 gastrectomies. — M. Sénèque a eu 8 morts post-opératoires, dont 3 dans des interventions pour cancer. L'auteur, après avoir brièvement exposé la technique suivie, aborde la question de l'anesthésie, et, contrairement à l'avis de beaucoup, ne croit pas que le mode d'anesthésie influe beaucoup sur la mortalité opératoire ; techniquement, l'auteur emploie en principe du fil de lin, fait trois plans de suture et termine par un Hofmeister-Finsterer.

M. Okinczyc préfère l'anesthésie locale, confirme la plus grande gravité des gastrectomies pour cancer, estime également que la gastrectomie pour exclusion n'est qu'un pis-aller.

M. Brechot reste également fidèle à l'anesthésie locale et fait indifféremment la gastrectomie de gauche à droite ou de droite à gauche.

M. de Martel a eu 21 morts, dont 20 par complications pulmonaires ; il juge que l'anesthésie est de peu d'importance dans la mortalité de cause pulmonaire. Il signale qu'il a renoncé à l'écrasement.

M. J.-C. Bloch défend l'anesthésie locale et condamne également la gastrectomie pour exclusion.

M. Petit-Dutaillis, lorsque la gastro-duodénectomie est irréalisable, préfère la simple gastro-entérostomie à la gastrectomie pour exclusion.

(Séance du 3 mars 1937)

Sériescopie. — M. Cottenot expose à l'Académie la méthode dite de sériescopie, qui permet par le moyen d'au moins quatre radiographies prises sous des incidences diverses et examinées dans un ordre déterminé, d'apprécier la profondeur exacte d'une lésion donnée, son volume et sa forme, à condition que ces vues aient été prises au même temps respiratoire (dans le cas de radiographies thoraciques,
temps respiratoire (dans le cas de radiographies thoraciques)
lui.

L'intérêt de la méthode est confirmé par MM. Heitz-Boyer, Maurer et Robert Monod. L'auteur répond ensuite à des demandes de précision de M. Béclère et montre que la méthode est entièrement différente de la tomographie.

Ostéolyse du bassin. — MM. A. Mouchet et Rouvillois communiquent une observation d'ostéolyse pelvienne d'origine indéterminée.

Diagnostic et traitement des traumatismes cérébraux. — M. Clovis Vincent montre que l'expérience de la neurochirurgie lui a prouvé l'existence de véritables centres de l'œdème cérébral (le long des parois du 3e ventricule), de l'hypertension artérielle (au voisinage du noyau de la 10e paire). Puis l'auteur étudie longuement les divers signes neurologiques qui peuvent guider le chirurgien dans son intervention et dans le siège où doit porter son intervention.

SOCIETE DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(Séance du 18 décembre 1936)

A propos d'un rétrécissement inflammatoire du sigmoïde. — J. Ducuing, présentant les radiographies, la pièce opératoire et les microphotos, montre les difficultés du diagnostic clinique entre les tumeurs malignes et le rétrécissement inflammatoire.

Deux observations de tumeurs mélaniques. — R. Dieulafé. Il s'agit de deux religieuses d'une cinquantaine d'années, dont l'une présentait une tumeur mélanique de la région mammaire avec adénopathie axillaire noir de suie, et qui mourut un an après l'intervention de métastase cérébrale. La seconde présentait une tumeur mélanique de la grosseur d'un pois, coagulée un an auparavant et ayant entraîné une propagation dans la région sous-maxillaire, dont le diagnostic histologique fut tumeur mixte mélanique à tendance sarcomateuse.

Les colites de guerre à forme septicémique. — G. Rieunau et A. Baudet présentent trois observations. Ils soulignent la rareté de cas analogues et la gravité de certaines formes.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

Assurances sociales. — Contestation sur l'état de l'assuré malade. — Commission technique médicale. — Réunion à la requête de la partie contestante.

En vertu de l'art. 8, par. 3 du décret du 25 octobre 1935, sur les assurances sociales, les contestations sur l'état de l'assuré malade sont soumises à l'appréciation d'une commission technique médicale constituée pour chaque région par arrêté du ministre du Travail et comprenant obligatoirement un médecin désigné par l'assuré et un autre médecin désigné par la Caisse d'assurance invalidité.

Ce texte étant muet sur la question de savoir quelle partie doit provoquer la réunion de la commission technique, il doit être décidé qu'il appartient à la partie qui élève une contestation de prendre cette initiative.

En particulier, la Caisse départementale, qui oppose à la demande d'un assuré une exception dont l'examen nécessite l'appréciation de la commission technique, est tenue de provoquer la réunion de celle-ci, alors surtout que la Caisse avait demandé subsidiairement de faire examiner l'assuré par cette même commission technique.

(Cass. civ. 20 novembre 1936. *Le Temps*, 8 décembre 1936.)

Hôpitaux. — Hospices. — Opération pratiquée par le chirurgien chef de l'hôpital assisté d'un médecin adjoint du service. — Rupture du porte-aiguille. — Assistant blessé par un fragment. — Responsabilité alternative et non cumulative du chirurgien en qualité de gardien ou de l'hôpital en qualité de commettant.

Lorsqu'un médecin adjoint d'un service d'hôpital est, au cours d'une opération, blessé en assistant le chirurgien en chef par la rupture d'un porte-aiguille, la responsabilité du chirurgien, considéré comme ayant sous sa garde le porte-aiguille qui lui a été confié par l'hôpital, et celle de ce dernier, en qualité de commettant du chirurgien, ne peuvent être retenues cumulativement et solidairement.

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } d'origine hépato biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

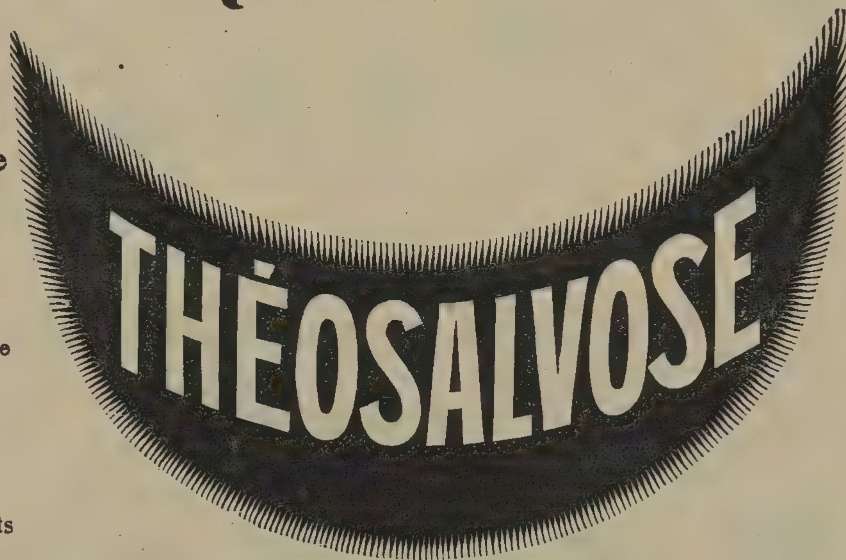
LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE / D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets



Cachets dosés :

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de
THÉOSALVOSE

Dose moyenne :
1 à 2 grammes
par jour

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries
Intoxications — Urémie — Uricémie
Goutte — Gravelle — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies Infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, Rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

(R. C. Seine 2.160)

En l'absence d'une faute relevée dans les termes de l'art. 1382 C. civ., la responsabilité d'un accident causé par une chose inanimée ne saurait, en effet, incomber à la fois à celui qui en est considéré comme le gardien et à celui qui la lui a confiée, considéré non pas comme en ayant conservé la garde, mais comme étant le commettant du premier.

(Cass. civ. 30 déc. 1936. *Le Temps*, 30 déc. 1936 ; *Gaz. Pal.*, 12 févr. 1937.)

Responsabilité civile. — Faute. — Maison de santé. — Jeune fille démente. — Grossesse. — Conception contemporaine de son séjour dans la maison de santé. — Absence de surveillance. — Fautes contractuelle et quasi délictuelle. — Dommages-intérêts.

Lorsqu'il est constant, au vu des expertises ordonnées, qu'une jeune fille, atteinte de démence précoce et placée dans un établissement spécial, est devenue enceinte au cours de son séjour dans ledit établissement, alors que son état et l'évolution de cet état avant cette conception imposaient une surveillance constante et étroite, il y a lieu de décider que le fait d'une telle conception établit un manque de surveillance qui, en raison de sa relation avec le fait dommageable, engage la responsabilité contractuelle et la responsabilité quasi délictuelle du directeur de l'établissement.

(Trib. civ. Seine, 12 novembre 1936. *Gaz. Trib* , 29 déc. 1936 et *Gaz. Pal.*, 23 janvier 1937.)

Médecin. — Chirurgie. — Pharmacie. — Médecins. — Responsabilité. — Analyse biologique. — Diagnostic de grossesse. — Réaction dite de « Ascheim et Zondeck ». — Intervention chirurgicale postérieure. — Analyse prétendument erronée. — Quasi-délit imputé au directeur du laboratoire. — Expertise.

Lorsque, à la suite de l'apparition d'une tumeur du côté gauche, de nature incertaine, mais pouvant faire envisager la possibilité d'une grossesse extra-utérine, commandant une intervention chirugicale, les médecins traitants ont conseillé une analyse biologique préalable, et que, en l'état actuel de la science, on peut considérer comme diagnostic de grossesse le résultat positif d'une réaction dite « d'Ascheim et Zondek », le quasi-délit, reproché au directeur du laboratoire qui a procédé à cette analyse, comme ayant commis une erreur ou une imprudence (en l'espèce, en utilisant notamment pour cette analyse des souriceaux d'un poids supérieur à celui exigé par la technique), ne peut être juridiquement déclaré constant que si la demanderesse justifie d'une faute caractérisée, d'un préjudice et d'un lien direct de causalité entre cette faute et ce préjudice.

Quand cette preuve ne résulte pas des éléments actuels de la cause, il y a lieu de recourir à une mesure d'instruction, en l'espèce, à une expertise médicale.

(Trib. civ. Seine, 24 mars 1936 ; *Gaz Trib.*, 17 novembre 1936, et *Gaz. Pal.*, 17 déc. 1936.)

Médecine. — Chirurgie. — Pharmacie. — Responsabilité des médecins. — Examens radioscopiques. — Radiodermite. — Simple radiographie demandée. — Mission dépassée sans nécessité absolue. — Faute.

Lorsqu'un malade et ses médecins traitants demandent à un médecin spécialiste de faire une simple radiographie, celui-ci commet une faute en dépassant, de son propre chef et sans nécessité absolue, la mission qui lui est confiée et en pratiquant sur son client trois examens radioscopiques ; le médecin spécialiste doit donc être déclaré responsable de la radiodermite, conséquence directe de ces examens, et condamné à la réparation du dommage qu'elle a entraîné.

(Cour d'appel de Paris (1re ch.), 17 juillet 1896 ; *Gaz. Pal.*, 20 novembre 1936.)

Médecin. — Honoraires. — Application de la loi du 6 avril 1932. — Compétence du juge de paix. — Compétence « Ratione Loci ».

La disposition de l'art, 2, par. 4 C. pr. civ. (loi du 6 avril 1932), suivant laquelle les contestations relatives à des fournitures, travaux, locations, louage d'ouvrage ou d'industrie peuvent être portées devant le juge du lieu où la convention a été contractée ou exécutée, lorsque l'une des parties sera domiciliée en ce lieu, vise par sa généralité toutes les prestations effectuées dans les conditions prévues et ne saurait être limitée aux seuls travaux manuels et fournitures matérielles ; le bénéfice de cette disposition peut tout aussi bien s'appliquer aux travaux intellectuels ou artistiques et surtout à ceux qui concernent le concours simultané de l'intelligence et de l'activité manuelle.

Chaque fois qu'il pratique une opération, fait un pansement, prodigue des soins et même ne donne qu'une consultation, le médecin accomplit dans l'intérêt du malade un travail professionnel, délivre des fournitures, exécute un ouvrage ou poursuit une entreprise qui rentrent strictement dans le cadre d'application de la loi du 6 avril 1932 et dont par suite, il peut poursuivre la rémunération devant le juge de son domicile où il a fourni ces prestations.

(Trib. civ. de Chalon-sur-Saône, 13 octobre 1936, *Gaz. Pal.*, 6-7 décembre 1936.)

G. Nattan-Larrier,
Docteur en Droit,
Avocat à la Cour de Paris.

LIVRES NOUVEAUX

Le traitement des vomissements des nourrissons. (Les thérapeutiques nouvelles.), par H. Grenet. — Paris, J.-B. Baillière, 1936.

Chez le nourrisson, le vomissement est un symptôme commun à nombre de maladies ; c'est toujours à une thérapeutique étiologique qu'il faut s'efforcer d'atteindre, mais lorsque les vomissements sont indépendants de toute maladie aiguë en évolution, le diagnostic étiologique est parfois malaisé et l'on ne peut attendre d'y être parvenu pour parer aux accidents de haute gravité que comporte le rejet alimentaire répété.

La sténose pylorique, duodénale, l'imperforation anale sont parmi les causes les plus graves, mais il en est de plus communes : faute de diététique, vomissements habituels type Marfan, vomissements anaphylactiques, vomissements influencés par la position de l'enfant, vomissements périodiques avec acétonurie.

C'est conformément à cette orientation clinique que devra se diriger le traitement. Mais il s'agit, dès le début, de soutenir un état général rapidement défaillant (sérum, alimentation hydrique à petites doses, tonico-cardiaques). Il devra s'y joindre des mesures diététiques : laits pauvres en beurre, régime sans lait, repas-concentrés, laits hypersucrés.

Les alcalins, les ferments digestifs et surtout les antispasmodiques ont aussi leur rôle à jouer. De même la physiothérapie, la position à donner à l'enfant après le repas.

Enfin les traitements biologiques (désensibilisation, hémothérapie), le traitement constitutionnel et étiologique enfin, aussitôt qu'il aura été paré aux dangers les plus immédiatement menaçants.

L. B.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 28. — MERCREDI 7 AVRIL 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hospice de Saint-Denis. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination :

1° D'un médecin chef des services de médecine de l'établissement ;

2° D'un médecin-accoucheur, chef du service Maternité.

Les inscriptions sont reçues au bureau de l'Econome-Directeur de l'hôpital-hospice, 7 *bis*, rue du Fort-de-l'Est, à Saint-Denis, jusqu'au 30 avril 1937 (dimanches et fêtes exceptés), de 9 heures à midi et de 14 à 17 heures.

Les candidats ne devront pas avoir plus de 45 ans.

Syndicat des Médecins de la Seine. — Le XVIIe Banquet annuel du Syndicat des Médecins de la Seine aura lieu samedi 24 avril 1937, à 19 h. 30, dans les salons de l'Hôtel Continental, 2, rue Rouget-de-l'Isle, sous la présidence de M. le professeur Roussy, Doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Un Bal suivra le Banquet dès 22 h. 30.

Les parents et amis des membres du S.M.S. y sont cordialement invités, ainsi que les étudiants en médecine, civils et militaires (internes des hôpitaux et médecins stagiaires du Val-de-Grâce).

Pour les cartes d'invitation au bal et tous renseignements, s'adresser au siège du Syndicat des Médecins de la Seine, 28, rue Serpente.

Ministère de l'Education nationale. — MM. les professeurs de 1re classe ci-dessous sont nommés, à compter du 31 octobre 1937, professeurs de classe exceptionnelle : Paris : MM. Bezançon, Carnot, Claude, Gosset, Ombrédanne, Tiffeneau. — Lyon : M. Bérard. — Strasbourg : M. Bouin.

Association des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris. — Nous rappelons que les médecins désirant se faire remplacer par un interne des hôpitaux de Paris (médecine, chirurgie et toutes spécialités), doivent adresser leur demande au secrétariat de l'Association, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris (6e). Tél. : Danton 09-60.

COURS ET CONFÉRENCES

Cours de service social antivénérien pour les infirmières et les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes. — Quinzième session, du 26 avril au 1er mai 1937, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e), et à la Clinique Baudelocque.

Le nombre des admissions devant être limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue nationale française contre le Péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e), le plus tôt possible.

Une carte d'admission strictement personnelle sera délivrée. Droit d'inscription : 10 francs (n° compte chèque postal 627-00).

Ecole de stage de service social. — La Ligue nationale française contre le Péril vénérien a créé une Ecole de stage de service social antivénérien pour l'instruction des infirmières assistantes d'hygiène sociale qui désirent se spécialiser dans la lutte contre les maladies vénériennes.

La direction technique de cette école de stage est confiée au « Service social à l'hôpital ».

Un certificat de stage est délivré aux élèves ayant accom-

pli d'une manière satisfaisante un stage d'une durée minimum d'un mois.

Pour tous renseignements, s'adressser à la Ligue nationale française contre le Péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e), ou au Service social à l'hôpital, 44, rue de Lisbonne, Paris (8e).

Faculté de médecine de Paris. — COURS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. PETIT-DUTAILLIS, agrégé, commencera le cours de Pathologie chirurgicale le *mardi 4 mai* 1937, à 17 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Programme : *Affections du cou, du rachis et de la moelle, de l'intestin grêle, du côlon et du rectum.*

— CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU (Cours de perfectionnement 1937). — M. le professeur F. TERRIEN, avec le concours de MM. les professeurs RATHERY, LACASSAGNE, STROHL, TIFFENEAU, de MM. les agrégés VELTER, DOGNON et RENARD, de M. le docteur LEDOUX-LEBARD, chargé du cours de radiologie, de M. le docteur RAMADIER, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, MM. le docteurs VEIL et DOLLFUS, ophtalmologistes des hôpitaux, et de MM. les docteurs COUSIN, BLUM, HUDELO, BRAUN-VALLON et JOSEPH, chefs de clinique, chefs de laboratoire et assistants du service, fera un cours de perfectionnement d'ophtalmologie, du vendredi 21 mai au 25 juin 1937.

Les leçons comporteront :

I. Un exposé des plus récentes méthodes diagnostiques et thérapeutiques, des dernières acquisitions de la physiologie, de la neurologie oculaire et de l'optique physiologique.

II. La démonstration des perfectionnements apportés aux procédés chirugicaux ou aux méthodes de traitement par agents physiques.

Ces leçons auront lieu :

1. Pour les exposés théoriques : à l'amphithéâtre de la clinique.

2. Pour les travaux de laboratoire : au laboratoire de la clinique.

3. Pour la médecine opératoire : à l'Ecole pratique de la Faculté et au laboratoire de l'Hôtel-Dieu.

4. Pour les démonstrations d'électrothérapie, de radio et de radiumthérapie : à l'Institut d'électrothérapie et à l'Institut du radium (Fondation Curie).

A l'occasion de ce cours, des leçons magistrales seront faites par M. le professeur RATHERY (lésions diabétiques de l'œil), M. le professeur LACASSAGNE (radiumthérapie oculaire), M. le professeur TIFFENEAU (pharmacologie ophtalmologique), M. le professeur STROHL (électrothérapie ophtalmologique), et M. LEDOUX-LEBARD, chargé de cours (radiologie).

Ce cours est divisé en deux séries :

Première série : clinique et laboratoire.

Deuxième série : chirurgie oculaire.

Le droit d'inscription est fixé à 300 francs par série.

Se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis, vendredis, de 1 heure à 3 heures, avant le 1er mai, ou mieux, à l'A.D.R.M., salle Béclard (Faculté de médecine), qui facilitera les formalités d'inscription.

Nécrologie. — Le docteur Burdet (du Bois-d'Oingt).

— Le docteur Chevassu-Périgny, médecin colonel en retraite, commandeur de la Légion d'honneur.

— Le docteur Hervé, décédé aux Escaldes, victime du devoir professionnel.

ANDRÉ PHILIBERT
(1876-1937)

Longtemps, il avait voulu se tromper lui-même. Et puis le jour était venu où il ne lui avait plus été possible de conserver la moindre illusion. Aussitôt, il fait ses adieux à celle dont, en ces moments d'épreuve, plus douce encore était devenue l'affection, et plus tendre, la tendresse. Il exige que ses enfants prennent leurs vacances comme à l'habituue. Après s'être réconcilié à Dieu, il retrouve toute sa sérénité : comment laisserait-elle l'espérance, l'âme qu'illumine, au dernier instant, un rayon de la grâce ?

Sa carrière avait débuté sous les meilleurs auspices. Licencié ès sciences à 22 ans, interne des hôpitaux à 27, médaille d'or à 31, il était, en 1920, nommé agrégé. Elève des professeurs Y. Delage et Giard, à la Sorbonne, Bezançon, Chantemesse, Gilbert et Widal, à la Faculté de médecine, il semblait appelé aux plus brillantes destinées. Hélas ! les conjonctions d'astres ne lui avaient point été favorables. Il avait dû se contenter d'un petit laboratoire, là où il comptait bien occuper une chaire...

Il laisse une œuvre considérable. Parmi ses recherches, signalons celles qu'avec le professeur Bezançon, il a consacrées à la *tuberculose*, étudiant tour à tour les pseudo-bacilles acido-résistants, la morphologie du bacille de Koch, ses propriétés tinctoriales, sa culture, sa recherche, ses rapports avec les bacilles tuberculoïdes, les questions relatives à l'allergie, à l'immunité et à l'hérédité tuberculeuses, à la réinfection bacillaire, à la tuberculine, etc. Mentionnons aussi celles concernant les *spirochétoses*, les *virus cytotropes*, le *bactériophage* (avec Hauduroy), l'origine et la chimiothérapie du *cancer*, les *septicémies*. Avec Widal, il avait mis au point une technique pour la recherche de la fragilité globulaire.

L'homme inspirait la sympathie. N'était-il pas toute droiture, toute énergie, tout dévouement ? Sa culture générale n'était-elle pas immense ? Du lettré, il avait le souci de bien dire, de l'artiste, le goût des belles choses. Il possédait au plus haut point le sens de l'amitié. A ceux qui ont vécu avec lui en salle de garde, de songer à ces heures heureuses où s'ébauchent les projets d'avenir, où s'échangent les confidences ! A ceux qui ne l'ont connu que plus tard, de se rappeler la cordialité de son accueil, son désir de plaire à qui avait su lui plaire, de se montrer jeune aux jeunes. Aux uns comme aux autres de se serrer étroitement autour de sa famille en deuil, d'évoquer sa chère image, de garder pieusement sa mémoire !

L. BABONNEIX.

DES AFFECTIONS DIVERSES QUI IMITENT LE TABLEAU CLINIQUE DE LA POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE AIGÜE

Par le docteur M. PENKERT,
assistant du docteur Z. DE BOKAY, professeur de pédiatrie à l'Université de Debrecen (Hongrie).

Le diagnostic de la paralysie infantile à la période préparalytique offre souvent de grandes difficultés, surtout lorsqu'il n'y a pas d'épidémies étendues. Il faut la différencier des méningites et des affections ostéo-articulaires. Ce sont ces dernières que nous avons entendu citer par M. Babonneix, mais là où l'on rencontre les plus grands obstacles, c'est pour dévoiler les formes frustes.

De nos jours, bien des auteurs, surtout parmi les médecins américains, admettent la fréquence des formes abortives et des formes extra-nerveuses, pendant les épidémies, lorsque la paralysie, moins étendue, disparaît rapidement, ou plutôt qu'on ne voit aucun trouble nerveux et que la maladie se révèle par un catarrhe des voies respiratoires, des troubles digestifs, de la fièvre, etc...

Sans doute, la maladie de Heine-Médin se reconnaît à la paralysie dont l'absence entraîne toujours un diagnostic plus ou moins subjectif, malgré l'observation médicale la plus stricte, En conséquence,. le diagnostic est toujours, pour le médecin, la forme d'observation la plus facile dans la période paralytique. Il faut alors éliminer les myélites aiguës, les polioneurites toxiques ou infectieuses, particulièrement diphtériques, et les encéphalites qui amènent souvent des confusions. A cette période, le diagnostic ne souffre aucune difficulté si les symptômes classiques apparaissent complètement, mais il est des cas où le groupement singulier des symptômes d'une autre maladie peut imiter la poliomyélite antérieure aiguë.

Après la grande Guerre, les cas de poliomyélite se sont multipliés en Europe, notamment en Hongrie. Dès la fin de chaque été et dans le courant de l'automne depuis l'année 1926, des épidémies plus ou moins importantes ont sévi dans ce pays et elles ont atteint leur point culminant aux environs de Debrecen en 1931. Chaque année, les épidémies présentaient des caractères distinctifs. Par exemple, il arrivait parfois que les formes classiques, ou bien les formes bulbo-protubérantielles, ou encore les formes méningées étaient relativement les plus fréquentes.

Ainsi on peut dire qu'en l'année 1932, les formes myélitiques étaient caractéristiques et que les adultes ont été, plusieurs fois, atteints de poliomyélite.

Cette même année, le 13 juin, arrive à la clinique un laboureur de 42 ans. Ses parents sont morts âgés, sa femme est en bonne santé. Il a eu six enfants dont l'un est mort en bas âge, les cinq autres sont vivants et bien portants. Sa femme n'a eu qu'une fausse couche. Il n'y a dans la famille ni tuberculose, ni syphilis, ni maladies mentales. Pendant la grande Guerre, il a été atteint de paludisme et, il y a quelques années, il a souffert d'une pneumonie.

La maladie actuelle a commencé, ainsi qu'il le dit, 8 jours avant son entrée dans notre service. Il souffrait de la tête et des côtés, de frissons, de malaises, de mouvements fébriles, d'anorexie, de constipation et de difficultés de miction.

Au moment de la consultation, les membres inférieurs de ce malade, bien constitué et bien nourri, sont en paralysie flasque globale, il ne peut les mouvoir, il est incapable de marcher, un minimum seulement de mouvements est perceptible aux orteils. Il ressent des douleurs diffuses et violentes aux membres supérieurs et inférieurs, et cela aussi bien spontanément qu'en les remuant, ou même au toucher. Les réflexes tendineux des membres inférieurs ainsi que le signe de Babinski manquent ; les réflexes des membres supérieurs sont normaux. Rachialgie. Signe spinal de Draper. Raideur de la nuque. Signe de Brudzinski assez prononcé. La réaction pupillaire à l'accommodation et à la lumière est normale. L'abdomen est ballonné, le foie dépasse la ligne costale de deux travers de doigt. La matité du cœur est normale, mais on entend un souffle assez discret à la pointe. On fait une ponction lombaire qui donne le résultat suivant : le liquide céphalo-rachidien (20 cmc.) un peu hypertendu, est clair et limpide, le contenu en fibrine, globuline et albumine est très augmenté. Réactions : Nonne-Apelt + + ; Pandy + + + ; à l'acide sulfosalicylique + + + ; Waltner + +. La réaction du benjoin de Siam produit une courbe où les écarts donnent un type de la zone méningitique assez caractéristique. L'examen cytologique démontre les éléments augmentés (226 par mm^3), avec une grande prédominance des leucocytes. Absence de bacilles de Koch ou autres micro-organismes. Le contenu du chlore dans le liquide céphalo-rachidien est de 454 mgrs pour 100 et celui du chlorure de sodium 748 mgrs pour 100. La quantité de sucre est normale, on peut dire plutôt qu'elle est légèrement augmentée (0,058). La réaction de Bordet-Wassermann du sang est négative. L'examen du sang donne les résultats suivants : globules rouges : 3.900.000 ; globules blancs : 8.800 ; polynucléaires neutrophiles, 77 p. 100 ; polynucléaires éosinophiles, 1 p. 100 ; lymphocytes, 16 p. 100 ; mononucléaires, 3 p. 100 ; métamyélocytes, 3 p. 100. Dans l'urine, rien à remarquer.

Le malade est un peu somnolent, son hyperesthésie est en général bien exprimée, quant aux troubles sensitifs, un examen précis et objectif n'est pas possible, mais il est certain qu'il n'y a pas de régions considérables d'anesthésie.

D'abord, le diagnostic est hésitant, au début il incline vers la méningite tuberculeuse ; mais d'une part, les symptômes cliniques, d'autre part les analyses du liquide qui montrent une leucocytose et un manque absolu de bacilles de Koch, excluent la supposition précédente. Nous sommes alors obligés d'admettre le diagnostic de poliomyélite qui est à peu près en accord avec les symtômes cliniques et les recherches de laboratoire. Nous avons admis une paralysie infantile de forme myélitique avec les troubles sphinctériens et sensitifs, seulement l'atteinte pyramidale manquait ; mais nous pouvions penser — ce qui est autrement une règle assez générale — que les foyers inflammatoires des cornes antérieures n'avaient pas occupé les faisceaux pyramidaux ou les avaient intéressés à un moindre degré, on pouvait établir un diagnostic d'encéphalite ou plutôt de forme méningée de celle-ci, mais les troubles sensoriels et psychiques manquaient, il n'existait ni symptôme bulbaire, ni syndrome parkinsonien. Alors, il nous a fallu insister sur la paralysie infantile.

Le malade est demeuré onze jours dans notre service. Les premiers jours, la fièvre est moins élevée (37°-38°), puis elle tombe tout à fait. Il n'a plus ni frisson, ni fièvre. Sa constipation est extrême, il n'a des selles qu'après un clys-

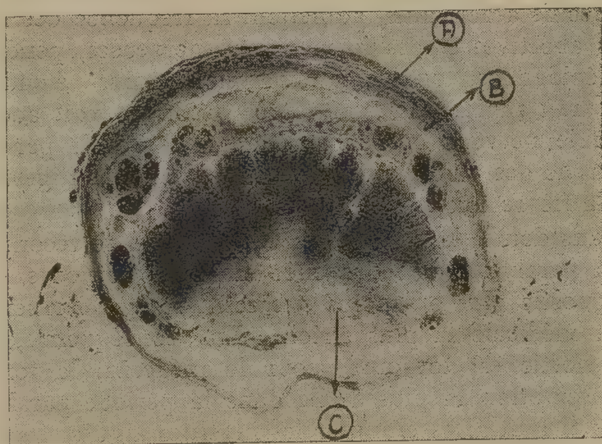
tère rectal et absorption d'huile de ricin. Les douleurs sont invariables ; elles ne s'atténuent même pas sous l'action de forts et abondants sédatifs ou hypnotiques. La raideur de la nuque devient plus marquée ; les réflexes inférieurs de la paroi abdominale ont disparu et ceux de la partie supérieure ont diminué d'intensité. Le malade se plaint de douleurs aux bras, mais en réalité les réflexes des membres supérieurs sont intacts, seulement la force contractile est peut-être un peu diminuée. Les troubles de miction persistent, mais ils ne s'aggravent pas. On donne au patient de l'urotropine intraveineuse et par voie rachidienne. Au onzième jour, la température monte brusquement jusqu'à 40°. L'état général baisse rapidement. Pouls 150, respiration 48 par minute et elle est superficielle. Le malade devient apathique et malgré des excitants et des cardiotoniques, il meurt.

Quelle surprise nous a causée l'autopsie ! Nous avons trouvé les signes bien caractéristiques d'une septicémie. Sur l'endocarde et dans le myocarde se trouvaient plusieurs abcès de la grosseur d'une tête d'épingle, mais les valvules elles-mêmes sont intactes. Les reins présentent le même tableau. Les abcès sont relativement moins nombreux dans le foie (1.800 gr.) et dans la rate (300 gr.). On voit quelques ulcérations sur la muqueuse du gros intestin. La pie-mère et l'arachnoïde sont hyperémiées. Autour du noyau dentelé du cervelet, on trouve quelques taches minuscules, d'apparence purpurique. La masse du cerveau et de la moelle est œdémateuse. La moelle, dans la région lombaire, est tuméfiée, la substance grise est hyperémiée et pleine de petits foyers hémorragiques particulièrement dans les cornes antérieures. Sur la moelle épinière de la région cervicale et dorsale, on ne constate aucune altération congestive.

Nous avons été victimes de la même erreur dans les cas où les lésions tuberculeuses, par leurs localisations, reproduisent le tableau de la poliomyélite antérieure aiguë. Nous en avons deux exemples nettement démonstratifs.

K. I., jeune fille de seize ans, entre dans notre clinique le 30 août 1929. Ses parents sont en bonne santé. Une sœur est morte en bas âge, ses quatre frères sont sains. Une tante est morte de la tuberculose pulmonaire. Pas de syphilis dans la famille. D'après les parents, elle n'a été atteinte, jusqu'à présent, d'aucune maladie. L'affection actuelle a débuté il y a trois semaines par un mal de tête très violent, des douleurs presque insupportables à la colonne vertébrale et des points de côté indépendants de la respiration. Après quelques jours, la température est montée jusqu'à 39°, la malade s'est sentie très faible et s'est mise au lit. Vers le 25 août, ses membres inférieurs deviennent anesthésiques, elle ne peut faire aucun mouvement et ne peut se tenir debout. Depuis cinq jours, elle n'a pas de selles ; l'urine au début s'écoule avec difficulté, mais après quelques jours elle coule sans cesse.

A présent, la jeune fille, bien nourrie mais un peu asthénique, donne l'impression d'une malade grave. L'innervation de la face est intacte, sauf la paupière gauche qui est en ptosis. Nystagmus. Pas de strabisme. Aux poumons et au cœur, rien à remarquer. Le ventre est un peu ballonné, les muscles abdominaux sont en paralysie et les réflexes sont abolis. Raideur prononcée de la nuque. Signes de Kernig et de Brudzinski. Température 38°. Des troubles sensoriels existent et la malade a de temps en temps des accidents délirants. Ses membres inférieurs sont en paralysie flasque totale. La contractilité musculaire des membres supérieurs non paralysés est faiblement diminuée. La sensibilité superficielle à partir de la région inférieure de la paroi abdominale est disparue. Les réflexes tendineux des membres inférieurs et supérieurs manquent. Examen du sang : globules rouges : 3.800.000 ; globules blancs : 10.000 polynucléaires neutrophiles 87 p.c.; métamyélocytes 5 p.c.; monocytes 2 p.c.; lymphocytes 6 p.c. La réaction Bordet-Wassermann est négative. Dans l'urine, le pus est en grande quantité. La ponction lombaire amène un liquide coulant sous la pression (25 cmc.) trouble. Réactions : Pandy + + + + ; Nonne-Apelt + + ; à l'acide sulfosalicylique + + + + ; Waltner + + + + ; Ross-Jones + + + +. Les éléments du liquide sont bien augmentés avec une grande prédominance des lymphocytes. Dans le liquide ponctionné se trouve un réticulum dans lequel on ne peut, malgré des recherches renouvelées, trouver de bacilles de Koch. La malade séjourne 7 jours dans le service et pendant ce temps les symptômes s'aggravent assez rapidement. Elle perd conscience plusieurs fois pendant un temps de plus en plus prolongé. Aucune paralysie nouvelle ne se manifeste. Sur la peau, on voit un exanthème scarlatiniforme et le signe de Trousseau est très accentué. Le huitième jour, la jeune fille tombe dans un coma profond et meurt peu de temps après.



Nous avons cru tout d'abord que la malade était atteinte d'une poliomyélite antérieure aiguë. Mais peu après, d'une part, les symptômes méningés dépassaient la mesure habituelle qu'on trouve dans la poliomyélite et, d'autre part, le tableau clinique prenait successivement le caractère d'une myélite transverse. Les renseignements donnés par le liquide ont confirmé l'hypothèse de la méningite. Alors comment peut-on mettre en accord ces deux résultats divergents ? Nous avons pensé que malgré le manque de bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien il s'agissait d'une méningite tuberculeuse, vraisemblablement avec un tubercule situé dans la moelle lombaire. Dans les grandes lignes, nous en avons trouvé confirmation à l'autopsie. Les ganglions hilaires présentaient une caséification tuberculeuse et dans le tissu pulmonaire, à côté du hile, se trouvait une infiltration caséeuse de la grosseur d'une noisette. Dissémination de petits tubercules dans le foie et dans les poumons, ainsi que dans la rate et dans les reins ; c'était là, alors, le tableau d'une tuberculose miliaire. Piemérite fibrino-séreuse diffuse qui s'étendait parfaitement sur les méninges de la moelle épinière. Sur la figure 1 ci-jointe on voit (A) sous la méninge dure (B) les vaisseaux oblitérés par les caséifications périvasculaires particulièrement à la partie supérieure de la figure et au-dessous, par l'absence de la circulation sanguine (C), la partie antérieure de la moelle est nettement nécrosée, englobant naturellement aussi les cornes antérieures.

Autre cas semblable :

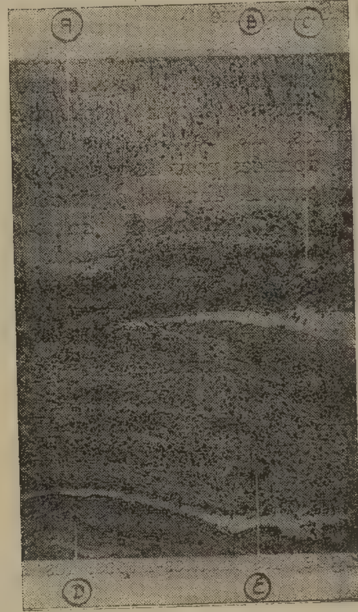
C'est celui d'une enfant, I. P., de dix-sept mois, qui fut présentée à notre consultation, en vue d'être placée dans notre service le 30 août 1931, au moment d'une épidémie

assez importante de maladie de Heine-Medin. Antécédents héréditaires : parents bien portants. Dans la famille, aucune maladie de nature tuberculeuse ou syphilitique. Sa mère n'a pas eu de fausses couches. Elle est seule enfant. Historique de la maladie : jusqu'à présent, elle a toujours joui d'une bonne santé. Selon les parents, elle est souffrante depuis cinq jours. Son bras gauche est devenu brusquement paralysé, sans le moindre antécédent morbide. Elle a vomi une fois. Etat fébrile indéterminé. Etat actuel ; la malade, qui pèse 7 kg. 400. est assez mal nourrie. Elle est très agitée. Les ganglions ne sont pas très tuméfiés. Les muscles de la face sont bien innervés. Les réactions pupillaires sont normales, la langue saburrale. Aux poumons et au cœur rien à remarquer. Le membre supérieur gauche est en paralysie flasque, mais les doigts continuent leurs mouvements. Une hyperesthésie généralisée est à constater, particulièrement au membre paralysé. Les réflexes tendineux et cutanés abdominaux sont bien conservés. Raideur légère de la nuque et signe discret de Draper. Pouls 106, température 37,4. Examen du sang : globules rouges 3.600.000 ; globules blancs 10.000 ; hémoglobine 77 p.c.; polynucléaires éosinophiles 1 p.c.; polynucléaires neutrophiles 62 p.c.; métamyélocyte 2 p.c.; lymphocytes 34 p.c.; monocytes 1 p.c. Réaction de Bordet-Wassermann négative, ainsi que celle de Pirquet. Dans l'urine, rien de pathologique. Le liquide de la ponction lombaire faite au moment où elle est entrée dans notre service est clair et limpide (20 cmc.) il coule sous une tension normale et le nombre des éléments est de 56. Réactions : Pandy, négative ; Nonne-Apelt, négative ; Walter, négative. A l'acide sulfosalicylique + .

Sur la base d'un développement aussi rapide, prétendu par les parents, d'un léger signe de Draper et d'une paralysie localisée exclusivement dans un membre supérieur et confirmés encore par le résultat presque normal des réactions du liquide céphalo-rachidien. sauf les éléments nombreux, nous nous rattachons au diagnostic de la poliomyélite antérieure aiguë. En conséquence, nous donnons à la petite malade 20 cm^3 de sérum convalescent, 20 cm^3 du sang maternel intramusculaire et de l'urotropine par voie rachidienne. L'état subfébrile se maintient. Après quelques jours, les signes méningés s'aggravent. Le signe de Kernig et celui de Brudzinski et Trousseau apparaissent, l'hyperesthésie s'accentue et la température s'élève à 38°. Le onzième jour, la ponction lombaire, faite pour la troisième fois, livre passage à un liquide s'écoulant sous tension augmentée et dans lequel les réactions sont plus intenses et le nombre des éléments de 169. Par contre, la paralysie du membre supérieur gauche présente une amélioration considérable, l'enfant peut faire quelques mouvements des doigts, de l'avant-bras et même quelques mouvements minimes de l'épaule. Les jours suivants, la ponction renouvelée montre les mêmes réactions que les précédentes, mais le contenu en sucre est de 0.036 gr. p.c. et il se forme dans le liquide un réticulum fin dans lequel on trouve indiscutablement des bacilles de Koch. Avec de tels renseignements, notre diagnostic fut fixé. L'enfant était atteinte de méningite tuberculeuse. Elle vécut encore deux semaines et pendant ce temps sa méningite suivit régulièrement son cours. Mais les symptômes méningés se développèrent, des convulsions apparurent. Ensuite commença la période finale, la courbe de la température et celle du pouls s'entre-croisèrent et la petite malade mourut.

A l'autopsie, nous avons trouvé le tableau caractéristique d'une méningite tuberculeuse avec hydrocéphalie aiguë et aplatissement des circonvolutions. Exsudation séro-fibrineuse et un grand nombre de petits tubercules particulièrement entre les branches du chiasma optique, aux pédoncules cérébraux et en général à la base du cerveau. Les espaces pie-mériens ont disparu par suite de l'adhérence causée par un exsudat séro-fibrineux ; le canal central de la moelle est bien dilaté, la substance grise présente une coloration pâle, rubigineuse et œdémateuse, et l'aspect est le même au niveau des noyaux du bulbe.

Aux hiles des poumons se trouvent quelques ganglions caséifiés, dans le lobe supérieur du poumon gauche un foyer tuberculeux de la grosseur d'une noisette, des tubercules disséminés dans la rate et dans le foie.



Au tableau histologique supplémentaire (2), on remarquera ce qui suit : A. la substance œdémateuse de la moelle ; B. un exsudat séreux sous la pie-mère ; C. la pie-mère avec les granulations tuberculeuses ; D. la méninge dure avec les altérations tuberculeuses à l'endroit où les racines sortent de la moelle et E. au niveau de la racine motrice une gomme tuberculeuse avec les cellules géantes du type Langhans.

A ce sujet, je saisis l'occasion de remercier M. Sandor Okrős, agrégé de la Faculté, de la grande amabilité avec laquelle il m'a offert les descriptions ainsi que les tableaux histologiques et anatomo-pathologiques.

Ainsi, j'estime ces trois cas assez intéressants au point de vue clinique, du fait que dans deux d'entre eux, une méningite tuberculeuse à localisation spéciale, et dans l'autre une septicémie atypique — atypique par le manque de fièvre intermittente — ont pu présenter les symptômes d'une paralysie antérieure aiguë.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La vésicule bilitaire et ses voies d'excrétion, par M. Chiray et I. Pavel, avec un exposé de radiologie vésiculaire, par A. Lomon. Un vol. de 860 pages (deuxième édition). Prix : 120 fr., chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e). 1936.

Les médications du sympathique, par MM. Jeanne Lévy et J. Besançon, Ch. Vangermez, J. Gouin et A. Bienvenue, P.-M. Laignel-Lavastine et R. Bonnard, E. May et H.-M. Gallot. Rapports présentés au Congrès français de médecine (XXIVe session, Paris, 1936). Un vol. de 350 pages, chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

XXVe SESSION D'ASSISES DE L'ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

LA NATALITÉ

Synthèse des conclusions des Assises départementales

par Henri GODLEWSKI

I. — La Surnatalité

De la confrontation des milliers d'observations de carrière apportées à ces Assises, il résulte que la France reste prolifique là où subsiste la vie patriarcale. Les Alpes, le Jura, les Cévennes, les Causses, les Pyrénées, la Corse, mentionnent ces données pour les cantons à fermes isolées, sur les hauts plateaux et abritant deux ou trois générations dans l'insouciance et l'ignorance. En basse altitude, on retrouve aussi la surnatalité, mais dans les villages, qui deviennent exceptionnels, où sont agglomérées des familles à vieilles traditions (surtout dans l'Ouest, en Bretagne, Anjou et jusque dans la Sarthe) ; la simplicité des mœurs y est le trait de la vie commune.

Très généralement, leur population est sédentaire et fidèle aux disciplines morales ; l'abandon progressif de celles-ci est d'ailleurs évoqué pour son rôle de premier plan dans la dénatalité (constatation faite dans les régions à esprit religieux telles qu'en Ille-et-Vilaine, Côtes-du-Nord, Franche-Comté, aussi bien que dans le Lot, le Cher, la Charente, la Dordogne, les Hautes-Alpes, les Bouches-du-Rhône, etc., etc.).

L'alcoolisme engendrant imprévoyance et misère, est donné parfois comme facteur d'une indésirable fécondité. Cependant l'Eure, si sensible au privilège des bouilleurs de cru, a la plus basse natalité. Par contre, l'ébriété simple, occasionnelle ou périodique — *le vin gai* — à l'occasion des réjouissances populaires ou champêtres, est très certainement à l'origine de naissances nombreuses, sans tares avérées.

L'immigration (polonaise, italienne, espagnole) n'apporte qu'un élément de surnatalité temporaire ; il décroît dès la seconde génération (observations du Nord et du Pas-de-Calais, concordant avec celles de l'Agenais et des bords de la Méditerranée).

II. — La Dénatalité

Elle est générale ; même dans les régions qui ne se dépeuplent pas, l'affaissement est progressivement croissant, accéléré *depuis la crise.* La courbe épouse celle des événements, baisse dans les jours sombres, monte dans l'euphorie. Actuellement, elle suit d'une façon mathématique le chômage et la gêne qu'il entraîne (Nord et Pas-de-Calais) et elle aboutit à une régression alarmante (Dordogne), sans exemple dans les temps modernes (Eure).

La dénatalité s'observe dans tous les milieux (même en Anjou, même en Haute-Loire) ; il y a des communes prêtes à disparaître : on n'y voit que des vieillards (Charente-Inférieure). Les familles restées prolifiques sont dans les classes sociales extrêmes, classes riches ou classes pauvres suivant les régions. Les classes moyennes (surtout fonctionnaires, commerçants, employés aisés) ont généralement le moins d'enfants ; les milieux populaires sont de plus en plus initiés aux méthodes anticonceptionnelles (Gard).

III. — Les Causes

La volonté est de plus en plus répandue de ne pas procréer. Les vraies causes, dit le Pas-de-Calais, ne sont ni physiologiques, ni pathologiques, mais surtout économiques et morales.

Crise économique et morale est la formule répétée par le Lot-et-Garonne, l'Indre, le Loiret, l'Ille-et-Vilaine, le Gard. *Crise de moralité d'abord,* précisent le Cher, la Dordogne, les Bouches-du-Rhône, la Sarthe, l'Eure-et-Loir, le Loiret, le Var, le Doubs, les idées morales et religieuses — quelle que soit la religion — ayant perdu de leur importance aux yeux de la masse.

En fait, on restreint les naissances par égoïsme, pour plus de bien-être (Lot), par souci matériel (Hautes-Alpes). Il y a multiplication des besoins (Maine-et-Loire), souci d'une vie toujours plus facile (Pyrénées-Orientales), soif de jouissance (Dordogne, Hérault, Charente-Inférieure).

L'enfant est une gêne. La vie aisée des ménages sans enfant, comparée à celle des familles nombreuses, est une des causes les plus agissantes sur la dénatalité (Ille-et-Vilaine, Hérault). Les enfants coûtent cher et, même dans les milieux de moyenne aisance, il y a désir de maintenir un rang social (Lot).

« Moins d'argent, moins d'enfants », quand il y a persistance d'inquiétudes sur l'avenir : « Avoir des enfants pour en faire des malheureux » est une excuse souvent entendue.

La peur des charges et les soucis d'éducation bornent les efforts familiaux à améliorer l'avenir d'un enfant unique. On désire transmettre l'intégrité du domaine à un seul héritier ; la responsabilité restrictive n'est pas seulement conjugale, mais familiale : parents et beaux-parents y ont leur part (Maine-et-Loire).

Telle devient l'idée de la famille. Elle a perdu du terrain (Lot-et-Garonne). Il y a fléchissement dans les notions de courage, de devoir, d'idéal familial et national (Seine-et-Oise).

La vie moderne entraîne la femme hors du foyer par goût ou par nécessité. Dans certaines régions, l'homme dit ne pas se marier parce qu'il ne trouve plus de femme sachant tenir un ménage (Pas-de-Calais). Les ménages de salariés sont parmi les moins féconds ; il est en effet difficile, sinon parfois impossible, pour la femme qui travaille hors de chez elle, d'avoir des enfants, de les élever dans leur intérêt et suivant ses désirs légitimes.

Dans les causes de stérilité conjugale, le médecin fait une part très grande aux raisons physio-pathologiques, surtout vénériennes, et spécialement aux conséquences de la blennorrhagie, en particulier chez la femme. La stérilité organique paraît cependant avoir un rôle négligeable comparée à la stérilité volontaire et s'il est du devoir du médecin de lutter, souvent efficacement d'ailleurs, contre les lésions, il n'échappe pas à sa sagacité que « la prophylaxie médicale ne saurait apporter qu'un maigre correctif à la natalité » (Pyrénées-Orientales).

La lutte contre la mortalité infantile est évidemment à poursuivre. Ses résultats brillants, dans lesquels le médecin de famille a une part capitale, sont enregistrés dans la plupart des départements. Dans certains seulement, la mortalité infantile reste encore alarmante ; mais, dans l'ensemble, ces Assises situent qu'on ne saurait plus attendre de la réduction de la mortalité infantile une grosse action sur la dénatalité.

Partout la *restriction volontaire* est mentionnée comme *cause majeure* de la stérilité actuelle : « Les filles d'aujourd'hui sont plus *savantes* que leurs grand'mères » (Finistère). « Le public ignore le danger des fraudes. Il faudrait l'en instruire » (Maine-et-Loire).

Dans les agglomérations surtout, *l'avortement volontaire* est devenu un facteur évident de la dénatalité. Dans les maternités, où l'on voit « les mauvais cas », leur nombre seul a triplé en vingt ans ; un quart des naissances est ainsi perdu (Maine-et-Loire).

Enfin, dernière cause générale : le développement continu du mécanisme, étendu à l'agriculture jusqu'aux plus petits domaines, a une bonne part dans le dépeuplement des campagnes. Avec le machinisme, il n'y a plus d'intérêt à avoir une grande famille qui constituait la main-d'œuvre (Sar-

the). Le jeune paysan abandonne la maison paternelle pour jouir seul du fruit de son travail, le plus souvent à la ville, dès qu'il est en état de travailler.

IV. — La Prophylaxie

Dans la plupart des départements, il est demandé que l'attention des pouvoirs publics soit attirée sur la gravité du problème. Le Nord lance cet appel : le redressement de la natalité est le plus sûr garant contre l'invasion pacifique ou armée des peuples voisins.

Or, la politique de la natalité n'existe pas : *elle est à faire* (Dordogne). Pour exalter le sentiment du devoir en présence du danger que court le pays (Finistère), il faudrait une croisade contre l'égoïsme (Charente-Inférieure, Vaucluse) et relever la moralité sous toutes ses formes (Eure, Eure-et-Loir, Bouches-du-Rhône).

Il est demandé d'instaurer *une politique de la famille française* (Gard, Bouches-du-Rhône), exaltant l'esprit, le culte de la famille, honorant comme elles le méritent les familles nombreuses, sous la protection d'une législation appropriée (Finistère), car les lois actuelles font plus pour l'individu que pour la famille (Cher, Pas-de-Calais) ; la famille, base de la société, n'a pas de *statut légal* pour la place prépondérante qui lui revient (Hérault). Pour l'obtenir, le *vote familial* serait nécessaire. Il est réclamé par plusieurs de nos sections (notamment Eure, Finistère, Alpes-Maritimes, Dordogne).

L'ensemble des départements s'élève avec force contre les méthodes néo-malthusiennes, dont la jeunesse est trop informée. Pour apprendre à la jeunesse ses devoirs futurs, l'école ne doit pas oublier que la femme est destinée à être mère (Doubs) et pour cette mission il faut des maîtres convaincus du péril de la dénatalité et des devoirs envers la Patrie (Charente).

A ces solutions morales, il est partout demandé de lier l'appoint des solutions économiques et financières du problème : impérativement, il faut obtenir d'améliorer les conditions d'existence de la famille nombreuse ; il faut que la venue d'un enfant ne soit pas une charge écrasante, « un désastre », mais une félicité (Eure-et-Loir, Corse, Bouches-du-Rhône, Loir-et-Cher). La sécurité du lendemain doit viser sur les chefs de famille d'abord (Haute-Savoie).

Pour une aide vraiment efficace, il faut des *allocations familiales* qui ne soient pas des oboles dérisoires et qui ne soient pas exclusives. (L'exclusion des métayers et petits propriétaires soulève des protestations véhémentes, dans l'Indre en particulier.)

La péréquation des charges familiales est réclamée, notamment en Charente, Eure-et-Loir, Hérault, Charente-Inférieure.

En somme, on conçoit pour la natalité des avantages très substantiels si on les veut efficaces.

Constamment furent évoquées les charges fiscales écrasantes pour le chef de famille. Elles l'obligent à restreindre le nombre des bouches à nourrir. Pour y pallier, il lui faut des « *franchises exaltantes* » (Haute-Loire) ; des droits de priorité tels qu'il en est pour les mutilés (Eure, Bouches-du-Rhône, Cher, Alpes-Maritimes) ; des privilèges successoraux empêchant le morcellement du patrimoine.

L'argent nécessaire à l'exaltation de la natalité serait, suivant la conception de M. le Doyen Merklen, utilement centralisé en une « Caisse autonome de la Natalité », réalisation pratique de la solution de notre éminent maître, le professeur Jean-Louis Faure : « Si l'Etat veut des enfants, qu'il les paie ! ».

Des hypotrophies d'origine digestive dans la première enfance, de leurs causes et de leur traitement. Thèse du docteur MARIELLE D'ARCY. Grand in-8° de 193 pages. A Paris, chez Amédée Legrand, éditeur, 1936.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 MARS 1937)

Infarctus génito-pelvien post-abortif. — MM. SANTY et Michel BÉCHET rapportent une belle observation d'infarctus génito-recto-colique consécutif à une injection d'eau de savon faite dans un but abortif : les auteurs ont pu guérir leur malade.

Tumeur maligne bilatérale du sein. — M. MOULONGUET rapporte deux observations de M. PETRIGNANI concernant un adéno-sarcome et un épithélioma, tous deux opérés en plusieurs temps et restés guéris depuis trois ans et deux ans. Le rapporteur insiste sur la grande gravité de pareils cancers.

M. SOUPAULT a observé 4 cancers bilatéraux sur 70 cancers du sein et n'a pas gardé une impression aussi pessimiste.

MM. MICHON, BASSET, BROCQ, ROUHIER ont tous observé des cancers bilatéraux du sein.

Opération de Goebelle-Stoeckel simplifiée pour incontinence. Résultat éloigné. — M. RICHER (Lyon) a simplifié le procédé classique en utilisant une simple bande aponévrotique et en renonçant à l'intérêt théorique d'une bandelette musculaire soi-disant innervée : un très beau résultat justifie sa manière de faire. A ce propos, le rapporteur M. MICHON passe en revue les différents procédés utilisés et montre sa préférence pour les plus simples, le résultat semblant surtout dû à la constitution d'une bague de sclérose : les résultats fournis par l'opération de MARION semblent bien confirmer cette explication.

Reconstitution d'un urètre féminin. — M. MICHON rapporte une observation de M. Richer qui a utilisé le procédé de Marion et a obtenu un très beau succès. Le rapporteur étudie à ce propos les modifications apportées par Marion à sa technique initiale et montre la constance des résultats.

109 fractures du crâne chez l'enfant. — M. SORREL, Mme SORREL-DÉJERINE et M. GIGON ont observé en quatre ans 109 fractures du crâne ; ils montrent la relative bénignité de ces fractures, leur évolution rapide et la rareté de leurs séquelles. Les auteurs étudient ensuite ce type de fracture du triple point de vue anatomique, clinique et thérapeutique. Il y eut seulement 24 décès sur cette importante statistique.

Infection ascendante dans les anastomoses bilio-digestives. — M. BENGOLEA (Buenos-Aires) montre la relative fréquence de l'infection ascendante et la possibilité d'angiocholite mortelle : il craint l'évolution actuelle de la chirurgie biliaire.

Cancer cutané sur cicatrice. — M. BASSET communique l'observation d'un homme âgé de 39 ans et présentant un cancer développé au niveau d'une cicatrice datant de 16 ans. L'auteur, à ce propos, étudie la question si complexe des cancers sur cicatrices et joint à son observation une nouvelle observation que lui a communiquée M. Padovani. Il étudie ensuite la question du retentissement ganglionnaire de ces cancers des membres et leur thérapeutique.

(SÉANCE DU 17 MARS 1937)

M. BAUMGARTNER, président, fait part à l'Académie du décès du professeur KUMMEL, de Berlin.

Hématome du masséter. — M. D'ALLAINES communique une observation de M. PETRIGNANI qui observa, chez un homme de 72 ans, une tuméfaction progressive de la région angulo-maxillaire et massetérine ; à l'intervention, il s'agit d'un hématome de cause indéterminée. Le rapporteur

remarque la fréquence d'angio-endothéliome à la périphérie de l'hématome dans des cas analogues.

Ostéosynthèse. — M. OVARY (armée) signale des signes d'intoxication générale et des phénomènes de suppuration aseptique consécutifs à une ostéosynthèse par plaque de fer. M. MÉNÉGAUX, rapporteur, ne connaît pas d'observation semblable, mais y trouve un argument de plus en faveur du matériel stable (acier inoxydable).

Anesthésie par voie veineuse. — M. THALHEIMER apporte 663 cas d'anesthésie avec un dérivé du Numal, et étudie un total de 2.000 observations.

L'auteur insiste sur quelques détails de technique, sur la dose qui ne semble pas devoir excéder deux grammes et sur la nécessité dans un quart des cas de compléter l'anesthésie par quelques bouffées d'anesthésique volatil. La rétention d'urine elle-même a disparu depuis que l'on a systématisé l'injection préalable d'atropine : une seule mort est signalée.

Section intracranienne du nerf auditif. — M. M. OMBRÉDANNE utilise la section du nerf auditif dans le traitement de certains vertiges : en fait, il s'agit de la section partielle de la branche vestibulaire, qui se fait par voie occipitale ; 37 cas ont été opérés par l'auteur et M. AUBRY. L'opération est idéale dans les vertiges de Menière purs, permettant de guérir le vertige sans sacrifier l'audition. Dans les syndromes secondaires, la craniotomie permet en outre de rechercher la cause du syndrome : il s'agit souvent d'arachnoïdite ou de tumeur des angles ponto-cérébelleux. Les résultats sont, dans l'ensemble, très satisfaisants : sur 13 sections partielles, les vertiges disparurent toujours, et dans 91 p. 100 des cas l'audition fut ou conservée ou améliorée.

Fibromes nasso-pharyngiens. — MM. MIGINIAC et ESCAT, lorsque les polypes sont trop volumineux pour que l'ablation soit possible par les voies naturelles, pratiquent la résection subtotale du maxillaire supérieur ; seule, cette méthode permet l'ablation des tumeurs ayant envahi le cavum et les sinus ; seule, elle permet une hémostase certaine et facile.

M. BÉCLÈRE fait observer que la radiothérapie, si elle est infidèle, n'en donne pas moins, lorsqu'elle réussit, les résultats les meilleurs et sans le moindre risque de récidive.

PRATIQUE MÉDICALE

CONTRIBUTION EXPÉRIMENTALE A L'ÉTUDE DE QUELQUES PROPRIÉTÉS PHARMACODYNAMIQUES DU TOTUM GLYCOSIDIQUE DE DIGITALIS LANATA (1)

Dans un mémoire présenté à la Société médico-chirurgicale des Hôpitaux libres par le docteur F. Tison, A.-M. Dugay étudie quelques propriétés pharmaco-dynamiques de la nouvelle digitale : Digitalis Lanata Ehr.

Après avoir rappelé dans un bref préambule l'historique de l'introduction en France de cette nouvelle plante par M. le professeur Perrot en 1930, il passe plus spécialement à l'étude du Totum glycosique de la plante. Il détermine chez le cobaye la dose léthale du totum lui-même et de ses six composants.

La dose léthale du Totum glycosidique est de l'ordre de 2 milligr par kilogr. chez le cobaye par voie sous-cutanée.

Quant aux composants, leurs doses léthales respectives s'échelonnent entre 2 milligrammes par kilogr. (Produit F) à 4,5 milligrammes par kilogr. (Produit E.).

L'auteur étudie ensuite l'action du produit aux doses subléthales et enfin aux doses thérapeutiques (1/4 de milligramme par kilogr.).

(1) Travail fait au Laboratoire de Physiologie appliquée à l'hygiène, à l'Ecole des Hautes Etudes, par A.-M. DUGAY.

NOTES POUR L'INTERNAT

DYSENTERIE AMIBIENNE

La dysenterie amibienne est une *colorectite ulcéreuse* due à l'entamoeba dysenteriae.

Elle se présente en clinique sous deux grands aspects :

La *forme classique aiguë*, déterminant un syndrome dysentérique typique avec des rechutes fréquentes et une évolution par poussées successives bien caractéristiques ;

La *forme chronique d'emblée*, l'amibiase larvée, qui peut être depuis la guerre une maladie autochtone survenant chez des sujets n'ayant jamais quitté la France, qui peut ne jamais déterminer de syndrome dysentérique typique et évoluera sous des aspects masqués et polymorphes rendant le diagnostic très difficile.

Le diagnostic dans ces cas repose essentiellement sur *l'examen des selles*. Il est d'autant plus important que l'amibiase chronique peut, tout aussi bien que l'amibiase aiguë, se compliquer de *lésions hépatiques*, si un traitement spécifique par l'*émétine* et les *arsenicaux* n'est pas institué.

ETUDE CLINIQUE

Nous décrirons d'abord l'amibiase aiguë, classique, celle qui répond au tableau ancien de l'amibiase coloniale, celle dont la symptomatologie fait d'emblée porter un diagnostic de dysenterie.

ETIOLOGIE

C'est une affection survenant surtout dans les pays tropicaux, où la température est toujours sensiblement égale toute l'année.

Dans les régions à climat plus modéré, c'est essentiellement une affection de la saison chaude.

La propagation se fait par les *kystes* qui sont absorbés et pénètrent dans l'intestin où ils se transforment en amibes ; celles-ci se nourrissent de sécrétion muqueuse et de globules rouges, pénètrent la muqueuse colique et nécrosent la paroi intestinale.

L'infection peut être : directe, par des mains souillées ;

Indirecte, par des vêtements, du linge, la literie, l'eau, le sol, quoique le kyste soit rapidement détruit par la sécheresse, d'où l'influence des terrains humides.

Une mauvaise alimentation, la coexistence de paludisme aggravent en règle la dysenterie.

I. *Dysenterie aiguë*

DEBUT

Il est en règle insidieux.

Le malade présente pendant une quinzaine de jours une période de *troubles gastro-intestinaux progressivement croissants :*

1° *Troubles gastriques ;* ils consistent en :

— Anorexie, l'appétit est diminué ;

— Lenteur des digestions ;

— Nausées.

2° *Troubles intestinaux.* Ce sont :

— Des coliques post-prandiales ;

— De la diarrhée,

Auxquelles il faut rattacher l'état saburral des voies digestives et de la langue.

3° *Troubles de l'état général :*

Asthénie marquée et progressive ;

Amaigrissement.

ETAT

Au bout de 15 jours environ, le tableau devient typique ; il existe un syndrome dysentérique au complet, comprenant :

Des douleurs abdominales : *les épreintes ;*


PERMYASE LIQUIDE
Permyase
PERMYASE GÉLIFIÉE
ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
LABORATOIRE DE LA PERMYASE
A. DESLANDRE, Pharm. 48, rue de la Procession PARIS

Des sensations de corps étrangers à expulser : le *ténesme ;*

Des modifications qualitatives et quantitatives des selles.

Les *douleurs* sont en général très vives, paroxystiques, maximum la nuit.

Elles naissent dans la fosse iliaque droite.

Elles suivent tout le trajet colique jusqu'au rectum.

Ce sont des douleurs expulsives, calmées momentanément par la défécation.

Elles sont plus fréquentes la nuit.

Le *ténesme* est une sensation pénible de corps étranger à expulser.

A ce ténesme rectal s'ajoute le plus souvent du ténesme vésical.

Les *selles* sont modifiées au point de vue *quantitatif.*

Il existe dans les formes communes 5 à 15 selles par jour, c'est-à-dire moins en règle que dans la dysenterie bacillaire, mais cette règle n'est nullement absolue.

Elles sont modifiées au point de vue *qualitatif.* En effet, un caractère est capital : elles ne sont pas fécaloïdes. Elles ont l'aspect de crachats glaireux, de blanc d'œuf, de frai de grenouille et elles sont souvent striées de sang.

A l'examen, le côlon est douloureux, contracturé.

La *température* est normale le plus souvent.

EVOLUTION

L'épisode dysentérique aigu que nous avons décrit dure une huitaine de jours, quelquefois plus.

Mais, que le malade ait été soigné ou non, l'affection n'est pas guérie. La dysenterie chronique, séquelle quasi constante de l'amibiase, ne fait que commencer.

II. *Dysenterie chronique*

Le tableau est alors caractérisé par l'association de trois ordres de signes :

— Des signes généraux,

— Des signes intestinaux,

— Des signes dyspeptiques, d'appparition plus ou moins précoce.

Les *signes généraux* souvent vont dominer la scène, sinon dès le premier épisode dysentérique, tout au moins lorsque le malade aura présenté quelques rechutes.

Il est caractérisé par :

— Un *amaigrissement* très marqué, habituel dans ces cas;

— Une *asthénie* très grande ;

— Une *anémie* profonde ;

— Un *faciès spécial,* un teint plombé avec excavation des yeux, traits tirés, peau sèche ;

— Une *frilosité* très grande.

Les *troubles digestifs intestinaux* consistent en :

— Anorexie ;

— Douleurs abdominales sourdes, soit à type de barre, de pesanteur, soit à type de coliques vraies.

— Les selles restent multiples, redeviennent fécaloïdes dès la fin de la poussée, mais sont pâteuses, recouvertes d'un enduit brillant vernissé.

On les a comparées à la purée d'épinards et à « la bouse de vache ».

Dans le bassin, elles se séparent bientôt, en deux zones :

— Une centrale, fécale ;

— Une périphérique, constituée par une collerette de mucus incolore.

Des *troubles dyspeptiques* viennent d'ailleurs se joindre aux signes généraux et aux signes intestinaux :

— Tantôt ce sont des pesanteurs gastriques avec digestions lentes et pénibles, somnolence post-prandiale.

— Tantôt ce sont des douleurs plus tardives, à type de brûlure, de crampe, irradiant dans le dos et parfois vers l'épaule gauche.

A l'examen, à ce moment, on trouve un ventre douloureux dans son ensemble, quelquefois avec des gargouillements dans le caecum qui peut être distendu, souvent avec un côlon gauche spasmé et douloureux qui roule sous le doigt.

S. g. — Il n'y a pas de fièvre, mais au contraire souvent de l'hypothermie.

EVOLUTION

Sur ce terrain de troubles digestifs et d'état général précaire vont survenir de temps à autre, et sous l'influence de causes bien précises :

— Ecarts de régime,

— Grandes chaleurs,

— Froid (tout colitique est en effet extrêmement sensible au froid),

De nouvelles poussées aiguës dysentériques en tous points semblables à la poussée initiale que nous avons décrite.

Chacune de ces poussées va venir aggraver encore l'état du malade, déterminant une véritable cachexie, et si le malade ne succombe pas aux progrès du mal, c'est parce que devant la répétition des crises dysentériques, devant les insuccès thérapeutiques dans les régions où sont fréquentes ces dysenteries graves, on rapatrie en général les malades.

En France, il est rare que l'on ait à constater de tels états et c'est le plus souvent par l'interrogatoire que l'on apprend l'histoire de cette période chez des malades qui viennent se faire soigner pour des troubles de dysenterie chronique beaucoup plus atténués, et qui ne présentent plus de poussées aiguës.

D'ailleurs, dans un certain nombre de cas, il n'y a jamais eu de poussées aiguës et les malades sont entrés d'emblée dans l'amibiase chronique.

III. *Amibiase chronique d'emblée*

Elle est relativement fréquente en France, et souvent de diagnostic difficile, d'autant qu'il peut s'agir de contamination familiale.

Il s'agit de malades qui viennent consulter pour :

Des troubles digestifs :

— Anorexie ;

— Colite avec alternatives de diarrhée et de constipation ;

— Douleurs localisées au quadrant gauche de l'abdomen ou étendues à tout le cadre colique ;

— Diarrhée résistante aux traitements nombreux et variés qu'on a essayés jusqu'alors ;

— Troubles dyspeptiques, soit à type de pesanteur gastrique post-prandiale avec nausées, céphalée, ballonnement du ventre et éructations ; soit à type de brûlures, de crampes gastriques, d'horaire plus tardif ;

Des troubles de l'état général, tels que l'on a parlé à certains malades d'état prétuberculeux.

Les diagnostics les plus variés ont souvent été faits ; certains malades portent la cicatrice d'une appendicectomie que l'on a pratiquée en espérant ainsi supprimer tous les troubles.

A l'examen, on constate la sensibilité colique, des gargrouillements intestinaux, surtout des spames du côlon.

Il faut penser, dans ces cas, à l'amibiase, faire examiner les selles, rechercher une éosinophylie sanguine, pratiquer un examen rectosopique, car ces cas sont, comme les cas aigus, graves à la fois par les troubles locaux qu'ils entraînent, et par les complications et surtout les complications hépatiques qui peuvent survenir dans toute dysenterie.

(*A suivre.*) J. FERROIR.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 29. — SAMEDI 10 AVRIL 1937. 110e ANNÉE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant [redacted] de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Jury du concours de médecin des hôpitaux* (1er concours). — Nomination : MM. les docteurs : Milian (honoraire), Armand-Delille, Nobécourt, Paisseau, Baudouin, Chiray, Brodin, Apert (honoraire), Sézary, Touraine.

M. le docteur Veau (réservé 3e honoraire).

Electro-radiologistes des hôpitaux. — Jury après acceptation : MM. Lobligeois, Guilbert, Gally, Aubertin, Desplas, Bréchot, Maingot. *Censeur :* M. Busy. *Lecteurs :* MM. Devois, Foubert.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours d'admissibilité au chirurgicat vient de se terminer par la nomination de MM. Trillat et Colson.

Légion d'honneur. — EDUCATION NATIONALE. — *Chevalier*, à titre posthume : M. Maurice Parat, chef de travaux à la Faculté des sciences de Paris.

— SANTÉ PUBLIQUE. — *Chevalier :* M. Richard Kohn, à Paris ; M. Thiébauld (à Scey-sur-Saône).

Ministère de la Santé publique. — Sont nommés membres de la Commission permanente des laboratoires :

MM. Tanon, Roussy, Bezançon, Jules Renault, Cavaillon, Louis Martin, Dujarric de la Rivière, Cibrie, H. Bonnet, Dequidt, Lamy, Loir, Cruveilhier, Debré, Dopter, Fabre, Hazemann, X. Leclainche, Lisbonne, Parisot, Santenoise et Villaret.

M. le docteur Louis Martin est nommé président de la Commission : MM. Parisot et Lisbonne, vice-présidents.

Médecins stagiaires de sanatoriums. — La formation des médecins de sanatoriums comporte un stage dans des services hospitaliers spécialisés de tuberculeux, suivi, s'il est possible, d'un stage dans les sanatoriums.

Les stages en sanatoriums, en vue de l'inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecins adjoints, ont d'autant plus de valeur qu'ils sont accomplis dans les conditions suivantes :

1° Etre docteur en médecine ou étudiant ayant terminé sa scolarité et subi tous ses examens, sauf la thèse ;

2° Produire un certificat justifiant de connaissances en phtisiologie acquises dans un service hospitalier spécialisé de tuberculeux ;

3° S'engager à remplir les fonctions de médecin stagiaire pour une durée de six mois au moins.

Les médecins stagiaires sont en surnombre dans les établissements et en aucun cas ne peuvent prendre la place des médecins adjoints, dont le nombre est fixé par le décret du 25 septembre 1925. Ils bénéficient d'avantages en nature et, s'il y a lieu, d'une indemnité mensuelle.

Les candidats désirant remplir les fonctions de médecins stagiaires sont invités à s'inscrire au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris. D'autre part, les médecins directeurs de sanatoriums qui acceptent de recevoir des médecins stagiaires, dans les conditions sus-indiquées, sont priés d'en aviser le Comité.

Congrès de médecine et de pharmacie militaires de Bucarest (2-10 juin 1937). — *Croisière en Méditerranée et en Mer Noire.* — Le Comité permanent des congrès internationaux de médecine et de pharmacie militaires organise, à l'occasion du Congrès de Bucarest, une magnifique croisière en Méditerranée et en Mer Noire, suivie d'un voyage en Europe Centrale.

Parcours maritime : Marseille. — Le Stromboli. — Le

Détroit de Messine. — Le Pirée (Athènes). — Les Dardanelles. — Istanbul (Constantinople). — Le Bosphore. — Odessa. — Constantza.

Parcours terrestre : Constantza. — Bucarest. — Budapest. — Vienne. — Paris.

Le départ de Marseille a été fixé au lundi 24 mai prochain, par le paquebot « Providence » (15.000 tonnes), des Messageries Maritimes.

Le prix du voyage comportant la traversée maritime Marseille-Constantza en première classe (excursions à Athènes, Istanbul et Odessa incluses), le trajet par chemin de fer de Constantza à Bucarest, le séjour à Bucarest du 2 au 8 juin (chambre et petit déjeuner seulement), le trajet en chemin de fer (avec wagons-lits de deuxième classe) de Bucarest à Paris, a été fixé à 1.470 belgas.

Une variante permettra de passer deux jours à Budapest et deux jours à Vienne, moyennant un supplément de 205 belgas, supplément comportant tous les frais et excursions dans ces deux villes (boissons exceptées).

Les personnes n'appartenant pas au corps médical pourront, dans la limite des places disponibles, s'inscrire au voyage susvisé, pour autant qu'elles soient recommandées par un membre du Congrès ou que leur adhésion soit acceptée par le Comité permanent.

Pour tous renseignements complémentaires et les inscriptions, s'adresser au Bureau des Croisières et Voyages Médicaux, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

1er Congrès international de psychiatrie infantile (Paris, 24 juillet-1er août 1937). — Ce Congrès, dont le comité d'organisation est présidé par le docteur G. Heuyer, et dont le secrétaire général est le docteur Léon Michaux, s'ouvrira le 24 juillet, à 9 h. 30, à la *Maison de la Chimie*, 28, rue Saint-Dominique, à Paris, sous la présidence du ministre de la Santé publique.

Questions à l'ordre du jour :

Les bases neuro-physiologiques de la psychiatrie infantile ;

Les réflexes conditionnels en psychiatrie infantile ;

Les méthodes d'éducation selon les troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant ;

La débilité mentale comme cause de délinquance infantile et juvéniale.

Inscriptions : membres adhérents, 125 fr. français ; membres associés, 75 fr. français. S'adresser au trésorier : docteur Grimbert, 11, rue Duroc, Paris.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général : docteur Léon Michaux, 74, boulevard Raspail, Paris.

Prix Chauvin. — Le prix de 6.000 francs (oto-rhino-laryngologie) fondé par M. A. Chauvin (d'Aubenas), destiné à récompenser un mémoire, sera attribué en octobre 1938, lors du Congrès de la Société française d'O.-R.-L.

Le sujet du mémoire tiré au sort est le suivant : « *L'infection du sinus maxillaire d'origine dentaire.* »

Le jury, présidé par M. Le Mée, sera composé par MM. Aubriot, Batier, Bonnet-Roy, Calvet, Lallemant, Maduro, Piquet, Portmann, Terracol.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. A. Chauvin, docteur en pharmacie, Aubenas (Ardèche).

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'apprendre la mort du docteur Pierre Sassier, stomatologiste des hôpitaux de Paris, administrateur adjoint du *Concours médical*, décédé à Paris, à l'âge de 35 ans.

Nous prions son père, le docteur P. Sassier et son beau-père M. C. Boulanger, administrateur du *Concours médical*, d'agréer l'expression de notre sympathie très profonde et bien affectueuse.

FRANÇOIS HUE

(1855-1937)

Le docteur François Hue, de Rouen, ancien interne des hôpitaux de Paris (promotion 1879), vient de mourir récemment à l'âge de 82 ans. Chirurgien honoraire des hôpitaux de Rouen et professeur de l'Ecole de médecine, il appartenait à cette phalange de chirurgiens formés aux disciplines de l'antisepsie par des maîtres qui les tenaient de Lister, en application des géniales découvertes de Pasteur.

C'est à l'hôpital général de Rouen, que, pendant vingt années, comme chef de service, il donna toute sa mesure.

Il en fut l'historien érudit, comme il en a été le chirurgien aimé et recherché. Une très nombreuse clientèle s'empressait près de lui et trouvait, dans le cadre élégant de sa demeure, avec les conseils et les soins dont la perfection lui valut une réputation méritée, l'appui et l'indulgente sympathie d'un homme de bien, réconfortant pour ses malades et pour leur entourage. De longues années, il fut aussi un expert apprécié pour la sûreté de ses jugements. Pendant la guerre, il consacra le meilleur de ses forces aux hôpitaux auxiliaires de la Société de secours aux blessés militaires, dont il était le médecin chef.

Il fut fait chevalier de la Légion d'honneur.

Confrère obligeant, ami sûr et dévoué, il aimait à se reposer des fatigues et des soucis professionnels en marin consommé à Etretat, la chasse aussi fut longtemps pour lui l'occasion d'heures de détente passées au milieu d'amis qui lui étaient très attachés. Les années n'avaient pas assombri son humeur et son optimisme naturels, pas plus qu'elles n'avaient eu de prise sur sa belle vieillesse.

Il laisse le souvenir, à ceux qui l'ont connu, d'un homme de bien, d'un ami et d'un bienfaiteur discret des malades et des pauvres.

JULIEN HUBER.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SYNDICAT MÉDICAL DE LA CREUSE

Assemblée générale du 21 mars 1937

ORDRE DU JOUR :

Les confrères pressentis pour accepter le poste de chirurgien adjoint à la clinique chirurgicale de Bourganeuf sont priés, dans leur intérêt, de s'adresser, pour complément d'information, au Syndicat médical de la Creuse.

(Adopté à l'unanimité.)

Le Secrétaire général du Syndicat,
Docteur A. DUFOUR (Guéret).

REVUE GENERALE

L'AUTOMATISME MENTAL DE DE CLÉRAMBAULT

Par MM. M. et H. COULÉON

De Clérambault a décrit sous le nom d'Automatisme Mental un syndrome clinique dont les éléments constituants apparaissent comme la manifestation d'une activité automatique des centres nerveux agissant spontanément, indépendamment de leurs excitants normaux. Il consiste en phénomènes d'addition et d'inhibition que le sujet considère comme étrangers à sa personnalité. L'Automatisme Mental ne peut être, comme on le voit, confondu avec l'automatisme psychologique de Pierre Janet (encore moins avec l'automatisme cérébral de Baillarger). L'étude de l'Automatisme Mental montre qu'il ne contient qu'une minime partie — et combien particulière — de ce qui est considéré habituellement comme activité automatique ; que, d'autre part, l'auteur préjuge qu'une lésion organique des centres est l'excitant réel qui détermine ces phénomènes dont l'origine serait mécanique. De Clérambault a reconnu que ce vocable est défectueux et ne résume pas nettement ce qu'il veut contenir. Il a proposé de l'appeler provisoirement : Syndrome de Passivité. Il correspond à peu près au Syndrome d'Action Extérieure du professeur Claude, aux Phénomènes Xénopathiques de M. Guiraud, au Syndrome de Dépossession de M. Lévy-Valensi. Le seul titre complet serait pour de Clérambault : « syndrome de désannexion, d'interférence, de parasitisme et de construction ». C'est malgré tout sous le nom d'Automatisme Mental que le syndrome que nous allons décrire est le plus fréquemment désigné, et nous le conserverons, pour plus de clarté, malgré les reproches justifiés dont il peut être l'objet.

HISTORIQUE

Peut-être faudrait-il considérer Gilbert Ballet — qui insistait sur l'importance clinique et le rôle initial de l'écho de la pensée dans les psychoses hallucinatoires et pour qui les phénomènes hallucinatoires étaient antérieurs au délire — comme le précurseur des théories de de Clérambault. Dès 1905 de Clérambault isolait l'Automatisme Mental et en 1906 il le considérait déjà comme le syndrome basal des psychoses hallucinatoires. Il formule en 1919 le Triple Automatisme. En avril 1920 il expose sa théorie à la Société Clinique de Médecine Mentale. Il a plus tard l'occasion (Société Médico-Psychologique, décembre 1923) d'énoncer à nouveau ses conceptions personnelles, qu'il développe par la suite d'une façon parfaite successivement à la Société Clinique de Médecine Mentale (janvier 1924) et à la Société Médico-Psychologique (février 1927). Depuis 1920 de Clérambault n'a cessé d'exposer journellement ses idées devant ses élèves à l'Infirmerie Spéciale du Dépôt. La question de l'Automatisme Mental fut discutée en 1927 au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes (Rapports de MM. Lévy-Valensi et Nayrac). Notons de plus l'article critique de M. Ceillier (mars 1927) et l'important exposé de M. Heuyer (mai 1934) (1).

***

ETUDE CLINIQUE

De Clérambault distingue deux périodes dans l'évolution de la maladie. Une première période comprend l'ensemble des symptômes observés dès le début et qu'il a groupés sous le nom de « Petit Automatisme Mental ». A cette période fait suite l'apparition des phénomènes tardifs de l'Automatisme Mental. Nous étudierons successivement ces deux périodes.

Première période : Petit automatisme mental. — I. AUTOMATISME INTELLECTUEL. — Nous distinguerons suivant leur ordre d'apparition des symptômes très précoces et des symptômes plus tardifs.

A. *Symptômes très précoces :*

1) Signes principaux :

Echo de la pensée : le malade entend sa pensée se répercuter au dehors avant même qu'il l'ait formulée. Ce trouble est, avec la Prise de la Pensée, un des signes initiaux les plus fréquemment observés de l'Automatisme Mental. Ces troubles, bien connus de Séglas, signalés par Lasègue et Magnan, ont été décrits par Ballet et par de Clérambault comme les phénomènes essentiels de la Psychose Hallucinatoire Chronique. Chez certains débiles ou sujets incultes l'Echo de la Pensée peut être remplacé par l'Echo des Gestes et des Actes. (Modalité : Echo de la Lecture.)

Enonciation des Gestes : Les actes du malade sont énoncés à mesure : « il s'assied... il mange... etc... ».

Pensées étrangères : Le sujet a l'impression que certaines représentations qui s'imposent à sa conscience ne viennent pas de lui.

Pensée devancée : La pensée est formulée verbalement avant même d'être conçue. Ajoutons le symptôme de *Devinement de la pensée* décrit par Heuyer et Lamache et le phénomène de l'*intuition morbide* ou *intuition délirante*.

2) Signes plus rares (étudiés et groupés par de Clérambault). De Clérambault signale la fréquence de ces troubles « sauf l'Aprosexie et le Doute » dans les états hypnagogiques et dans les intoxications, dont certains peuvent exister, moins intenses et exceptionnellement, dans la pensée normale, mais qui dans l'Automatisme Mental deviennent la norme et « sont érigés en systèmes ». Ils consistent en phénomènes d'escamotage ou d'apport, ce qui explique leur mode de groupement didactique en processus positifs et négatifs. On distingue :

a) Processus positifs subcontinus.

Emancipation des abstraits : C'est l'émancipation de la pensée sous forme indifférenciée ou muette. C'est une *hallucination abstraite* qui correspond à l'*hallucination psychique* de Baillarger.

Dévidage muet des souvenirs : Le malade peut voir repasser toute sa vie. Ce phénomène est constitué par

(1) Voir chapitre « bibliographie ».

des éléments idéiques (pensées), représentatifs (images), affectifs (sentiments) et se rattache aux Hallucinations Psychiques.

Idéorrhée : Invasion de pensées se succédant plus rapidement que dans la normale.

b) Processus Positifs Episodiques (accompagnés de sentiments intellectuels).

Fausses-Reconnaissances.

Ressemblances.

Etrangetés.

Pour de Clérambault ces symptômes pourraient avoir dans certains cas une cause mécanique.

c) Processus Négatifs Divers (accompagnés de sentiments intellectuels).

Disparitions de pensées. Oublis. Vol de la pensée : Le malade a l'impression d'un évanouissement subit de sa pensée. Il se plaint qu'on lui donne des oublis ou qu'on lui vole sa pensée.

Arrêt de la pensée: Ce trouble est facilement attribué à une influence étrangère. M. Guiraud rapproche ce phénomène du barrage idéique de l'Hébéphrénie. Ce symptôme et d'autres du même ordre (Vide de la Pensée, Perplexités Sans Objet, Attentes, Doutes) peuvent se voir également ainsi que le fait remarquer de Clérambault dans la P. G. au début.

Aprosexie : Dispersion de la pensée aggravée par tout effort d'attention.

d) Processus Mixtes (négatifs et positifs).

De Clérambault fait entrer dans ce cadre :

Substitutions de pensées : Une pensée prend la place d'une autre dont le commencement seul est apparu à la conscience. Le malade peut n'avoir dans l'esprit que des commencements de pensées.

Oublis et apports.

Idéorrhée (certains cas).

Passage d'une idée invisible (combinaison d'une reconnaissance anticipée et d'un oubli).

e) Jeux verbaux parcellaires.

La conscience est envahie par des groupes verbaux sans cohésion (syllabes, mots, fragments de phrases vides de sens). Notons : *Mots explosifs, mots déformés, mots biscornus, kyrielles de mots, jeux syllabiques variés.*

A ces phénomènes s'ajoutent : les *intonations bizarres*, les *absurdités et non-sens.*

Ces Jeux Verbaux Parcellaires sont caractérisés par le goût du saugrenu et le sens harmonique, deux traits qui se rencontrent fréquemment, ainsi que le fait observer de Clérambault, au cours du travail subconscient (hypnagogisme, insomnie, manie), ainsi que dans la pensée primitive (sorcellerie, poésie).

B. *Symptômes plus tardifs.*

Commentaires sur les Actes et les Souvenirs.

Questions.

Réponses aux Pensées.

II. Autres automatismes. — L'Automatisme Mental n'est pas uniquement intellectuel. De Clérambault rattache à ces manifestations précoces des signes qui montrent la participation du psychisme entier. Il distingue :

a) Automatisme Affectif, Emotif et Volitionnel.

Cet automatisme est constitué par des phénomènes imposés épisodiques : Gaîtés, Tristesses, Anxiétés, Etonnements, Lutte d'un sentiment contre un autre considéré comme étranger, Colères, Rires explosifs forcés, Attractions, Intentions obsédantes.

b) Automatisme Visuel.

Il est constitué par un Mentisme Représentatif avec appoint idéique et affectif. Ce trouble se rattache au Dévidage des Souvenirs.

Les troubles étudiés jusqu'alors, et qui constituent le syndrome que nous pouvons appeler « Petit Automatisme Mental », ont pour caractère, outre leur précocité et leur subtilité, de rester très longtemps purement subjectifs et neutres, sans aucun thème de persécution : ils précèdent des données thématiques et objectivées.

Seconde période : Phénomènes tardifs de l'automatisme mental. — Ces troubles succèdent aux précédents de façon plus ou moins rapide ; leur apparition marque l'entrée de la maladie dans la période objective. Ainsi, progressivement, les symptômes grossiers de l'Automatisme Mental vont passer au premier plan.

Hallucinations auditives : On observe une tendance progressive des troubles initiaux à la verbalisation. Après les hallucinations élémentaires (bruits aigus, bourdonnements, cloches, etc...), les Voix se constituent peu à peu avec leurs quatre caractères.

Elles sont :

1) Verbales ;
2) Objectives ;
3) Individualisées ;
4) Thématiques.

Un de ces caractères peut manquer. Ces Voix sont hautes ou basses, injurieuses ou bienveillantes ; parfois le malade croit surprendre des conversations entre tiers, etc...

Hallucinations psychomotrices verbales (Expressions Verbales Xénopathiques de Guiraud). Les Voix ne viennent plus de l'extérieur mais au contraire le malade les entend en lui-même. Elles s'accompagnent d'une ébauche de mouvements d'articulation. Elles peuvent même être prononcées (l'intonation n'a généralement pas son timbre coutumier).

A côté de ces deux symptômes primordiaux il y a lieu de considérer des troubles qui fréquemment les accompagnent. Nous les distinguerons en phénomènes d'Automatisme Sensoriel, Sensitif et Moteur.

a) Phénomènes d'Automatisme Sensoriel.

Hallucinations olfactives : Odeurs d'ail, d'ammoniaque, de matières fécales, etc...

Hallucinations gustatives : goût particulier, étrange des aliments, associé à des odeurs nauséabondes le plus souvent.

Hallucinations visuelles : plus rares (images d'aspect cinématographique).

b) Phénomènes d'Automatisme Sensitif.

Hallucinations de la Sensibilité cutanée : sensations diverses, contacts étranges et désagréables, brûlures, courants électriques, etc...

Hallucinations Kinesthésiques (ou Psychomotrices): sensations de déplacement, etc...

c) Phénomènes d'Automatisme Moteur.

Outre les phénomènes psychomoteurs verbaux et les Hallucinations kinesthésiques, on observe parfois des phénomènes de Contrainte motrice : Mouvements arrêtés, Inhibitions, Mouvements forcés (coups, gestes, grimaces).

Parmi ces symptômes nous pouvons distinguer les phénomènes d'Automatisme Verbal Moteur : Obligation de parler, Prononciation défectueuse forcée, etc.

L'association de l'Automatisme Mental, de l'Automatisme Sensitif et de l'Automatisme Moteur constitue ce que de Clérambault a appelé : Triple automatisme, qu'il est souvent possible d'observer dans son intégralité.

Evolution de l'Automatisme mental. — Le début de l'Automatisme mental est insidieux. Il est constitué tout d'abord par des troubles abstraits et subtils. A cette époque ses caractères peuvent se résumer de la façon suivante :

1) *Teneur essentiellement neutre :* il consiste avant tout en Dédoublement de la Pensée (Scission du Moi) et ne suffit pas seul à engendrer l'idée de persécution.

2) *Caractère non sensoriel :* « La pensée qui devient étrangère, le devient dans une forme indifférenciée, par un mélange d'abstractions et de tendances, tantôt sans éléments sensoriels et tantôt avec des éléments plurisensoriels vagues et fragmentaires ».

3) *Rôle initial* dans l'évolution de la psychose.

4) Apparition tardive des Hallucinations Auditives et Psychomotrices.

L'Automatisme Mental à l'état pur peut être observé longtemps encore après son apparition. Il peut même demeurer à ce stade. Le Délire de Persécution secondaire est l'effet d'une disposition particulière du malade et de tentatives d'explication des troubles ressentis. De Clérambault insiste sur la « tendance vaguement optimiste » de l'Automatisme Mental au stade primitif. Mais s'il peut persister à l'état pur, l'Automatisme Mental n'en est pas moins le syndrome fondamental d'un très grand nombre de psychoses chroniques ou non. Nous étudierons maintenant son évolution vers la Thématisation et le Délire.

I) *Thématisation et tendance à l'hostilité.* — Progressivement les troubles vont prendre la forme verbale (« L'atteinte descend progressivement l'échelle des centres »). A cette période les Voix deviennent thématiques. On assiste à l'objectivation des troubles représentatifs, à leur groupement autour d'un thème qui constituera la base du délire. De Clérambault a montré que les thèmes sont fournis par trois sources :

1) Tendances du sujet : satisfaction habituelle, érotisme, hostilité (constitution du grand délirant persécuté de Magnan), mysticisme, etc...

2) Caractères spéciaux de l'Automatisme Sensitif et Moteur : sensations agréables, sensations désagréables (d'où idées optimistes et pessimistes).

3) Tendances à la création de thèmes hostiles :

a) Irritation du sujet par les Indiscrétions et Non-Sens ;

b) Teneur spontanément contrariante de l'Automatisme Mental (loi générale des phénomènes obsessionnels) ;

c) « Redoublement de l'Automatisme Mental par l'irritation du sujet avec transposition de cette irritation dans l'Automatisme Mental en ironie et dialectique ».

II. *Le Délire* (roman explicatif et constructif). — Deux sortes d'idéations, à partir de l'Automatisme Mental, vont aboutir à l'élaboration du délire.

a) Idéation du Sujet Pensant, fonction de la Personnalité Primitive, réelle du sujet.

Les caractères des sensations morbides (ineffabilité, étrangeté, non-complétude) incitent à l'Interprétation. L'explication est la réaction à des automatismes divers, réaction influencée par le caractère, les tendances antérieures du sujet (paranoïaque, jaloux, interprétatif, hyperesthésique sexuel).

b) Idéation Automatique ou Néoplasique : Personnalité Seconde.

Une bonne partie de l'idéation s'élabore mécaniquement sans le subconscient. Il règne alors à côté du sujet pensant une idéation néoplasique : Autonome, Cohérente, Progressive. C'est ce qui fait dire à de Clérambault : « au Triple Automatisme sur lequel s'est développée une idéation délirante, s'ajoute un Automatisme Idéatif de tous points pathologique ». Des processus d'irritation pourraient très bien avoir pour conséquence ces constructions mécaniques (« la forme raisonnée est inévitable dans toute pensée sans confusion »). Ainsi se constitue une Personnalité Seconde qui s'extériorise et n'est plus reconnue de la Personnalité Première du malade.

Cette Personnalité Seconde a :

1) Son langage : grossier, souvent imagé, rarement subtil ;

2) Son répertoire d'idées (presque toujours saugrenues) : lubrique, scatologique, subversif, haineux ;

3) Sa sensibilité propre : haine, lubricité, brutalité ;

4) Ses caractères particuliers : mégalomanie, hypersexualité (chez les femmes surtout).

Les données issues du raisonnement inconscient sont le plus fréquemment : nom des persécuteurs, but des persécuteurs, moyens des persécuteurs, nom de leur organisation, compliments, généalogies flatteuses, prédictions, annonces rétrospectives, scénarios, etc...

Deux caractères sont à noter dès lors :

1) Indépendance relative des deux personnalités ;

2) Echanges continuels entre les deux personnalités.

La Personnalité Seconde fournit à la Personnalité Première un certain nombre de données : informations, révélations, désignations, précisions, explications.

Elles sont source chez la Personnalité Première de manifestations idéo-affectives : émotions, discussion, etc...

A l'aide de ces données, la Personnalité Première continue et perfectionne la systématisation dont la qualité sera fonction de la valeur intellectuelle du malade. Il est à remarquer que ces troubles divers ressentis par le malade, les émotions qui les accompagnent, semblent provoquer à la longue un affaiblissement du sens critique. Les explications les plus

extravagantes sont facilement acceptées. De Clérambault voit là un retour à la naïveté des pensées ancestrales. Les influences réciproques des Personnalités montreraient une sorte d'emprise de l'idéation automatique sur l'idéation consciente. De Clérambault compare cet état à « une sorte de Délire à Deux où le psychisme le plus fruste domine l'autre parce qu'il est plus inventif et plus tenace ».

A une période avancée de la maladie, les symptômes du début sont parfois oubliés. Le « roman » domine à ce moment le tableau clinique et préoccupe avant tout le malade : « il est dans la nature humaine d'expliquer plutôt que d'exposer ». Toutefois, quand le sujet s'y prête, on retrouve toujours les phénomènes initiaux (Echo de la Pensée, Enonciation des Actes, Pensée Devancée, Non-Sens, etc...) de l'Automatisme Mental qui fut la première manifestation morbide.

*
**

Automatisme mental et psychose hallucinatoire chronique. — 1) Le syndrome basal ou nucléaire.

Pour de Clérambault tout délire hallucinatoire a sa source dans les phénomènes qu'il a décrits et groupés sous le nom d'Automatisme Mental, lequel constitue le syndrome basal ou nucléaire de la psychose, et non dans l'idéation ou l'affectivité. Les distinctions que l'on peut faire selon les thèmes délirants, la tendance générale hostile ou non, le degré de systématisation, sont d'ordre secondaire. L'Automatisme Mental, et le plus souvent le Triple Automatisme, est la base et la forme initiale de toute psychose hallucinatoire. Nous avons vu que l'évolution vers le délire et surtout vers la persécution n'est pas inévitable, que l'Automatisme Mental peut persister à l'état pur sans comporter d'hostilité foncière. Les Hallucinations Auditives et Psychomotrices sont tardives. L'organisation du délire est plus tardive encore.

2) L'organisation du délire.

a) Le délire-explication.

En présence des troubles si particuliers dont il est l'objet, la réaction inévitable du malade est de tenter d'en comprendre la signification et d'en expliquer l'origine. Ces investigations et les déductions qui les accompagnent seront la genèse du délire. Sa richesse, sa cohérence, seront fonction de l'intellect du sujet. De Clérambault fait observer à ce propos que, si l'intellect est souvent intact, il n'en est pas toujours ainsi ; qu'il pouvait être déficient avant l'apparition de l'Automatisme Mental ; enfin qu'il peut être altéré plus ou moins profondément par les causes mêmes de l'Automatisme Mental. (La systématisation du délire est fonction de ces altérations générales qui sont à l'origine de cas intermédiaires entre Psychoses Hallucinatoires Systématisées et Démences Paranoïdes).

b) L'orientation du délire.

Nous avons vu plus haut comment les thèmes délirants sont conditionnés par les tendances propres du sujet, les caractères de l'Automatisme Sensitif et Moteur, la tendance presque naturelle à l'hostilité provoquée par les phénomènes de l'Automatisme Mental. La prédominance d'un de ces facteurs, le rôle prépondérant joué par certains symptômes, auront une influence majeure sur l'orientation du délire.

Par exemple les idées de Persécution traduiront des manifestations morbides d'ordre exogène, tandis que des troubles d'ordre endogène aiguilleront plutôt l'explication délirante vers des idées de Possession.

c) Valeur de la systématisation.

La systématisation est fonction de l'intelligence du sujet. La maladie a la même origine et comporte le même pronostic quel que soit le degré de systématisation du délire. L'Automatisme Mental, de toute façon, est le noyau commun des Délires Hallucinatoires Polymorphes comme des Délires Hallucinatoires Systématisés Progressifs. La systématisation, pour de Clérambault, est un caractère tout à fait secondaire du délire.

3) Les symbioses.

L'Automatisme Mental est un syndrome clinique qui se suffit à lui-même et peut persister indéfiniment à l'état pur. Lorsqu'un délire s'y surajoute, ce dernier est une superstructure et son association à l'Automatisme Mental va constituer une Forme Mixte, ce que de Clérambaul appelle une symbiose. Etant donnés les différents facteurs — parmi lesquels, ainsi que nous l'avons vu précédemment, les tendances antérieures du sujet (méfiance, interprétation, optimisme, tendance imaginative) jouent un rôle particulièrement important — qui peuvent intervenir dans l'orientation du délire, nous pourrons observer des Formes Mixtes multiples : Délire Paranoïaque, Délire Mégalomaniaque, Délire Hypocondriaque, Délire Mystique, Délire Erotique, Délire d'Influence, Délire de Possession. Ainsi la Psychose d'Influence de Séglas, la Psychose Hallucinatoire progressive type Magnan sont des symbioses. De Clérambault écrit : « La Psychose de Magnan est une forme mixte comme le granit est un minéral composite ». Ici l'Automatisme Mental s'est développé sur un fonds paranoïaque. La symbiose peut d'ailleurs se compliquer :

a) D'un processus passionnel (Quérulance, Jalousie).

b) D'un fonds de perversité (Malignité, Mendicité).

A l'étude des Psychoses Chroniques de Persécution dites Systématisées Progressives il faut adjoindre celle des Psychoses Hallucinatoires d'Hyponcondrie, de Possession, d'Influence, chacune de ces symbioses étant une forme clinique définie, mais non une entité au point de vue analytique, l'Automatisme Mental constituant le trouble fondamental de chacune d'elles.

4) Psychose Hallucinatoire et Persécution.

a) L'Idée de Persécution est toujours secondaire.

Le plus souvent l'Idée de Persécution est la conséquence des tendances vaniteuses et méfiantes du sujet, qui sont les éléments de la constitution dite paranoïaque, jointes à la tendance interprétative. Parfois cependant, en dehors de toute prédisposition antérieure, l'hostilité peut être justifiée par le caractère même des troubles ressentis. De toute façon l'Idée de Persécution est secondaire. L'Idée de Persécution n'est primitive (et en même temps dominatrice et fondamentale) que dans le Délire d'Interprétation de Sérieux et Capgras et la Psychose Revendicatrice ;

« Le véritable Persécuté, c'est la chipie. C'était Xanthippe » (de Clérambault).

b) L'hostilité n'est pas la règle.

« La plupart de ces malades — déclare de Clérambault — sont conciliants, confiants, expansifs, enjoués. Ils ont toujours été ainsi. » Dans leur majorité les persécutés hallucinés ne sont pas paranoïaques. Les réactions médico-légales sont rarement leur fait. Lorsque leur caractère est dominé par des tendances imaginatives ou optimistes l'activité constructrice s'exercera plutôt dans le sens de Délires Mystiques ou Mégalomaniaques (Persécutés sans Persécution). De Clérambault a insisté sur les délires calmes et pauvres que l'on peut observer plus spécialement chez des vieilles filles inertes et débiles (Délire Inerme des Vieilles Filles) avec parfois une légère fiction érotique ou orgueilleuse (Fausses-Persécutées).

***

Automatisme mental symptomatique. — Nous venons de voir que l'Automatisme Mental est à l'origine des délires hallucinatoires chroniques quel que soit leur degré de systématisation ou leur polymorphisme. On le rencontre fréquemment en outre au cours d'affections diverses, à titre symptomatique :

Démence précoce : Il est associé aux troubles intellectuels et instinctivo-affectifs qui restent les symptômes primordiaux. Dans les formes paranoïdes l'Automatisme Mental apparaît souvent comme la dominante clinique.

Hallucinose : c'est un Automatisme Mental presque pur constitué par des hallucinations auditives instructives, l'hypermnésie, le mentisme, joints à un certain degré d'excitation intellectuelle. L'Echo de la Pensée est rare. De Clérambault résume ainsi les caractères généraux de l'Automatisme Mental dans l'hallucinose :

1) Elément idéique minimum ;
2) Elément affectif absent ;
3) Origine mécanique nette.

Alcoolisme subaigu : l'Automatisme Mental est caractérisé par l'absence de phénomènes subtils. Les hallucinations auditives sont d'emblée objectives et thématiques, généralement menaçantes. On observe souvent d'importantes manifestations d'Automatisme Sensitif, parfois le Commentaire des Actes. Dans l'ensemble les états confusionnels se caractérisent par un Automatisme Mental grossier d'emblée (suppression de la gradation idéo-sensorielle). L'Automatisme Sensitif est souvent très marqué (cocaïnisme).

Manie : l'Automatisme Mental est inconstant et peu accentué, plutôt psychique que psycho-sensoriel (mentisme, intuitions, pensées étrangères, hallucinations psychiques).

Dans de nombreuses affections mentales il peut surgir associé à des éléments confusionnels : Mélancolie, Démence Sénile, Démence Artérioscléreuse, maladie d'Alzheimer, Paralysie générale (forme sensorielle — états hallucinatoires paranoïdes ou paranoïaques post-pyrétothérapiques — Hallucinations Auditives surtout), Tumeurs Cérébrales, Encéphalite (Hallucinations Visuelles, Psychiques, Psycho-motrices — Hallucinoses), Epilepsie (soit au cours d'équivalents confusionnels, soit au cours d'épisodes délirants polymorphes dysmnésiques).

Notons en outre que des phénomènes d'Automatisme Mental ont pu être signalés dans l'hypertension intra-cranienne des méningites séreuses (Claude) et dans certains cas de Syphilis sans signes de syphilis nerveuse (Heuyer).

De Clérambault insiste sur ce fait que l'Automatisme Mental n'est pas une preuve de chronicité. Il peut apparaître à titre symptomatique au cours d'affections aiguës ou périodiques, à titre épisodique au cours d'affections chroniques (Syndrome de Passivité Transitoire). Le pronostic de l'Automatisme Mental dépend donc du cadre pathologique dans lequel il se manifeste.

***

PATHOGENIE

Pour de Clérambault l'Automatisme Mental est la conséquence d'une atteinte histologique progressive et systématique (1) du névraxe, c'est donc avant tout un syndrome neurologique.

1) Arguments en faveur d'une lésion organique.

On peut observer l'association du syndrome d'Automatisme Mental à des syndromes d'origine manifestement organique : Paralysie générale (après malariathérapie surtout), Alcoolisme Subaigu, Epilepsie, Encéphalite, tumeurs cérébrales, traumatismes (de Morsier).

2) Nature de l'agent morbide.

A l'origine de l'Automatisme Mental il faudrait admettre, comme cause occasionnelle tout au moins, un agent toxique ou infectieux, avéré ou méconnu. Ajoutons la possibilité d'une cause traumatique. Le facteur dégénérescence intervient dans certains cas.

Arguments en faveur de cette hypothèse :

a) Age moyen 40 ans.

b) Fréquente association de troubles physiologiques ou endocriniens (ménopause, Basedow, castration, etc...).

c) Parfois antécédents connus :

Intoxication exogène ancienne ;

Infections (syphilis, diphtérie, infection puerpérale, encéphalite, grippe) ;

Le Triple Automatisme est considéré par de Clérambault comme une séquelle tardive d'infection, d'intoxication ou de traumatisme.

3) Siège des lésions.

Sérieux note que des lésions de F 3 provoquent des hallucinations psychomotrices verbales avec impression de mouvements imposés. Cushing a pu produire l'illusion de mouvements volontaires chez des trépanés par électrisation rolandique. Ritti fait intervenir les noyaux optostriés. Peut-être, le plus souvent, les lésions, moins grossières, consistent-elles en altération qualitative des éléments histologiques. Pour l'hallucination « l'ébranlement factice primitif peut siéger dans un des relais interposés entre la périphérie et le centre. Le primum patiens ne serait le plus

(1) Aucune confusion, bien entendu, ne doit être faite entre les lésions systématiques, au sens neurologique du terme, et la « systématisation » du délire.

souvent ni central ni périphérique, mais intermédiaire, en général très proche du centre ». La synthèse finale serait troublée par des anomalies de transmission et l'annexion au Moi troublée par des manques et des détours. D'où le caractère d'étrangeté, d'ineffabilité, de non-complétude des sensations hallucinatoires. Ces perceptions seraient le fait d'une kinesthésie intra-cérébrale ou plutôt intraneurale : d'où impression spontanée de facticité complétée par des jugements ultérieurs. Pour de Clérambault « les hallucinations doivent avoir pour siège les zones parmi les plus élevées, celles où siège la représentation du Moi et dont l'inhibition engendre les idées de négation corporelle, la perte de la vision mentale, etc... ». Le processus aurait une marche progressive, atteignant successivement trois régions de résistance croissante :

a) Une zone idéative ;

b) Une zone sensitive ;

c) Une zone motrice.

« La solidarité du Triple Automatisme s'expliquerait par des identités structurales constituant des causes d'appel communes » : soit identité logique (analogie de fonctions) ; soit identité fortuite ; parfois simple solidarité morbide par processus de contiguïté (ex.: troubles vasculaires). La systématisation du processus histologique est conditionnée, non seulement par la notion d'identité structurale, mais aussi par la tendance propre de chaque agent causal, les modalités d'envahissement et les caractères particuliers du terrain.

a) Tendance propre de chaque agent causal.

Il est d'observation courante, par exemple, que l'action des différents agents toxiques (alcool, opium, cocaïne, etc...) sur les centres nerveux, se traduit par des phénomènes différents et caractéristiques.

b) Lois de la Hauteur, de l'Age, de la Massivité, de la Latence.

Loi de la Hauteur : les centres supérieurs sont les plus vulnérables.

Loi de l'Age : les cellules nerveuses se défendent d'autant mieux que l'organisme est plus âgé.

Loi de la Massivité : les cellules nerveuses se défendent d'autant mieux que l'attaque à repousser est plus lente (rapidité d'invasion et massivité vont de pair).

Loi de la Latence : plus la période de latence entre l'atteinte organique et la psychose sera longue, plus l'envahissement sera systématique.

A l'âge moyen de la vie (terrain électif des Délires Hallucinatoires Chroniques) où la défense cellulaire est maxima on observera plutôt les formes insidieuses et systématiques qui se localisent aux centres supérieurs, les plus vulnérables. Les atteintes rapides et massives, fréquentes dans le jeune âge (Démence Précoce), se traduisent chez l'adulte par des états confusionnels.

4) Mécanisme Physio-pathologique.

De Clérambault considère comme particulièrement typiques de l'Automatisme Mental les phénomènes anidéiques :

a) Les phénomènes d'inhibition, phénomènes négatifs (ex.: Vide de la Pensée) ;

b) Les phénomènes d'intrusion, phénomènes positifs (ex.: Jeux Psittaciques),

dont l'ensemble constitue les phénomènes d'Interférence. Ces phénomènes sont l'exagération de ce qu'on observe dans la pensée normale sous des influences diverses (fatigue, rêverie, etc...). Ils deviennent prépondérants dans la pensée pathologique. « Dans les cas extrêmes la synthèse personnelle est disjointe et même submergée par les émergences inférieures ».

De Clérambault a édifié sur le mécanisme de ces troubles une hypothèse ingénieuse : l'épine histologique aurait pour conséquence un processus irritatif dont l'effet serait la production d'influx analogue à un courant. Tout se passerait comme si des fuites de courant se produisaient qui suivraient, non seulement les voies physiologiques habituelles (d'où cohérences partielles dans les productions idéiques), mais aussi, par Dérivation, des frayages inusités (d'où résultats idéiques saugrenus), voies à l'avance sensibilisées par des habitudes abolies, des usages récents, des phénomènes de sommation. Cette sensibilisation peut être diffuse comme dans les psychoses alcooliques aiguës et subaiguës. Il y aurait donc autour de l'épine histologique une zone d'influence toute prête pour des irradiations ordonnées ou désordonnées. La Dérivation aurait pour cause des troubles chronaxiques : dystonies, syntonies.

*
**

CRITIQUES

Les théories de de Clérambault ne pouvaient manquer de se heurter à de nombreuses critiques dont beaucoup ne sont pas sans valeur. Les deux parties, clinique et pathogénique, de son Automatisme Mental, ont été vivement discutées.

1) Point de vue clinique :

a) Discussion sur la fréquence et l'époque d'apparition de certains éléments du « Petit Automatisme Mental ».

Déjà Gilbert Ballet faisait de l'Echo de la Pensée le signe capital de la désagrégation de la personnalité. Beaucoup d'auteurs, par contre, le considèrent comme peu fréquent et ne pensent pas qu'il soit antérieur chronologiquement aux hallucinations sensorielles. M. Lévy-Valensi insiste sur sa rareté et sur celle de la Pensée Devancée. L'écho pour lui serait souvent confondu avec les Commentaires de la Pensée. Rappelons, au sujet de l'ordre d'apparition des symptômes dans le temps, que, pour Magnan, les hallucinations psycho-sensorielles précédaient les hallucinations psychiques.

b) Discussion du « Délire Explicatif ».

Pour Baillarger les hallucinations précédaient le délire. Cette conviction fut également celle de Gilbert Ballet qui considérait que non seulement le délire suivait les hallucinations, mais qu'il pouvait même ne pas apparaître. Pour M. Lévy-Valensi également les hallucinations sont primitives, le délire est explicatif. Il est vrai que les contradicteurs de cette thèse peuvent se recommander du nom de Magnan pour qui le délire, interprétation du malaise initial, précédait les hallucinations. L'opinion de Magnan est défendue



par le professeur Claude et ses élèves. Ey insiste à ce sujet sur la signification et la tonalité affective des hallucinations auditives où le délire est implicitement contenu. Pour lui, de plus, le caractère de « neutralité » des phénomènes dits subtils n'est pas évident.

2) Point de vue pathogénique.

L'hypothèse pathogénique de de Clérambault, comme toutes les théories organicistes, depuis la théorie humoro-végétative d'Hesnard, la théorie de la subduction mentale de Mignard, jusqu'à la théorie cénesthopatique (1), si séduisante, de Guiraud, se heurte à la difficulté de la « preuve ». « Le terrain sur lequel elle se place exige des preuves et ces preuves elle ne les a pas encore apportées. » (Lévy-Valensi.) On a reproché à de Clérambault de parler de son hypothèse comme d'un fait quasi démontré. On pourrait lui appliquer alors, ainsi que le fait remarquer Nayrac, la phrase de Janet : « De quel droit employer un langage qui laisse supposer que vous vous êtes servi du scalpel et du microscope, et que vous avez résolu un problème colossal d'histologie et de physiologie cérébrale ? » Il ne faudrait pas cependant pousser trop loin le souci critique, et baser sur une interprétation erronée des termes, une argumentation d'apparence décisive (2).

De Clérambault, pour Ey, baserait sa théorie sur des analogies discutables. Pour cet auteur les accidents pathologiques cérébraux peuvent s'accompagner d'hallucinose ou d' « états hallucinatoires et délirants complexes où les troubles de la conscience, de la personnalité, sont au premier plan ». Pour le professeur Claude et Ey, la théorie de l'Automatisme Mental ne peut prétendre qu'à être une théorie de l'hallucinose, et seulement de l'hallucinose. Ey ne peut admettre que des lésions cérébrales puissent créer des idées ou du délire.

Est-il plus rationnel d'admettre que des lésions cérébrales soient nécessaires pour expliquer les phénomènes d'Automatisme Mental ? Lévy-Valensi répond à cette question. Pour lui, d'une part, les phénomènes anidéiques, athématiques, de l'Automatisme Mental, sont constants à l'état physiologique normal ; d'autre part, ils entrent dans la constitution de l'automatisme pithiatique (dont la nature fonctionnelle est généralement reconnue) et ce dernier peut devenir de l'automatisme pathologique durable. Leur existence ne peut donc pas prouver l'existence de lésions. M. Lévy-Valensi ne peut concevoir l'écho de la pensée comme un phénomène neurologique. A l'appui de ces objections le même auteur signale le passage possible de l'obsession (qui ne paraît pas d'origine organique) à l'idée d'influence.

(1) Pour M. Guiraud le trouble fondamental consiste en « phénomènes parasites de cénesthésie pénible et d'inquiétude » provoqués par une « atteinte légère des centres végétatifs supérieurs ». Leur attribution à une cause étrangère est due à un défaut d'intégration qui « résulte d'un défaut d'accord chronaxique entre les neurones atteints et ceux dont le fonctionnement synergique nous donne le sentiment du « moi » (cénesthopathie dystonique) ».

(2) « Les qualificatifs de basal et nucléaire, dont il se sert pour désigner l'automatisme, montrent qu'il pense que la région de l'automatisme doit être cherchée du côté des noyaux de la base ». Ceillier (« Recherches sur l'automatisme psychique ». Encéphale, avril 1927).

On le voit, les idées de de Clérambault se heurtent, surtout au point de vue pathogénique, à de sérieux arguments. Que lui opposent ses contradicteurs ? Les tenants des théories psychogènes (école du professeur Claude) expliquent les hallucinations par l'idéogénèse, sans nier une correspondance organique possible mais hypothétique.

Pour le professeur Claude, les troubles que de Clérambault appelle « petit automatisme mental », sont des phénomènes d'exagération du langage intérieur (hyperendophasie). Ils s'extériorisent sous l'influence de processus imaginatifs ou interprétatifs et donnent naissance au Syndrome d'Action Extérieure.

M. Ceillier (après Séglas) se résume ainsi : « le sentiment d'automatisme est primitif et dépasse de beaucoup les phénomènes dits automatiques. Le point de départ de ce sentiment réside, pour un certain nombre de cas, dans des modifications de l'activité et surtout de l'affectivité par le mécanisme du contraste affectif qui est à la base de la désappropriation au moi ». Cet auteur fait de plus intervenir des troubles de la volonté et le facteur prédisposition.

M. Lévy-Valensi fait également intervenir une « prédisposition tératologique cellulaire », constitution spéciale qui peut d'ailleurs être acquise (processus organiques, infections). Cette constitution peut être révélée par un facteur déclanchant (émotions, habitudes mentales, toxi-infections), d'où désagrégation et automatisme. L'automatisme mental conscient, sans conscience de l'état morbide (1), n'est autre que le Syndrome de dépossession, base des délires et plus particulièrement du délire d'influence.

Ey, après avoir reproché à de Clérambault de présenter non pas une théorie organique, mais une théorie mécanique, prétend qu'il faut envisager le problème sous un aspect dynamique. A la théorie de l'excitation il oppose l'hypothèse jacksonienne des désintégrations de niveaux : « la lésion ne crée rien, mais supprime des instances supérieures et la partie positive de la symptomatologie est faite des niveaux sous-jacents » (vie instinctivo-affective). Il ajoute : « les signes neurologiques et les signes psychiatriques sont des produits de libération correspondant aux parties de la personnalité sous-jacentes et saines..., l'hallucination n'est pas vide et neutre, mais pleine des instances inférieures, de l'instinct, de l'inconscient ».

Parmi les théories organicistes, une des plus séduisantes est celle de M. Guiraud, dont nous avons déjà parlé.

Ajoutons que les théories de de Clérambault conservent de nombreux et fidèles partisans. M. Heuyer les a adoptées et les défend avec autorité. Il affirme la réalité clinique du syndrome et son rôle initial dans l'évolution des psychoses hallucinatoires chroniques (faits d'observation). Au point de vue du mécanisme organique il oppose aux diverses objections, à défaut de preuves, le faisceau de probabilités que de Clérambault, puis lui-même, ont réuni. (Notons en particulier le cas d'Automatisme Mental survenu au cours de syphilis sans signes neurologiques ou biologiques

(1) L'automatisme mental conscient avec conscience de l'état morbide = obsession.

de syphilis nerveuse, et disparu à la suite du traitement spécifique.) M. Heuyer estime, d'autre part (réponse aux arguments de M. Lévy-Valensi), que de nombreuses manifestations hystériques ont une base organique (encéphalite) et qu'un élément organique surajouté doit expliquer le passage de l'obsession à l'idée d'influence.

***

CONCLUSION

De Clérambault a édifié un syndrome clinique, une conception originale des délires hallucinatoires chroniques, une théorie pathogénique des plus intéressants, tant par l'étude complète et la synthèse symptomatologique que par la hardiesse des hypothèses émises. Ses théories étiologiques, organiques par excellence, apportent leur contribution à la tendance organiciste à intégrer la psychiatrie à la pathologie générale. Elles se heurtent à de nombreuses objections et surtout à celles — inévitables — de l'école psychologique. De nombreuses théories sont proposées, toutes aussi capables de satisfaire ou de mécontenter l'esprit selon ses tendances propres. Aucune d'elles ne peut s'imposer scientifiquement. « Les théories psychologiques de l'Automatisme Mental ne sont pas contrôlables — dit Lévy-Valensi — les théories organicistes n'ont pas fait leurs preuves. » De toute façon c'est à de Clérambault que revient le mérite d'avoir à nouveau dressé, l'une contre l'autre, les écoles psychologique et organiciste, et d'avoir ouvert un débat où le choc des idées ne peut être que profitable à la science.

BIBLIOGRAPHIE

De Clérambault et Porc-Her. Automatisme mental et scission du moi, *Soc. clin. de méd.. ment.*, 19 avril 1920.

Sérieux et Codet (discussion : de Clérambault). Un délire de persécution bienveillante, *Soc. méd.-phsychol.*, 29 décembre 1923.

Revault d'Allonnes (discussion de Clérambault). Psychose verbo-motrice à trois phases cyclothymiques, *Soc. méd. psychol.*, 29 décembre 1923.

De Clérambault. Les Psychoses hallucinatoires chroniques (analyse), *Soc. clin. de méd. ment.*, 21 janvier 1924.

De Clérambault. Psychoses à base d'automatisme et syndrome d'automatisme mental, *Ann. méd.-psychol.*, février 1927.

Ceillier (A.). Recherches sur l'automatisme psychique, *Soc. de psych.*, mars 1927. Encéphale, avril 1927.

Lévi-Valensi (J.). L'automatisme mental dans les délires systématisés chroniques d'influence et hallucinatoires. Le syndrome de dépossession, *Rapport de psychiatrie, Congrès des méd. alién. et neurol. de France et des pays de langue française*, Blois, juillet 1927.

Nayrac (Paul). L'automatisme mental, *Rapport de psychiatrie, Congrès des méd. alién. et neurol. de France et des pays de langue française*, Blois, juillet 1927.

Heuyer (G.). Conférences sur l'automatisme mental à la Soc. de méd. ment. de Belgique, mai 1934.

Ey (H.). La discussion de 1855 à la Société médico-psychologique sur l'hallucination et l'état actuel du problème de l'activité hallucinatoire, *Ann. méd-psychol.*, avril 1935.

Ey (H.) et Rouart (J.). Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuro-psychiatrie, *Encéphale*, mai, juin, juillet, août 1936.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 6 avril 1937)

La récupération des enfants déficients. — MM. A. Loir et Legangneux (du Havre). En vue d'apporter un palliatif à la crise de la natalité et pour remettre en valeur un trop grand nombre de déficients qui sont une charge pour la collectivité, il serait nécessaire :

Que la législation actuellement en vigueur soit adaptée en vue de la récupération des enfants déficients de l'intelligence de la motricité, du sens moral de la parole et de l'ouïe, pour permettre à ces catégories de malades une activité sociale compatible avec leur degré d'éducabilité et d'utilisation.

Que la création d'organismes spéciaux de réadaptation soit envisagée et vise non seulement l'instruction, mais l'application de traitements médicaux ainsi que l'apprentissage de différents métiers.

Que l'assistance aux anormaux sensoriels, moteurs ou psychiques, soit appliquée au même titre que l'assistance aux malades et aux aliénés.

Une statistique de réactions à la tuberculine chez des infirmières de Paris. — *Pourcentage élevé de réactions négatives.* — MM. Jean Troisier, Maurice Bariéty et Paul Nico ont étudié la sensibilité à la tuberculine de cent infirmières, âgées de 19 à 30 ans, après un ou plusieurs stages hospitaliers. Lorsque la cutiréaction était négative, on pratiquait une intradermoréaction, d'abord avec 0 cc., 1 d'une dilution de tuberculine brute à 1 p. 100 (1 milligramme) et ultérieurement avec la même quantité d'une solution à 1 p. 10 (1 centigramme).

Dans ces conditions, 28,5 p. 100 de l'effectif jusqu'à 23 ans, et 15 p. 100 de 23 à 30 ans, ne réagissent absolument pas à la tuberculine.

Ces constatations soulignent la haute valeur clinique des réactions tuberculiniques, même chez le jeune adulte.

Elles confirment que l'étude nosologique du début de la tuberculose de l'adolescent doit être faite en tenant compte de la date du virage de la réaction à la tuberculine.

Elles montrent enfin la nécessité de rechercher toujours avec la même énergie la source des contages infectants, trop souvent la cause de virages tardifs de la cutiréaction, avec ou sans lésions viscérales, et de prendre les mesures préservatoires indispensables.

Hygiène des piscines. — M. Y. Kermorgant. — Sans exagérer les dangers que font courir les piscines, il est cependant incontestable que leur fréquentation est responsable d'un certain nombre de rhino-pharyngites, d'otites et de conjonctivites. L'auteur préconise un certain nombre de mesures à imposer dans la construction et l'alimentation en eaux courantes des piscines. Pour faire l'éducation du public rebelle aux mesures d'hygiène collective les plus élémentaires, il propose d'assermenter un moniteur par piscine. Celui-ci, véritable garde de l'hygiène, aurait ainsi le moyen de faire observer les règlements à instituer. La réglementation des piscines municipales ou privées étant laissée à l'initiative ou, il faut le reconnaître, au bon vouloir des exploitants, l'auteur demande qu'une législation des piscines, valable pour la France entière, codifie les mesures d'hygiène indispensables.

Essai d'une méthode nouvelle de désensibilisation du cancer épithélial des premières voies digestives chez l'homme. — MM. Blum et Grimaud (note présentée par M. Lemaître).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. gén. d'imprimerie et d'édition, 17, rue Cassette.

N° 30. — MERCREDI 14 AVRIL 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : **Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ÉTRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTES DES HÔPITAUX. — Epreuves sur titres.

Séance du jeudi 8 avril 1937 à 16 h. — Notes obtenues : MM. les docteurs Falcoz, 9 ; Moro, 5 ; Humbert, 10 ; Bernard, 8 ; Strouzer, 6 ; Brunet, 9 ; Mme Baude, 10 ; MM. Corbier, 7 ; Lebouchard, 7 ; Frain, 10 ; Peuteuil, 9 ; Mme Tedesco, 9.

Faculté de médecine de Paris. — PROSECTORAT. — *Jury* : président : M. Roussy ; MM. Pierre Duval, Ombrédanne, Chevassu, Mocquot, Rouvière, Hovelacque, Binet, Petit-Dutaillis.

Liste des candidats : MM. Caby, Calvet, Chevallier, Chigot, Delinotte, Fontaine, Judet, Lazard, Léger, Leuret, Mialaret, Olivier, Rousseau, Roux.

Epreuve écrite d'anatomie. — Question donnée : trompes utérines et ligaments larges (anatomie macroscopique).

Epreuve écrite de pathologie chirurgicale. — Question donnée : Les calculs du cholédoque. Symptômes et diagnostic.

Epreuve écrite de biologie. — Question donnée : Les lésions de l'inflammation tuberculeuse.

ADJUVAT. — Jury : Président : M. Gosset ; MM. Hovelacque, Olivier, Richet, Mathieu, Mocquot, de Gaudart d'Allaines.

Liste des candidats : MM. Barcat, Benassy, Billard, Cauchoix, Champeau, Coldefy, Cordebar, Debidour, Denoix, Guénin, Laigle, Laurence, Lecœur, Lortat-Jacob, Mazingarbe, Mathey, Monsaingeon, Morel-Fatio, Nardi, Netter, Nordman, Picard-Leroy, Rouvillois, Sarradin, Simon, Thomeret, Tissot, Verne.

Epreuve écrite d'anatomie. — Question donnée : Le tronc de l'artère carotide depuis son entrée dans le rocher, jusqu'à sa division en branches terminales.

Epreuve écrite de physiologie. — Question donnée : Physiologie du système nerveux cardiaque.

Epreuve écrite de pathologie chirurgicale. — Question donnée : Kystes non parasitaires des os des membres.

TRAVAUX PRATIQUES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Une série de révision de travaux pratiques d'anatomie pathologique commencera le lundi 3 mai 1936 à 16 heures ; elle se terminera le samedi 15 mai.

Se faire inscrire au Secrétariat, guichet 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h., et se faire mettre en série au bureau du chef des travaux. Laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, sur présentation de la quittance des droits. Droit d'inscription : 25 fr.

TRAVAUX PRATIQUES SUPPLÉMENTAIRES DE PARASITOLOGIE. — Deux séries de travaux pratiques supplémentaires en vue des examens de fin d'année auront lieu à partir du lundi 26 avril, à 13 h. 30 ; du lundi 3 mai, à 13 h. 30, et se poursuivront tous les jours pendant six séances.

Ces séries supplémentaires, qui comprendront une révision de tout le programme, sont destinées :

1° Aux étudiants qui n'ont pas leurs travaux pratiques validés. Ces étudiants devront s'inscrire avant le 26 avril au

Secrétariat, guichet 4, les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures. Droit d'inscription : 1re série : 250 fr.

2° Dans la mesure des places disponibles, strictement limitées à 500, réparties dans les deux séries, à tous les étudiants ayant accompli leurs travaux pratiques, mais désirant compléter leurs connaissances en parasitologie avant l'examen.

S'inscrire avant le 26 avril, guichet 4, de 14 à 16 heures. Droit d'inscription : 80 fr.

Faculté de médecine de Marseille. — L'assemblée et le Conseil de la Faculté ont décerné les prix suivants pour l'année scolaire 1935-36 :

Prix J. et L. Jeanbernat : à M. le docteur Caubet ;

Médaille d'or des professeurs : médecine : M. le docteur Jouve ; pharmacie : M. Raybaut ;

Prix de thèse : médecine : M. le docteur Jouve ; pharmacie : M. Dumazert ; ont obtenu une mention honorable (médecine) : MM. Delphaut, Cormati, Espy, Guidoni, Lumbroso, Liotier.

Facultés de pharmacie. – Le *Journal officiel* vient de publier le décret suivant :

TITRE I

Article premier. — L'examen d'agrégation des Facultés de pharmacie est supprimé.

Article 2. — Pour être pourvu d'un enseignement régulier dans une Faculté de pharmacie, il faut justifier de l'une des conditions suivantes :

1° Etre titulaire du grade de pharmacien supérieur ;

2° Etre titulaire du grade de pharmacien et du grade de docteur ès sciences physiques ou naturelles ;

3° Avoir été institué agrégé dans la section de pharmacie d'une Faculté mixte de médecine et de pharmacie.

TITRE II

Art. 8. — L'enseignement magistral est donné à la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris par des professeurs titulaires et par des maîtres de conférences.

Art. 9. — Les maîtres de conférences de la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris ont le même statut que les maîtres de conférences des Facultés des sciences et des lettres de l'Université de Paris.

Ils peuvent être nommés professeurs sans chaire dans les mêmes conditions que ces derniers.

Distinctions honorifiques. — Le professeur R. Jemma, de l'Université de Naples, a été nommé grand-officier de l'ordre des SS. Maurice et Lazare.

Ministère de la Santé publique. — Le *Journal officiel* du 8 avril publie, p. 4024 à 4027, un décret relatif au recrutement et au statut des *médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques autres que ceux de la Seine.*

— Le même numéro contient une circulaire relative à la coordination sanitaire et sociale.

Asiles publics d'aliénés. — Un concours pour vingt emplois au minimum de médecins du cadre des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris, au ministère de la Santé publique, le lundi 7 juin 1937.

Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser à la direction de l'hygiène et de l'assistance (1er bureau), une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, de leurs états de services, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, ainsi que des pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires.

Les candidatures seront reçues au ministère de la Santé publique jusqu'au mercredi 5 mai 1937 inclus.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

— Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Pau (Basses-Pyrénées), par suite du départ de M. le docteur Carriat, appelé à un autre poste.

Sanatoriums publics. — M. le docteur Lasserre, médecin adjoint au sanatorium du département du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère) a été mis, sur sa demande, en disponibilité à dater du 10 mars 1937.

CHRONIQUE

LA PREMIÈRE THÈSE DE DOCTORAT SUR LE CAPITAINE DE FRÉGATE JEAN CHARCOT

Le docteur Albert Monnier, médecin sanitaire maritime, vient de soutenir sa thèse inaugurale devant la Faculté de Paris, sur *La vie et l'œuvre de Jean Charcot* (1867-1936).

Notre camarade Monnier, membre du Comité de l'*Association corporative des étudiants en médecine de Paris*, est un Breton des environs de Saint-Malo. Tout jeune, il a été impressionné par la vie d'aventures du grand savant parisien devenu un grand marin. Pour lui la vie de Charcot n'avait pas de secret, et c'est pourquoi la terrible catastrophe du *Pourquoi Pas ?* l'a incité à faire une thèse d'Histoire de la médecine sur le grand contemporain, victime de l'affreux drame de la mer de septembre dernier.

Le lecteur lira avec un intérêt passionné tous les chapitres de Monnier qui ont nom : le Roman de la Vie de Charcot, l'Homme, Son Œuvre et le récit des diverses expéditions depuis 1903 jusqu'à 1936 indiquant les diverses terres découvertes par le courageux explorateur.

« Nous avons essayé de faire revivre une noble et attachante figure que nous avons connue et aimée », conclut Monnier, qui ajoute : « Sa vie est belle comme les romans d'aventures qui enchantèrent notre enfance. »

Cette thèse vient à son heure. Elle montre que son auteur sait faire admirer un grand citoyen qui a su et voulu honorer son pays, la France, dont il a accru le prestige aux yeux de l'étranger.

Le docteur Monnier va débuter dans sa carrière maritime sous d'heureux auspices ; l'*Association corporative* lui adresse ses félicitations et ses vœux.

MAURICE MORDAGNE.

A PROPOS D'UN CAS DE GANGRÈNE JUVÉNILE DU MEMBRE INFÉRIEUR

PAR MM.

LEFEBVRE et **RIEUNAU**

professeur agrégé — chef de clinique

à la Faculté de médecine de Toulouse

Nous avons eu l'occasion d'observer, en août 1936, un cas qui nous a beaucoup frappés.

Il s'agissait d'un jeune homme d'une quinzaine d'années, qui, au cours d'un épisode infectieux mal défini, a présenté une gangrène segmentaire du membre inférieur droit limitée très exactement au territoire de l'artère tibiale antérieure. En raison des phénomènes infectieux très graves, en raison de la violence du syndrome douloureux, en raison de la multiplicité des troubles circulatoires : le diagnostic d'artérite aiguë avait été posé et tous les consultants appelés au chevet de notre malade avaient porté un pronostic fatal.

Contre toute attente, les phénomènes généraux s'amendèrent, la gangrène se limita, et une simple amputation de jambe au 1/3 moyen aboutit à une cicatrisation par première intention. La guérison avec retour à la normale s'ensuivit et s'est maintenue depuis lors.

Ce malade pose un triple problème :

1° *Problème diagnostique ;*

2° *Problème anatomo-pathologique ;*

3° *Problème thérapeutique.*

Envisageons le problème diagnostique. Il est fondé sur l'observation, la voici :

Les éléments de cette observation ont été recueillis par M. Marcel Grimoud, Interne du Service.

Il s'agit d'un adolescent de 16 ans, Marcel L..., cultivateur, entré le 3 août 1936, Salle Saint-Maurice, à l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

Vers le 10 juillet 1936 avait débuté brusquement un état infectieux avec arthralgies, étiqueté rhumatisme articulaire aigu et traité par le salycilate de soude. Cet état est allé en s'atténuant jusqu'au 2 août.

Après deux jours d'apyrexie et d'indolence, le malade a été pris d'une douleur brusque, lancinante, pongitive, profonde au niveau du gros orteil gauche, très rapidement cyanosé.

Le malade est admis le 3 août 1936 à l'Hôtel-Dieu, dans le Service de notre Maître, le Professeur Mériel.

A ce moment, le malade est prostré, avec des paroxysmes douloureux qui lui arrachent des cris. Le maximum des douleurs siège au niveau de l'avant-pied, mais s'irradie jusque dans le mollet, qui est œdématié et douloureux à la palpation. La face dorsale du pied gauche est bleuâtre. Tout le gros orteil est noir. Il n'y a pas d'adénopathie. On ne sent pas le pouls à la pédieuse, mais c'est un signe négatif car il est imperceptible du côté opposé également. Le pied dans son ensemble est froid, le moindre contact arrache des cris au malade.

Toute tentative de recherches oscillométriques est impossible sur un malade indocile, se débattant à la tentative la plus minime.

Le 4 août, les douleurs sont calmées par l'air chaud, la morphine, l'acétylcholine. Un examen complet est possible :

Le malade est un adiposo-génital, avec hypoplasie génitale, bassin à type féminin, tissu cellulaire sous-cutané très abondant.

On ne trouve rien d'anormal au niveau de ses différents appareils, en particulier au niveau du cœur.

La température oscille autour de 39°. Le pouls est à 120.

Les urines sont fortement uratiques.

L'état général est mauvais.

Le malade se présente comme un grand infecté, avec une gangrène progressive de l'avant-pied.

Peu à peu, dans les jours qui suivent, l'état général étant toujours aussi grave, s'installe progressivement une gangrène qui gagne toute la face dorsale du pied, à l'exception du bord externe. La plante est entièrement respectée, ainsi que le talon.

La plaque gangréneuse gagne peu à peu la face antérieure de la jambe, sans déborder les malléoles sur les côtés et se stabilise avec une topographie qui correspond très exactement au territoire de l'artère tibiale antérieure, poussant une pointe cutanée effilée jusqu'à la moitié de la face antérieure de la jambe.

En même temps, le mollet est très douloureux, tout le membre est chaud, œdématié jusqu'à la racine de la cuisse. Il n'y a pas d'adénopathie. Le moindre contact arrache des cris au malade.

Le 14 août apparaissent des marbrures au niveau du 9e et du 10e espaces intercostaux gauches, marbrures bleuâtres très douloureuses à la palpation. A ce moment, la température oscille entre 38°5 le matin, 40° le soir.

Le blessé est toujours un grand infecté. Puis, peu à peu, la température rétrocède, l'état général s'améliore, le membre inférieur devient indolent, l'œdème diminue et, le 22 août 1936, la gangrène ayant gardé la topographie immuable décrite plus haut, sans aucun signe d'infection locale (le membre avait été embaumé dans l'huile goménolée à 30 % dès le début), une intervention est décidée.

Elle consiste en une amputation de jambe au 1/3 moyen.

Fermeture incomplète, drainage large du moignon.

Guérison par première intention en trois semaines.

Le malade sort de l'Hôtel-Dieu le 15 septembre 1936.

Revu depuis lors et suivi par son médecin traitant, son état de santé est en tous points parfait.

Laboratoire : Séro-diagnostic négatif (T A B) Dr Dastan.

Le diagnostic posé d'emblée a été artérite aiguë au cours d'un état toxi-infectieux, et, en raison de la gravité quasi générale de ces sortes de vascularites, un pronostic fatal a été envisagé sans hésitation et toute intervention différée.

La topographie de la gangrène plaidait en faveur d'une artérite, et même d'une thrombose artérielle,

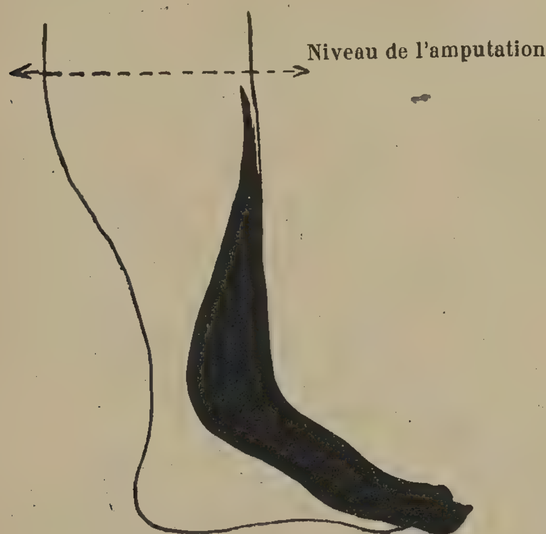
et à un moment donné l'éventualité d'une artériectomie de la tibiale antérieure avait été envisagée.

Et cependant le processus paraissait plus généralisé puisque les fonctions intestinales troublées et le météorisme indiquaient une participation mésentérique. De même que les ecchymoses intercostales ramenaient le processus jusqu'aux branches collatérales de l'aorte thoracique. De plus, l'œdème généralisé de tout le membre et au pubis était en faveur d'une participation veineuse.

Envisageons ensuite le problème anatomo-pathologique.

Voici le protocole histologique de la pièce opératoire, pratiqué par M. le docteur Garipuy :

L'examen histologique montre des lésions thrombosantes atteignant les artères et les veines des troncs tibiaux antérieurs et postérieurs.



Marcel L..., 16 ans.
Topographie de la gangrène.

Au niveau des artères, les lésions atteignent uniquement l'endartère. Il existe, en effet, une lésion proliférative des cellules endothéliales, sur laquelle s'insère le thrombus. Celui-ci est bien organisé, occupe la presque totalité de la lumière du vaisseau, il est formé de boyaux concentriques constitués de cellules du type histiocytaire et contient de gros amas de pigments bruns dus à la désintégration des globules rouges. Ces boyaux sont réunis par du tissu conjonctif jeune et l'on note quelques rares dépôts fibrineux. Il existe enfin des ébauches de néo-vaisseaux à l'intérieur du caillot.

La lame élastique interne est modifiée dans sa structure, elle est, en effet, dissociée et l'on note quelques vacuoles vides de leur contenu, arrondies. Ces vacuoles correspondent très probablement à des dépôts lipidiques dissous au cours de l'inclusion dans l'alcool et le xylol.

La couche moyenne est épaissie, mais sans sclérose et sans infiltration cellulaire anormale ni œdème.

Au niveau de l'adventice et tout autour de l'artère, il existe une infiltration très peu abondante, formée de cellules lymphocytaires.

La thrombose veineuse est totale. Le caillot est constitué de globules rouges reconnaissables au point de vue forme, inclus dans un tissu conjonctif assez pauvre en cellule et dans de la fibrine. La néo-vascularisation est très poussée et il existe de nombreuses fentes vasculaires. Les éléments cellulaires sont rares, formés uniquement d'histiocytes.

Les troncs nerveux semblent normaux.

Les vaisseaux du tissu musculaire et du tissu graisseux ne sont le siège d'aucune modification de leur tunique interne. On note quelques rares nodules périartériels formés de polynucléaires neutrophiles et d'histiocytes.

En résumé : Lésions de thrombose artérielle et veineuse, bien organisées, donc de date assez ancienne. La thrombose prend le pas sur l'endartérite qui est elle-même à prédominance dégénérative.

Diagnostic histologique. — Une artérite aiguë ou subaiguë ne peut être en cause étant donné l'absence d'infiltrats abondants, de lésions périartérielles importantes.

Les deux diagnostics à discuter sont constitués par la thromboangéite de Buerger et l'endartérite dégénérative. Malgré l'importance des lésions veineuses, il semble que le diagnostic de maladie de Buerger soit à éliminer. En effet, la maladie de Buerger est une angéite avec lésions du type inflammatoire, réaction giganto-cellulaire, infiltration de toutes les tuniques, et, ultérieurement, sclérose. Il n'en est rien dans le cas présent, les lésions d'artérite sont surtout des lésions d'endartérite dégénérative avec thrombose très marquée, et inclusion de corps gras dans la lame élastique interne qui est dissociée tels qu'on les retrouve dans l'artérite sénile athéromateuse. Les lésions veineuses ne militent pas contre ce diagnostic, car elles sont fréquentes dans les artérites juvéniles.

Conclusion : endartérite oblitérante progressive ou athérome juvénile.

Ce protocole histologique nous a un instant surpris, car à l'examen de la pièce au point de vue macroscopique, nous avions été frappés par le fait que les veines étaient thrombosées et les artères entièrement vides de sang et nous en avions conclu qu'il s'agissait peut-être de ces thromboses veineuses à symptomatologie d'artérite sur lesquelles Frieh dans sa thèse de Lyon en 1935 et, plus récemment, Wertheimer et Frieh dans le *Journal de Chirurgie* avaient attiré l'attention.

En réalité, l'examen histologique nous a détrompés. Il s'agissait d'une panvascularite intéressant à la fois les veines et les artères, et nous étions en présence d'un cas analogue à ceux qui ont été rappelés en mars 1936 à la Société de Chirurgie de Marseille par Carcassonne et Figarella.

Evidemment, nous n'avons pas fait l'artériographie et on peut nous en tenir rigueur, mais ce procédé d'investigation n'est pas inoffensif et, de plus, avec un malade profondément infecté, chez qui l'oscillométrie a été rendue impossible par le facteur douloureux du syndrome, nous ne pensons pas, comme y a déjà insisté Métivet, que ces recherches soient indispensables ni sans danger pour le malade.

Il était donc, au point de vue anatomo-pathologique, bien difficile de préciser le point de départ de la vascularite initiale.

Nous avons cru bon de ne pas suivre les directives classiques dans un tel état de choses, en l'espèce l'amputation d'emblée et bien au-dessus des lésions. Instruits par de précédents désastres dans des cas à peu près analogues, nous avons estimé que nous nous trouvions devant l'alternative suivante : ou bien pratiquer sur un sujet shocké au maximum une opération grave et sans doute fatale, ou bien laisser évoluer spontanément vers sa fin naturelle une infection générale dont le processus gangréneux apparent n'était qu'une des moindres manifestations.

Nous n'étions donc pas d'accord avec les prescriptions énoncées par Métivet, dans son article de la *Presse Médicale* du 11 décembre 1935, qui dit : temporisation dans les cas subaigus, amputation de cuisse dans les cas très douloureux qui font soupçonner une grande étendue de la participation des masses musculaires nécrosées.

Nous avons inversé les termes de cette proposition et temporisé dans un cas très douloureux, très infecté, très évolutif ; le succès a couronné nos efforts et nous a permis, dans la mesure du possible, d'être conservateurs.

Voici donc la ligne de conduite que désormais nous estimons personnellement devoir suivre et, partant, préconiser dans les cas analogues à celui que nous venons de publier : dans toutes manifestations trophiques amenant à la mortification d'un segment plus ou moins étendu d'un membre, quand on se trouve en présence de phénomènes infectieux graves, généraux autant que locaux, il y a lieu de surseoir à l'acte opératoire radical et d'attendre que le calme se soit rétabli dans ces deux ordres de phénomènes. Il est alors très facile et sans danger d'aider au processus amorcé naturellement en pratiquant l'exérèse minima.

LIVRES NOUVEAUX

Les interventions de pratique médicale courante (*Techniques. Indications*), par Jean Olmer, médecin des hôpitaux de Marseille, P. Buisson et M. Audier, chefs de clinique médicale à la Faculté de médecine de Marseille. — Un vol. in-16 de 160 pages avec figures dans le texte, 15 fr. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris

Nombreuses sont les petites interventions que le médecin est chaque jour appelé à pratiquer au lit du malade, soit pour préciser un diagnostic, soit pour appliquer un traitement. Certes, un certain nombre de techniques sont banales, mais d'autres sont moins connues qui méritent cependant d'être couramment employées. Ce petit livre décrit, aussi simplement que possible, sans aucun développement théorique et avec le seul souci d'être pratique, les techniques de toutes les interventions médicales. Mais connaître une technique ne suffit pas, il faut encore savoir ce qu'on peut en attendre. Aussi les auteurs ont-ils cherché à préciser les résultats que fournissent les différentes méthodes, les renseignements qu'elles apportent à l'établissement d'un diagnostic en même temps que leur utilité au point de vue thérapeutique, mais ils n'ont pas manqué non plus d'en fixer les contre-indications. Ces chapitres ont été tout particulièrement développés en s'inspirant des travaux les plus récents pour permettre au lecteur d'être au courant de toutes les possibilités actuelles, mais sans que toutefois le sens critique et le bon sens aient fait défaut à leur rédaction.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LA FOUGÈRE MALE EN THÉRAPEUTIQUE INFANTILE (1)

par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Syn. — Polypodium Filix mas, Nephrodium Filix mas, Aspidium Filix mas, Polystichum Filix mas, Lastroea Filix mas.

Origine. — Il est classique de réserver le nom de fougère mâle au rhizôme, improprement appelé racine, d'une fougère de la tribu des Polypodiacées, *Aspidium Filix mas*, Swarz, plante vivace commune dans les bois et les endroits ombreux.

Caractères. — Renvoyant, pour plus de détails, aux ouvrages spéciaux, nous nous contenterons de rappeler qu'il se présente sous forme de masses compactes, de couleur brun-roussâtre, de forme conique, d'odeur désagréable, de saveur sucrée, puis astringente et amère, ayant 10 à 12 cm. de long sur 6 à 8 millim. d'épaisseur dans leur partie la plus large, et dont la surface est cachée par les bases des frondes, des débris de racines et des écailles.

D'après le Codex, il doit être « récolté en été ou au commencement de l'automne, dans les bois secs et montueux, et débarrassé de ses écailles et de ses radicelles. Il faut le renouveler tous les ans et l'employer frais ou assez récent, pour que sa couleur verte n'ait pas fait place à une teinte cannelle ».

Composition chimique. — On admet que la racine de fougère mâle contient :

1° Des principes indifférents ;

2° Des principes *actifs, solubles dans l'éther et dans les huiles : filmarone*, le plus important, et ses produits de désintégration : filicines, acide filicique.

Essai biologique.— Conseillé par les conférences d'Edimbourg (1923) et de Francfort (1925), il consiste à immerger des vers de terre (Straub) ou de petits poissons (Wasicky) dans une solution aqueuse de l'extrait à doser, saturée de magnésie, et de déterminer la concentration (normalement 0,002 %) qui amène leur mort en quelques heures. En réalité, ces méthodes sont passibles de bien des critiques (Richaud et Hazard).

Propriétés thérapeutiques. — La fougère mâle est un *anthelminthique* très efficace contre 1° les *tœnias* : solium, bothriocephalus ; 2° l'*ankylostome*, contre lequel, pour le prof. G. Pouchet, elle se montre plus active que le thymol ; 3° le *cysticerque*. M. H. Busquet a eu le mérite de montrer, d'une part, qu'introduite dans le duodénum des moutons atteints de distomatose et chez lesquels on a préalablement lié le cholédoque, la filicine tue tous les parasites hépatiques, de l'autre, qu'introduite *per os*, elle passe dans le sang, est éliminée par la bile et fait ainsi retour dans le tube digestif. Il y a donc pour elle, comme pour les sels biliaires (Schiff, Wertheimer), une véritable circulation entéro-hépatique.

Mode d'emploi. — On utilise presque exclusivement l'*extrait éthéré de fougère mâle* (extrait oléo-résineux, extractum filicis, Codex, 1920), de couleur verdâtre, de consistance semi-liquide, d'odeur nauséeuse, insoluble dans l'eau, dans laquelle on ne peut même pas l'émulsionner, mais complètement soluble dans l'éther.

Pour l'administrer dans de bonnes conditions, il faut :

1° *Mettre le malade, les deux jours précédents, à un régime* « ayant pour but de modifier les conditions de l'entozoaire et de le rendre plus facilement vulnérable pour le médicament employé. On a remarqué qu'une alimentation dans laquelle interviennent des viandes salées, l'ail, les oignons, l'échalote et, en général, tous les condiments fortement sapides, exerce une influence très heureuse sur l'issue de la cure... Aussi, quel que puisse être le peu d'appétence du sujet pour ces aliments, il faut suivre les préceptes de Bérenger-Féraud et prescrire cette alimentation spéciale au moins dans les 24 heures précédant l'ingestion de l'anthelminthique » (G. Pouchet).

2° *Connaître la dose convenable*. Tous les formulaires répètent à l'envi : 0 g. 50 par année d'âge. Avec ce calcul, on arriverait à donner 7 g. d'extrait à un enfant de 14 ans, ce qui serait une dose, sinon toxique, du moins forte. Nous préférons conseiller :

De 5 à 8 ans....................	2 g.
De 8 à 10 ans....................	3 g.
De 10 à 12 ans....................	4 g.
De 12 à 15 ans....................	5 g.

3° *Le prescrire sous forme acceptable*. Il n'y en a qu'une: la *capsule* (dosée à 0 g. 50), ce qui en exclut l'emploi chez les enfants trop jeunes : une toutes les demi-heures, le matin à jeun ; est-elle refusée, on peut essayer d'incorporer l'extrait à du miel ou à du sirop de menthe ;

4° *Administrer le purgatif convenable : calomel*, sulfate de soude ou de magnésie, scammonée, *en évitant l'huile de ricin*, qui dissout les principes toxiques contenus dans l'extrait éthéré de fougère mâle.

Les capsules de Créquy, contenant 0 g. 50 d'extrait et 0 g. 05 de calomel, si précieuses chez l'adulte, ne peuvent guère être utilisées que chez les grands enfants : elles sont, en effet, trop riches en calomel. Veut-on, néanmoins, s'adresser à ce purgatif, qui reste de beaucoup le meilleur, il faudra n'en mettre qu'un centigramme par capsule.

Accidents d'intoxication. — *Le plus souvent favorisés par l'emploi d'un purgatif huileux*, ils consistent d'abord en troubles digestifs : coliques, diarrhée, vomissements, subictère. A ces troubles s'associent bientôt de la fièvre, de la dyspnée, des symptômes de néphrite, des accidents nerveux : asthénie généralisée, insuffisance cardiaque, convulsions localisées aux membres, amaurose précoce, coma. Lewin, sur 53 cas, ne compte pas moins de 5 morts.

(1) Cf. L. BABONNEIX, *Précis de thérapeutique infantile*, Paris, 1932, in-18, p. 51. — H. BUSQUET, Circulation entéro-hépatique de la filicine; explication de son efficacité dans la distomatose du mouton. *C. R. Société de biologie de Paris*, 23, LXXXVIII, 71. — *Codex medicamentarius*, Paris, 1920, in-8°, p. 269 et 306-307. — G. POUCHET, *Précis de pharmacologie et de matière médicale*, Paris, 1907, in-8°, p. 789-790 et 794-795. — RICHAUD et HAZARD, *Précis de thérapeutique et pharmacologie*, Paris, 1935; in-18, p. 175-177 et 768-770. — M. TIFFENEAU, *Abrégé de pharmacologie*, Paris, 1931, in-8°, 3e édition, p. 89 et 139.

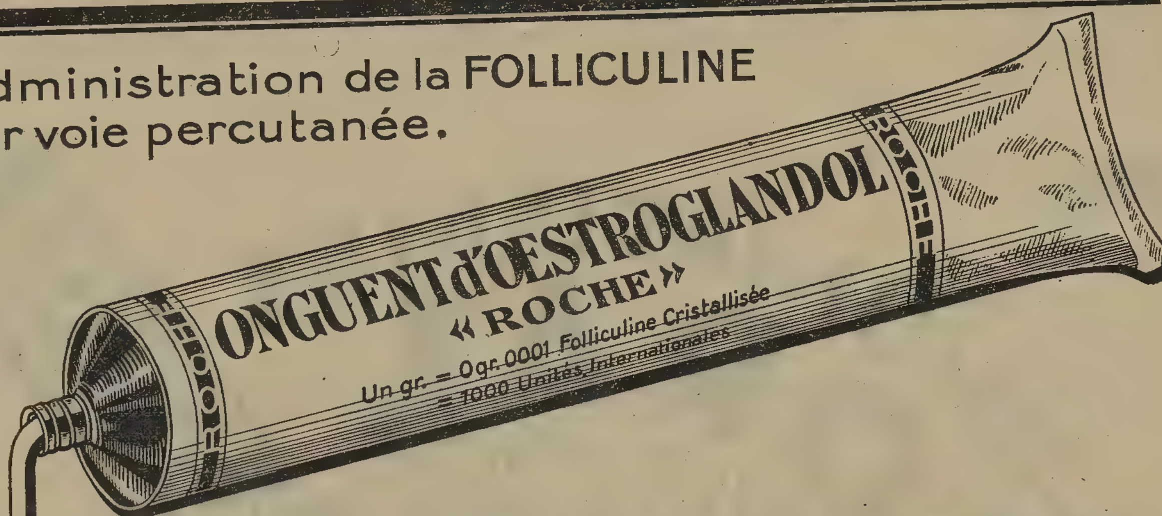
SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1937)

Hérédité du lymphosarcome de la souris dans les croisements d'hétérozygotes pour le couple de facteurs cancer-non cancer. — M. L. MERCIER. Dans les croisements d'hétérozygotes pour le couple de facteurs cancer-non cancer, le gène conditionnant la valeur oncogénique de la lignée cancéreuse se comporte comme un gène mendélien simple et récessif.

Sensibilité de la souris, du cobaye et du rat au virus parisien de la chorio-méningite lymphocytaire. — MM. P. LÉPINE, B. KREIS et V. SAUTTER ont isolé à Paris, à partir d'un élevage de souris spontanément infectées, un virus de chorio-méningite lymphocytaire, qui présente les plus grandes analogies avec les souches similaires isolées en Amérique et


ONGUENT d'ŒSTROGLANDOL
« ROCHE »
Un gr. = 0gr. 0001 Folliculine Cristallisée
= 1000 Unités Internationales



en Angleterre, mais qui offre quelques différences dans son comportement sur les animaux de laboratoire.

Siège de la virulence dans la chorio-méningite lymphocytaire. Caractères du virus. — MM. P. Lépine, V. Sautter et B. Kreis. Ce virus siège dans le sang ; la virulence est liée à un élément filtrable sur bougie Chamberland L 3, existant dans le plasma ; il se multiplie dans le névraxe et les organes dont la virulence dépasse celle du sang. Il est très fragile.

Recherches sur les effets des injections intraveineuses répétées d'extrait acétonique de bacilles de Koch chez le lapin neuf. — MM. F. van Deinse et E. Loukidis. Les lapins neufs supportent sans dommage 11 injections intraveineuses de 5 cm^3 d'extrait acétonique de B.K. chacune, à deux à cinq jours d'intervalle, contrairement à ce qu'avaient signalé A. Boquet et L. Nègre en 1929, fait qu'on peut attribuer à la qualité de l'acétone employée pour la préparation des extraits bacillaires.

Recherches sur les toxines des bacilles dysentériques. — I. Sur les principes toxiques thermostables des corps bactériens du bacille de Shiga. — MM. L. Mesrobeanu et A. Boivin. L'endotoxine thermostable du bacille de *Shiga* smooth est constituée principalement par un complexe glucido-lipidique entérotoxique, qui représente l'antigène somatique O complet du germe, et accessoirement par une protéine toxique. Le bacille de *Shiga* rough ne renferme que la protéine toxique. Le complexe glucido-lipidique répond à l'endotoxine thermostable et entérotrope de *Olitsky et Kligler.*

Recherches sur les toxines des bacilles dysentériques. — II. Sur la nature et sur les propriétés biologiques des principes toxiques susceptibles de se rencontrer dans les filtrats des cultures sur bouillon du bacille de Shiga. — MM. A. Boivin et L. Mesrobeanu ont isolé des filtrats de culture sur bouillon du *Shiga* smooth ou rough une toxine thermolabile, de nature protéique et d'action neurotrope, qui répond pleinement à l'anatoxine de *Olitsky et Kligler.* Les filtrats du *Shiga* rough ne contiennent pas d'autre principe toxique. Les filtrats du *Shiga* smooth peuvent renfermer en outre de l'endotoxine glucido-lipidique entérotrope, lorsque les conditions de culture assurent une autolyse active des bactéries. Les deux toxines peuvent aisément être séparées l'une de l'autre.

Synthèse de la vitamine C chez un insecte orthoptère en élevage aseptique. — MM. E. Wollman, A. Giroud et R. Ratsimamanga. L'organisme des blattes réalise la synthèse de la vitamine antiscorbutique qu'il contient.

Inhibition des effets de l'histamine sur l'intestin isolé du cobaye par quelques substances sympathico-mimétiques et sympathicolytiques. — MM. G. Ungar, J.-L. Parrot et D. Bovet ont constaté que l'action de l'histamine sur l'intestin isolé du cobaye est inhibée par certaines substances sympathicomimétiques (adrénaline, éphédrine) et sympathicolytiques (yohimbine, 933 F). Ces antagonismes présentent un certain intérêt pour l'identification de l'histamine avec certaines substances extraites des tissus et des liquides organiques.

Sur la floculation dans les mélanges de bouillon tétanique filtré et de sérum antitétanique. — M. G. Ramon. Le phénomène de floculation, avec son mode d'apparition, avec sa signification, sert de base à un procédé commode de mesure de la valeur antigène intrinsèque de la toxine et de l'anatoxine tétaniques.

Sur l'évaluation du pouvoir antigène intrinsèque de la toxine et de l'anatoxine tétaniques par la floculation. — MM. G. Ramon, E. Lemétayer et R. Richou. D'après les indications fournies et les résultats apportés, la méthode de floculation apparaît bien comme la méthode vraiment pratique pour évaluer le pouvoir antigène intrinsèque de l'anatoxine aussi bien que de la toxine tétaniques. Elle donne toutes facilités pour apprécier en unités antigènes la valeur de l'anatoxine tétanique.

Election. — Mlle Jeanne Lévy est nommée membre titulaire.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 29 janvier 1937)

Etude du métabolisme des protides au cours du myélome multiple — MM. Carnot, Bénard, Caroli et Kayser. Un cas de myélome multiple chez un homme de 59 ans. Les symptômes étaient : albuminurie, algies rhumatoïdes, tuméfactions osseuse et para-osseuse de la clavicule, fracture cervicale spontanée. Diagnostic vérifié par la constatation de lacunes osseuses radiologiques, d'une protéinurie de Bence-Jones, et par la ponction sternale. La radiothérapie a fait disparaître les douleurs. C'est la première observation d'une hyperprotéinémie au cours du myélome multiple. Les auteurs rappellent la fréquence avec laquelle cette maladie se complique d'une dégénérescence amyloïde systématique à l'appareil locomoteur. Le trouble profond du métabolisme des albumines serait lié à un hyperfonctionnement de la moelle osseuse qui fabrique en trop grande abondance de la protéine de Bence-Jones.

Polynévrite rhumatismale constituée au cours d'un rhumatisme articulaire et polyviscéral. — MM. Gounelle et Warter.

Anesthésie du ganglion stellaire par voie paravertébrale. — MM. J. Paraf et Dreyfus Le Foyer. Malade atteinte d'angine de poitrine très améliorée par anesthésie novocaïnée du ganglion stellaire.

Cirrhose bronzée avec infantilisme et insuffisance cardiaque. — MM. Germain et Morvan. Il s'agit d'un syndrome endocrino hépato-cardiaque de de Gennes. Ni syphilis, ni alcoolisme. Paludisme ancien, sans stigmates anciens actuels. L'antériorité de l'atteinte pluriglandulaire, apparemment congénitale, est en faveur de l'origine endocrinienne de la cirrhose.

Complications intestinales spasmodiques au cours de l'anémie pernicieuse (faux rétrécissement, subocclusion). — MM. Emile-Weil et Menestrier. Deux cas de maladie de Biermer où des complications spasmodiques s'observèrent du côté de l'intestin. Chez ces malades, des spasmes intestinaux prolongés peuvent faire croire à des rétrécissements organiques ou à une occlusion intestinale. Il faut connaître ces faits pour ne pas recourir à la chirurgie, le traitement de la maladie de Biermer et la belladone suffisant à faire disparaître les complications.

Méningite à Diplococcus pharyngis flavas III au cours des oreillons. — MM. Brunel et Derobert.

Poussée hypertensive et crise épileptiforme ayant précédé un accès de delirium tremens et une polynévrite alcoolique. — MM. Rivet et Aubrun. Homme de 43 ans admis d'urgence à l'hôpital pour des troubles vertigineux avec obnubilation. Dès son entrée, il présente une crise épileptiforme, avec tension 26-9. La tension baissa vite, mais le malade porteur d'un gros foie cirrhotique fit une crise de delirium tremens accompagnée d'une polynévrite alcoolique avec syndrome de Korsakoff. Les troubles mentaux nécessitèrent rapidement l'internement.

Lipomatose de la langue au cours d'une lipomatose symétrique. — MM. Duvoir, Pollet et Herrenschmidt. Malade porteur de lipomes multiples de la langue à prédominance unilatérale, au cours d'une lipomatose symétrique. Ce cas est extrêmement rare. L'association avec une lipomatose symétrique n'a été trouvée qu'une fois.

PRATIQUE MÉDICALE

TROUBLES DE LA DIURÈSE

Dans le *Bulletin médical* (9 janvier 1937), Imbert souligne le mécanisme d'action de l'aminophylline, dérivé xanthique très employé en France sous le nom de caréna. La comparaison de caréna avec les diurétiques mercuriels est toute en faveur de caréna. Les travaux de Curtis ont montré qu'après l'injection de caréna, la chlorémie augmentait rapidement, bientôt suivie d'une diurèse abondante, ce qui lui a servi à démontrer les relations entre la chlorémie et la diurèse.

Pour Ellinger, toutefois, l'aminophylline agirait en modifiant la tension osmotique des colloïdes du plasma. Il en résulte — que cette tension soit au-dessus ou au-dessous de la moyenne — une altération de l'équilibre osmotique entre le sang et les tissus, puis une mobilisation de l'eau, déterminant une forte élimination rénale.

D'après Winter, tandis que les diurétiques mercuriels provoqueraient une chute de la teneur en chlore du rein, et y détermineraient une réaction de défense pouvant créer une lésion du filtre rénal, l'aminophylline ne modifie que relativement peu cette teneur rénale en chlore, même au cours d'essais prolongés.

L'action diurétique de caréna, son pouvoir vaso-dilatateur spécifique sur les vaisseaux coronariens et sur les artères tubulaires et glomérulaires, son rôle important dans la protection de la réserve alcaline, son atoxicité absolue, correspondent aux indications fournies par un récent travail de J. Bonnet sur le rein cardiaque et le cœur rénal. (*La Science Médicale pratique*, juillet 1936.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 13 avril. — Jury : MM. Marion, président ; Mocquot, Terrien, Velter. — M. Fonteneau. La phénolisation du ganglion sphéno-palatin en ophtalmologie. — M. Jaupitre. Contribution à l'étude des abcès sous-uréthraux chez la femme.

— Jury : MM. Sergent, président ; Tanon, Joannon, Mouquin. — M. Dupont. Sur la durée de l'immunité antityphique conférée par la vaccination préventive. — M. Frèrebeau. Protection des habitations contre les moustiques stercoraires. — M. Matruchot. Contribution à l'étude toxicologique expérimentale des solvants volatils et en particulier du rôle des impuretés du trichloréthylène. — M. Monnier. La vie et l'œuvre de Jean Charcot. — M. Trabaud. Contribution à l'étude de la récidive des fibromes après interventions chirurgicales. — M. Brincourt. Le mécanisme nerveux de la vaso-motrice pulmonaire. (Rôle du phrénique, nerf histaminergique du poumon.)

Mercredi 14 avril. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Robert Debré, Lemierre, de Gennes. — M. Schwartz. Contribution à l'étude de la toxine staphylococcique. — Mlle Miginic. Contribution à l'étude des glaires claires dans la fécondation. — M. Bieth. Les septicémies streptococciques post-angineuses à évolution favorable.

Jeudi 15 avril. — Jury : MM. Gougerot, président ; Laignel-Lavastine, Lereboullet, Gastinel. — M. Thimonnier. Traitement de quelques affections cutanées par le bactériophage. — M. Villers. Le chancre syphilitique végétant du col utérin simulant l'épithélioma. — M. Archaimbault. Essai clinique sur les rapports de la tuberculose et des troubles mentaux. — M. Rotenberg. Contribution à l'étude de l'infection hépatique chez le nourrisson, secondaire à l'infection ombilicale. (A propos d'une observation avec radiognostic.)

Lundi 12 avril. — *Thèses vétérinaires.* — Jury : MM. Fiessinger, président ; Lesbouyriès, Maignon, Panisset, Robin. — M. Eloy. La barrière hémato-encéphalique. Influence de l'uroformine. — M. Papier. De l'entéro-immunité chez les animaux domestiques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Quelques formes cliniques de lithiase urinaire : les reins criblés de calculs — lithiase à cystine — l'expulsion des calculs urinaires — calculs urétéraux — les faux calculs des voies urinaires (thèse), par Mlle Madeleine-H. Paillard. Grand in-8° de 77 pages avec 45 figures, chez J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris (6e). 1937.

Les hépatonéphrites, par le docteur Dérot et Mme Renée Dérot-Picquet. Préface du docteur Pasteur-Vallery-Radot. Un vol. grand in-8° de 100 pages, chez J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e), 1937.

NOTES POUR L'INTERNAT

DYSENTERIE AMIBIENNE [1]

FORMES CLINIQUES

1. Nous serons bref sur les *formes suraiguës*, qui ne s'observent qu'aux colonies.

Elles peuvent revêtir des aspects *septicémiques, typhiques, cholériques.*

Elles peuvent s'accompagner d'*abcès du foie précoce.*

Toutes ces formes sont extrêmement graves et même le plus souvent mortelles.

2. Nous ne reviendrons pas sur les *formes chroniques d'emblée*, que l'on a décrites sous les noms de :

Forme entéritique,
Forme dyspeptique,
Forme pseudo vésiculaire,
Forme pseudo tuberculeuse,
Forme pseudo appendiculaire.

Elles peuvent déterminer à la longue une atteinte très marquée de l'état général.

3. Il nous reste à dire quelques mots d'une forme aiguë : la *forme cachectisante fébrile prolongée.*

Dans celle-ci, les épisodes dysentériques sont très intenses, il existe de la fièvre, une cachexie rapide, et la mort est fréquente.

4. Enfin, on a décrit des *formes associées* à la dysenterie bacillaire, à la fièvre typhoïde, au paludisme.

COMPLICATIONS

De beaucoup les plus importantes sont les *complications hépatiques.*

Aussi, chez tout malade, doit-on systématiquement surveiller le foie.

Ces complications peuvent prendre tous les degrés :

— Hépatite simple,
— Hépatite suppurée.

Elles peuvent être : aiguës, subaiguës, chroniques et torpides.

Elles peuvent apparaître d'ailleurs rarement au cours d'un épisode intestinal aigu. Elles surviennent en règle pendant les phases intercalaires et parfois très tardivement, alors que les troubles intestinaux ont disparu depuis longtemps.

Trois signes doivent toujours y faire penser chez un amibien :

L'existence de fièvre, de polynucléose, d'hépatomégalie.

[1] (Fin). Voir *Gaz. Hôp.*, n° 28, du 7 avril 1937.

A plus forte raison y pensera-t-on s'il existe des douleurs localisées à la base droite.

La radiologie pourra aider le diagnostic en montrant l'existence :

— Soit d'une voussure diaphragmatique ;

— Soit d'une tache plus sombre, arrondie ou ovalaire, en plein parenchyme.

De même, en présence de tout tableau d'abcès du foie, devra-t-on, même en l'absence d'épisode intestinal typique, penser à l'amibiase.

Le diagnostic est d'autant plus important qu'un traitement médical pourra souvent guérir à lui seul les troubles, et qu'un traitement chirurgical seul, outre les risques qu'il crée, n'empêche pas la récidive.

Nous ne ferons que citer les autres complications :

— *Abcès du poumon,*

— *Abcès du cerveau,*

qu'une thérapeutique émétinienne peut également guérir seule ;

— Complications intestinales : hémorragies, perforation (dans les formes suraiguës) ;

— Insuffisance surrénale dans les formes graves et dans les formes prolongées.

SEQUELLES

Sténoses inflammatoires du rectum ;

— Entérite chronique.

DIAGNOSTIC

Il se pose dans deux circonstances :

I. *En période de syndrome dysentérique aigu typique.*

Il se pose avant tout avec la :

Dysenterie bacillaire.

Le diagnostic repose :

1° Sur les signes cliniques :

— Début brutal ;

— Affection fébrile ;

— Selles généralement plus nombreuses ;

— Quelquefois conjonctivite. Rhumatisme dysentérique.

2° Sur les signes de laboratoire :

— Constatation du bacille dans les selles ;

— Séro-diagnostic au 1/50 pour le B. de Shiga, 1/300 pour le B. de Flexner.

Il faudra éliminer aussi une :

Colite dysentériforme aiguë.

C'est un diagnostic d'exclusion.

— Le diagnostic de la dysenterie amibienne repose essentiellement, à cette période, sur la recherche dans les selles des *amibes.*

Il faudra examiner une selle pâteuse ou liquide, non souillée d'urine, fraîche, recueillie dans un bassin chauffé pour ne pas altérer la mobilité de l'amibe.

Mais toutes les amibes ne sont pas pathogènes.

L'amibe dysentérique est caractérisée par :

— Un *ectoplasme clair,* se déformant constamment en poussant de nombreux pseudopodes ;

— Un *endoplasme granuleux* contenant un noyau peu visible.

Si l'amibe est hématophage, c'est-à-dire si l'endoplasme contient des globules rouges, la virulence est certaine.

Dans les autres cas, il faudra se baser sur :

— La grande *mobilité* de l'amibe ;

— La présence d'un noyau à chromatine périphérique et karyosome central ponctiforme sur les frottis colorés.

En cas de doute :

— Répéter les examens ;

— Inoculer au rectum du chat en obstruant l'anus de l'animal. Si l'amibe est pathogène, l'animal meurt rapidement.

II. En présence d'une dysenterie chronique, le diagnostic est beaucoup plus difficile.

Il se pose avec une colite banale, une dyspepsie banale, une cholécystite, une appendicite chronique, une tuberculose.

Le diagnostic se fera :

I. *Par l'examen des selles,* pour rechercher :

Les *kystes* de l'amoeba dysenteriae, qui sont arrondis ou ovalaires, à double contour, à quatre noyaux contenant des bâtonnets de chromidium.

Il faut les distinguer des kystes de l'amibe coli, qui :

— Ont plus de quatre noyaux,

— Sont plus grands,

— Ne contiennent pas de bâtonnets de chromidium.

Les *amibes* après réactivation par injection de cyanure de Hg, d'émétine, lavement iodoioduré.

II. *La rectoscopie ;* mais il n'y a pas d'aspect rectoscopique pathognomonique de la dysenterie chronique.

— Dans les cas les plus typiques, on trouve des lésions classiques de recto-colite ulcéreuse.

Sur un fond de muqueuse rouge, on constate des plaques blanchâtres, arrondies, formées par des fausses membranes épaisses.

Quand on les a détachées, on s'aperçoit qu'elles recouvraient une ulcération profonde, à bords décollés, à contours polycycliques ou serpigineux.

En réalité, ce schéma est très exceptionnellement observé.

— Le plus souvent, les ulcérations sont petites, superficielles, nombreuses, la muqueuse modérément congestionnée.

— Quelquefois, la muqueuse est à peine altérée, pâle, avec réseau vasculaire en mosaïque.

— D'autres fois encore, aspect de rectite hémorragique diffuse.

III. *L'épreuve du traitement,* mais :

— Il y a des amibiases émétino résistantes ;

— L'émétine, médicament admirable en tant que destructeur d'amibes végétatives, a peu d'action sur les kystes ;

— Il y a des formes associées à des parasitoses intestinales telles que spirille, lamblia, trichomonases, etc. ;

— Il y a des troubles intestinaux non parasitaires post amibiens.

TRAITEMENT

Il doit être :

Précoce : la guérison est d'autant plus rapide que le malade a été soigné plus précocement.

Intensif.

Prolongé, pour consolider la guérison.

Il comporte essentiellement trois éléments :

— L'émétine,

— Les arsenicaux,

— Le yatrem.

L'*émétine* sera prescrite dans les épisodes aigus à dose forte, 4 à 12 cgr. par jour, sans dépasser la dose totale de 1 gr. par mois ; dans les épisodes chroniques, à dose faible, 4 cgr.

Les *arsenicaux* seront associés :

Soit novar, 0,15 à 0,45, pour totaliser 3 à 4 gr.; stovarsol, 0,50 au début, 0,25 en période chronique.

Le *yatrem* sera employé à la dose de 1 à 2 gr. pendant 9 jours, soit per os, soit en lavement.

La conduite à tenir varie suivant les auteurs, mais presque tous conseillent :

En période aiguë : l'association émétino-arsenicale, l'atropine ou la belladone, les laxatifs non irritants ;

En période chronique, l'émétine à petite dose, surtout les arsenicaux, le patrem, la pâte de Ravaut.

J. FERROIR.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 31. — SAMEDI 17 AVRIL 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS. Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de médecine de Paris. — CONCOURS DU PROSECTORAT. — Séance du 12 avril. Lecture des copies. — *Anatomie.* Notes : MM. Calvet, Mialaret, 27 ; Olivier, Lazare, Rousseau, 26 ; Leuret, 25 ; Judet 24 ; Chigot, 23.

Séance du 13 avril. — *Pathologie chirurgicale.* Notes : MM. Calvet, 19 ; Mialaret, 18 ; Olivier, 17 ; Lazare, Leuret, Rousseau, 16 ; Judet, 15.

Séance du 14 avril. — *Biologie (anatomie pathologique).* Notes : MM. Calvet, Leuret, Mialaret, 18 ; Olivier, Lazare, 16 ; Rousseau, Judet, 14.

CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Séance du 13 avril. Epreuve écrite. *Anatomie.* Notes : MM. Rouvillois, 29 ; Barcat, Cauchoix, Guénin, 28 ; Debidour, Lortat-Jacob, 27 ; Coldefy, Cordebar, 26 ; Tissot, 25 ; Monsaingeon, 24 ; Benassy, 23 ; Mathey, 22.

TRAVAUX PRATIQUES SUPPLÉMENTAIRES DE MÉDECINE LÉGALE. — Une série supplémentaire de travaux pratiques de médecine légale aura lieu du jeudi 15 avril 1937 au samedi 24 avril, à 14 heures.

S'inscrire au Secrétariat, guichet 4, les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures. Droit d'inscription : 150 fr.

TRAVAUX PRATIQUES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Une série de révision de travaux pratiques d'anatomie pathologique commencera le lundi 3 mai 1937, à 15 heures ; elle se terminera le samedi 15 mai.

Se faire inscrire au Secrétariat, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

La mise en série sera faite au bureau du chef des travaux, sur présentation de la quittance, jusqu'au samedi 1er mai inclus. Passé cette date, aucune inscription ne sera plus admise. Droit d'inscription : 25 francs.

Ministère de la Santé publique. — Un poste de médecin-chef de service est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Maréville (Meurthe-et-Moselle), par suite du départ de Mlle le docteur Cullerre, appelée à un autre poste.

Universités de Paris et des départements. — *Création d'emplois.* — Les emplois ci-dessous désignés sont créés dans les Facultés et établissements de l'Université de Paris :

Un agrégé pérennisé chargé d'enseignement ou de travaux pratiques (Faculté de médecine).

Quatre assistants.

Un chef de travaux.

— Les cadres des Facultés de l'Université de Paris sont modifiés ainsi qu'il suit :

Cent cinquante-huit professeurs (y compris deux chaires de fondation).

Cinquante maîtres de conférences (sciences, lettres et pharmacie).

Quatre agrégés (droit).

Onze agrégés pérennisés chargés d'enseignement ou de travaux pratiques (médecine).

Quatorze agrégés non pérennisés chargés d'enseignement ou de travaux pratiques (médecine).

Vingt agrégés (médecine).

Trente-huit chefs de travaux.

Cent cinquante-trois assistants et assistants agrégés.

— Un emploi d'assistant de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse est supprimé et remplacé par un emploi d'agrégé.

— Un emploi d'agrégé non pérennisé chargé d'enseignement ou de travaux pratiques des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie des Uni-

versités des départements (non comprises les Universités d'Aix-Marseille, Strasbourg et Alger), est supprimé et remplacé par un emploi d'agrégé pérennisé chargé d'enseignement ou de travaux pratiques.

— Les emplois ci-dessous désignés sont créés dans les Facultés des Universités des départements :

Une chaire de physiologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

Une chaire de pharmacodynamie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

— Les cadres des Universités des départements (non compris les Universités d'Alger et de Strasbourg et la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille) sont modifiés ainsi qu'il suit :

Six cent dix professeurs titulaires (y compris quinze chaires de fondation).

Quatre-vingt-un maîtres de conférences.

Quatorze agrégés (droit).

Trente et un agrégés pérennisés chargés d'enseignement ou de travaux pratiques (médecine et pharmacie).

Trente-trois agrégés non pérennisés chargés d'enseignement ou de travaux pratiques (médecine et pharmacie).

Quarante-huit agrégés (médecine et pharmacie).

Cent sept chefs de travaux.

Cent quatre-vingt-quatre assistants et assistants agrégés.

Quatorze bibliothécaires.

Vingt-quatre agents du cadre spécial.

Quinze aides-astronomes et aides-météorologistes.

— Deux emplois d'agrégés non pérennisés chargés d'enseignement ou de travaux pratiques sont supprimés à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille et remplacés par deux emplois d'agrégés pérennisés chargés d'enseignement ou de travaux pratiques.

— Les cadres de la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille sont modifiés ainsi qu'il suit :

Deux agrégés pérennisés chargés d'enseignement ou de travaux pratiques.

Six agrégés non pérennisés chargés d'enseignement ou de travaux pratiques.

Fédération des Médecins du Front. — Le bal de bienfaisance de la Fédération nationale des médecins du front, aura lieu le samedi 24 avril, à 21 h. 30, dans les salons de l'Hôtel Continental, 2, rue Rouget-de-l'Isle.

La loterie annuelle sera tirée au cours de cette soirée.

Second Congrès de l'Enfant à la mer et à la montagne. — Le second Congrès de l'Enfant à la mer et à la montagne, qui devait avoir lieu à Pâques, a été reporté à la Pentecôte. Il sera tenu à Nice et sur la Côte d'Azur, du 10 au 17 mai. Les questions inscrites à l'ordre du jour des séances du Congrès sont groupées sous trois titres : 1° Influence du climat sur la nutrition ; 2° Modification du climat selon les lieux ; 3° Installation des collèges, maisons d'enfants, cliniques, sanatoria, etc.; éducation, instruction, soins des enfants dans ces maisons.

Le Congrès visitera les établissements pour enfants de la plage d'Hyères, de Giens et de San-Salvadour, de Saint-Raphaël et de Boulouris, de Cannes et du Cannet, de Golfe-Juan-Vallauris et d'Antibes-Juan-les-Pins, de Grasse et de Vence, de Nice, Beaulieu, Monaco, Menton.

Le Congrès a pour Président d'honneur M. Gaston Doumergue, ancien Président de la République, et pour Président actif M. Nobécourt, professeur de clinique des maladies des enfants à la Faculté de Paris.

Des réceptions seront données dans la plupart des villes du littoral. Le Congrès sera suivi de la Fête du Folklore des Provinces françaises et étrangères, à Nice. Des excursions dans les Alpes, en Corse et en Italie seront préparées. Le programme complet, avec tous les renseignements et les conditions d'admission, est envoyé sur demande adressée au Secrétariat du Congrès, 24, rue Verdi, à Nice.

CONFÉRENCES DU DIMANCHE

Hôpital Foch. — CONFÉRENCES MÉDICO-CHIRURGICALES GRATUITES, ouvertes à tous les médecins et étudiants en médecine, et faites par les médecins de l'Hôpital Foch (Les Médaillés militaires), *le dimanche matin*, à partir de 9 h. 30, dans la salle des conférences de l'Hôpital Foch, 60, *rue Vergniaud* (13e).

PROGRAMME

18 avril, 9 h. 30 à 10 h. 30 : M. A. SICARD, Les possibilités de la chirurgie dans les affections cardiaques ; 10 h. 30 à 11 h. 15 : M. THIROLOIX, Considérations sur quelques types particuliers d'hypertension ; 11 h. 15 à 12 h. : M. ANTONELLI, Quelques aspects cliniques de l'infarctus du myocarde.

25 avril, 9 h. 30 à 10 h. 30 : M. DEVAL, Les gaz de combat, détection, protection, présentation de masques ; 10 h. 30 à 11 h. 30 : M. ESCALIER, Maladie de Simmonds et maigreur hypophysaire.

2 mai, 9 h. 30 à 10 h. 30 : M. COUTELA, Valeur séméiologique des troubles pupillaires et déductions thérapeutiques qu'ils comportent ; 10 h. 30 à 11 h. 30 : M. DE SÈZE, La prophylaxie et le traitement du tétanos.

9 mai, 9 h. 30 à 10 h. 30 : M. GASTINEL, De la valeur du syndrome exanthématique dans le diagnostic des fièvres éruptives ; 10 h. 30 à 11 h. 15 : M. BRIN, Traitement de l'eczéma aigu ; 11 h. 15 à 12 h. : M. LORTAT-JACOB, La valeur des tests de guérison dans la syphilis.

23 mai, 9 h. 30 à 10 h. 30 : M. MOULONGUET, La radiologie de l'occlusion intestinale aiguë ; 10 h. 30 à 11 h. 30 : M. LE GAC, La gastrectomie dans l'ulcère duodénal, présentation d'un film.

30 mai, 9 h. 30 à 10 h. 30 : M. Pierre BOURGEOIS, Possibilités actuelles de la chirurgie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ; 10 h. 30 à 11 h. 30 : M. HAUTANT, Diagnostic de la tuberculose laryngée.

6 juin, 9 h. 30 à 10 h. 30 : M. DUFOURMENTEL, Les premiers soins à donner aux blessés de la face ; 10 h. 30 à 11 h. 30 : M. LAMY, Pieds bots congénitaux et pieds bots paralytiques, thérapeutique.

13 juin, 9 h. 30 à 10 h. 30 : M. LEROUX ROBERT, Diagnostic des vertiges et leur traitement ; 10 h. 30 à 11 h. 30 : M. RAVINA, Les avortements mortels.

20 juin, 9 h. 30 à 10 h. 30 : M. DELAFONTAINE, Azotémie et hypochlorémie. La thérapeutique chlorurante dans les azotémies ; 10 h. 30 à 11 h. 30 : M. Paul DESCOMPS, Traitement des cholécystites.

Nécrologie. — Le docteur Victor Dupont, à Paris.

— Le docteur Marcel de Lannoise, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Paris à l'âge de 69 ans.

REVUE GENERALE

LES NÉPHRITES AU COURS DE LA SYPHILIS SECONDAIRE

par

M. ALEXANDRE NÉGRÉANU, Interne des Hôpitaux de Paris. et Mme MADELEINE NÉGRÉANU, Externe des Hôpitaux de Paris.

La question des néphrites au cours de la syphilis secondaire est dominée à l'heure actuelle par un fait : la nécessité de distinguer les néphrites véritablement syphilitiques des néphrites médicamenteuses. — Cette distinction est difficile en raison de la fréquente identité clinique de ces néphrites ; elle est importante, car elle entraîne des sanctions thérapeutiques différentes.

Historique. — Plusieurs phases doivent être distinguées dans l'histoire des néphrites de la syphilis secondaire — phases qui, comme nous le verrons, correspondent en somme aux différents types de néphrite qu'on rencontre en clinique.

C'est vers 1840 qu'on parle pour la première fois de néphrite syphilitique. Rayer est le premier qui attribue à la syphilis certaines affections rénales. Blackall, Grégory, Wells, Frerichs — puis plus tard Lancereaux, Cornil et Brault, Charcot, Virchow, Finger, Bradley donnent une description presque complète des néphrites de la syphilis secondaire. En 1880, Drysdale, dans ses « Affections syphilitiques des Reins », distingue nettement les néphrites précoces des néphrites tardives.

Dans une deuxième période, autour de 1890, l'école allemande avec Fürbringer, Welanger, Lang, Guntz, met en doute le rôle de la syphilis dans l'étiologie de certaines néphrites et invoque de plus en plus l'action et les conséquences du traitement mercuriel.

Il en fut de même lors de l'apparition dans l'arsenal thérapeutique de l'arsenic et du bismuth. Néphrite par intoxication arsenicale, néphrite par intoxication bismuthique, furent tour à tour invoquées. Il est intéressant de noter qu'à la même époque Dieulafoy, tout en affirmant que « ce qui crée la néphrite chez les syphilitiques ce n'est pas le mercure, c'est la syphilis », conseillait la plus grande prudence dans le maniement de ce produit, et Davier en étudiant les lésions anatomo-pathologiques des soi-disant « néphrites syphilitiques » s'étonnait de la différence existant entre ces lésions et celles des autres syphilis secondaires (cutanéo-muqueuses par exemple).

La notion des intolérances rénales a jeté une lumière considérable sur la question des néphrites de la syphilis secondaire. Elle a permis en effet d'opposer aux néphrites syphilitiques curables par le traitement, les néphrites d'intolérance qui sont aggravées par lui. Cette distinction, souvent difficile à faire en raison du tableau clinique, qui peut être identique, domine à l'heure actuelle toute l'histoire des néphrites de la syphilis secondaire.

On peut distinguer à l'heure actuelle, parmi les néphrites survenant au cours de la syphilis secondaire :

— Des néphrites syphilitiques, imputables au tréponème et qui, comme nous le montrerons plus loin, sont en tous points superposables aux accidents cutanéo-muqueux de la syphilis secondaire. Ces néphrites peuvent guérir sous l'influence d'un traitement banal des néphrites ; elles guérissent dans la majorité des cas, sous l'influence d'un traitement spécifique bien conduit ; parfois cependant ce traitement peut donner des accidents redoutables. Ce sont les

— Néphrites médicamenteuses. Avec notre maître M. Tzanck, nous considérerons la majorité de ces néphrites, comme des néphrites d'intoléranve, les néphrites véritablement toxiques étant rares, les néphrites biotropiques, très discutables. Nous ne reprendrons pas les arguments pour ou contre chacune de ces trois théories (1). Nous étudierons successivement :

— Les néphrites syphilitiques secondaires ;

— Les néphrites médicamenteuses.

Les néphrites syphilitiques secondaires. — Le type le plus fréquent en est réalisé par la *néphrite œdémateuse* qui survient entre le 2e et le 6e mois d'une syphilis acquise, souvent en pleine efflorescence des accidents cutanéo-muqueux. Elle peut être précoce et survenir dès le premier mois ; certains auteurs (Talamon, Balzer) en ont signalé des cas de néphrites préroséoliques.

Son apparition peut être favorisée par des causes adjuvantes (alcoolisme, lésion rénale antérieure, surmenage), par le froid, en particulier.

Etude clinique. — Son début est parfois marqué par des prodromes : asthénie, fièvre légère. Plus souvent il est brusque ; rapidement se constitue un œdème qui se généralise en 24-48 heures. C'est un véritable anasarque qui infiltre rapidement les séreuses et s'accompagne d'œdème papillaire avec baisse de l'acuité visuelle et d'œdème cérébral.

L'examen des urines montre une oligurie nette avec albuminurie considérable et c'est là un des caractères essentiels de l'affection. Il est courant de trouver 10-20 gr. d'albumine par litre ; on a signalé des cas allant jusqu'à 110 gr. par litre. Les urines contiennent également des cylindres, des leucocytes, des hématies, des cellules épithéliales.

L'examen du sang fournit assez peu de renseignements. L'urée sanguine peut être légèrement augmentée, 0 gr. 70-0 gr. 80 0/00 ; le plus souvent elle est

(1) Ils ont été discutés dans de multiples travaux récents. Voici quelques-uns :

— Les néphrites de la syphilis secondaire par A. Tzanck, Mlle Jaumet et Al. Négréanu, *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 22 juin 1934.

— Les néphrites au cours de la syphilis secondaire, Le Tensorer, *Thèse Paris*, 1934.

— Les intolérances rénales, Tzanck et Cottet, *Presse Méd.*, 14 mars 1934.

— Nocivité des médicaments antisyphilitiques pour le rein, Sézary, *Presse Médicale*, 1933, p. 1035.

normale. La constante d'Ambard est un peu élevée. Enfin, pour compléter le tableau clinique nous ajouterons que l'état général est presque toujours excellent et que tout au plus, on peut noter une légère asthénie. « Le malade, très œdématié, vient à pied à l'hôpital. »

Evolution. — L'évolution de la néphrite syphilitique secondaire a donné lieu à de nombreuses controverses. En effet, il est un point qui est capital et sur lequel nous reviendrons : doit-on traiter la néphrite syphilitique comme une néphrite aiguë banale, ou doit-on, au contraire, instituer une médication antisyphilitique intense malgré les accidents possibles de cette médication ? C'est de là que sont nées toutes les discussions.

Nous pouvons schématiser l'évolution de la néphrite syphilitique secondaire de la façon suivante :

— Abandonnée à elle-même, ou traitée comme une néphrite hydropigène banale, la néphrite syphilitique guérit. Cette guérison est plus ou moins rapide mais indiscutable. Parfois elle est incomplète et il peut persister une petite albuminurie transitoire ou une constante d'Ambard légèrement élevée. Voici un cas de néphrite ayant guéri spontanément :

(Observation de Tzanck, Mlle Jammet et Négréanu, *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.*, 22 juin 1934.) — Malade âgée de 41 ans, amenée par son mari, porteur d'accidents secondaires en évolution. Elle présente des plaques muqueuses et une albuminurie à 5 grammes avec œdème des malléoles, des lombes et hydrothorax droit. Pour des raisons d'ordre intime, le mari refuse l'institution d'un traitement, quel qu'il soit, à sa femme. On revoit la malade 15 jours après ; elle est mise au régime lacté sans aucun traitement antisyphilitique. Deux semaines plus tard on constate la disparition des œdèmes. L'albumine est encore à 2 grammes. Dans les urines présence de cylindres granuleux. En raison de cette amélioration spontanée on retarde encore de 15 jours l'institution du traitement et on assiste à la disparition complète de tous les symptômes rénaux.

— L'institution d'un traitement antisyphilitique précoce et bien conduit, donne un pourcentage très élevé de guérisons rapides, en quelques semaines pour les cas légers, quelques mois pour les cas graves.

— Enfin, des accidents peuvent survenir au cours de ce traitement, accidents qui peuvent frapper n'importe quel tissu ou organe. Lorsqu'ils frappent le rein, ils viennent singulièrement compliquer le problème et dans la majorité des cas, empêchent la poursuite du traitement. Nous les étudierons à propos des néphrites médicamenteuses.

Ainsi donc, la néphrite syphilitique secondaire, est entièrement superposable aux accidents cutanés, hépatiques, etc., de la syphilis secondaire ; comme eux, souvent spontanément curable ; comme eux, bien influencée par la médication antisyphilitique.

Formes cliniques. —La forme la plus fréquente est réalisée par la néphrite œdémateuse et albuminurique, telle que nous l'avons décrite.

— Il est fréquent de voir une forme légère, caractérisée simplement par de l'albuminurie isolée.

— On peut également observer, mais c'est plus rare, la grande néphrite mixte, œdémateuse, hypertensive, albuminurique et azotémique avec urée sanguine pouvant atteindre 1-2 gr.

— Enfin au point de vue de leur date d'apparition, il faut signaler des néphrites précoces préroséoliques et des néphrites tardives, secondo-tertiaires, survenant 2-3 ans après le chancre.

Diagnostic de la néphrite syphilitique secondaire. — Le diagnostic de la néphrite syphilitique secondaire se pose de façon différente suivant qu'il s'agit d'un syphilitique reconnu et non traité, d'un syphilitique qui a déjà reçu une ou plusieurs séries de piqûres, ou d'un malade chez lequel toute notion de spécificité manque.

1. *Il s'agit d'un syphilitique reconnu et non traité.* On élimine facilement la possibilité d'une coïncidence d'une néphrite aiguë post-angineuse, grippale, etc., chez un syphilitique. D'ailleurs la coexistence fréquente d'accidents cutanéo-muqueux secondaires, d'une réaction de Wassermann fortement positive sont autant d'éléments qui permettront d'établir assez facilement le diagnostic. Au point de vue clinique, répétons-le, les meilleurs arguments seront : l'importance considérable des œdèmes et de l'albuminurie, l'existence d'une azotémie quasi normale.

2. *Il s'agit d'un syphilitique qui, au cours de son traitement, fait une néphrite.* Chez un malade qui a été correctement traité et qui a ses réactions sérologiques complètement négatives, on peut éliminer à coup sûr la néphrite syphilitique. Nous signalerons cependant une possibilité — rare d'ailleurs — d'albuminurie survenant au début d'un traitement, chez un malade ayant encore un Wassermann positif, et due à une réaction d'Herxheimer rénale. Dans ce seul cas la poursuite du traitement amène une cessation immédiate et rapide de l'albuminurie. Le diagnostic de néphrite syphilitique et celui de réaction d'Herxheimer rénale étant éliminés, reste celui de néphrite médicamenteuse. Nous discuterons plus loin ses modalités et ses conséquences thérapeutiques.

3. *Enfin, il s'agit d'un malade atteint de néphrite aiguë* et chez lequel toute notion de spécificité manque. C'est alors évidemment le diagnostic de toutes les néphrites aiguës infectieuses, toxiques, etc. L'examen approfondi, les examens sérologiques, l'étude des antécédents, permettront de faire le diagnostic.

Traitement. — La néphrite syphilitique secondaire, nous l'avons déjà dit, peut guérir spontanément ou par le simple régime déchloruré ; cette guérison peut être accélérée par l'institution d'un traitement spécifique.

Le régime sera celui de toute néphrite aiguë œdémateuse. Régime déchloruré jusqu'à la disparition complète des œdèmes. La courbe du poids sera donc un adjuvant précieux pour fixer le régime à suivre. Sézary conseille de prescrire tout au moins au début un régime végétarien pur et déchloruré. Louste recommande même de commencer par la diète hybri-

que. Signalons cependant que s'il n'y a pas d'azotémie élevée, certains auteurs laissent ces malades au régime normal.

Le traitement spécifique doit être prudent, cependant mené avec régularité et intensité comme il convient au cours d'une syphilis évolutive. Le médicament employé a peu d'importance, peut-être le bismuth est-il mieux supporté que l'arsenic. Il faudra vérifier à chaque piqûre l'absence d'albuminurie, pratiquer régulièrement des dosages d'urée, etc., afin de dépister le moindre accident dès son début.

Enfin, nous ne ferons que signaler la nécessité qu'il peut y avoir dans certains cas, à associer un traitement diurétique, tonicardiaque, etc. Nous avons vu que dans l'ensemble les résultats sont bons et que la guérison complète survient de façon assez rapide.

***

Néphrites médicamenteuses. — Les néphrites médicamenteuses ont donné lieu à de nombreuses discussions. Comme pour les autres accidents de la chimiothérapie trois hypothèses se trouvent en présence : l'intoxication, le biotropisme, l'intolérance. Disons tout de suite qu'avec notre maître M. Tzanck nous considérons la majorité de ces néphrites comme des néphrites d'intolérance ; les néphrites toxiques étant exceptionnelles, les néphrites biotropiques étant très discutables.

Néphrites d'intolérance. Leur aspect clinique est essentiellement polymorphe et plutôt que de décrire une forme œdémateuse, une forme azotémique, une forme albuminurique, une forme hématurique, etc., nous reproduirons quelques observations personnelles ou recueillies dans la littérature, qui montreront et les conditions d'apparition et les caractères cliniques de ces néphrites.

Observation de Tzanck, Mlle Jamet et Négréanu, *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.*, 22 juin 1934. — Malade agée de 23 ans, atteinte de syphilis secondaire, qui a très bien supporté une première série de novar, atteignant 6 gr. Trois mois plus tard, on recommence une deuxième série de novar ; après 0,15 gr. apparaissent des œdèmes malléolaires, néanmoins on continue les piqûres ; après 0,45 gr. surviennent des œdèmes généralisés accompagnés d'une albuminurie à 10 gr. Pendant deux mois la malade est hospitalisée et présente tous les symptômes d'une néphrite aiguë œdémateuse et albuminurique. A chaque tentative de reprise du traitement, soit par l'arsenic, soit par le bismuth, soit par le cyanure de mercure — à des doses infinitésimales — la malade présentait une nouvelle poussée, caractérisée par une augmentation des œdèmes, de l'albuminurie et de la cylindrurie.

Obs. de Tzanck, Mlle Jammet et Négréanu, loc. cit. — Malade spécifique, soignée irrégulièrement jusqu'en 1932 par du novar et du quinby qu'il a toujours bien supportés. En 1933 on recommence une nouvelle série de novar. Le malade supporte bien la première injection de 0,15 gr. A la deuxième, de 0,30 gr., il présente de légers œdèmes des membres inférieurs. Après 0,45 gr., asthénie, douleurs épigastriques, œdèmes des membres inférieurs, albuminurie. Après arrêt du traitement, suivi d'une amélioration nette, on met le malade au quinby, qu'il supporte sans accident. Mais on essaye alors prudemment un traitement au cyanure de mercure. Immédiatement, reprise de la céphalée et de l'abuminurie.

Obs. de Caussade et Regnaud, *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.*, 10 févr. 1911. — Malade âgé de 33 ans qui a présenté en 1907 un chancre syphilitique suivi de roséole et de plaques muqueuses. On avait alors institué un traitement au mercure que le malade avait mal suivi, parce qu'il le « supportait mal ». Au cours de cette période il avait présenté une albuminurie à 5 gr. avec anasarque. En 1910, le malade présente des œdèmes des membres inférieurs et de l'albuminurie. On lui fait alors une injection intraveineuse de 0,30 gr. d'arsénobenzol dans 250 cc. d'eau physiologique. A partir de ce moment, oligurie marquée, cachexie de plus en plus prononcée, aboutissant en neuf jours à la mort.

Obs. de Lesné, *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.*, 1921. — Malade âgé de 38 ans, spécifique depuis six ans, ne présentant aucun signe d'insuffisance rénale. A bien toléré trois séries de novar. La même année, après une injection intraveineuse de 0,15 gr. de novar, frissons violents, pâleur, refroidissement des extrémités. Oligurie marquée : 150 cc., albuminurie, cylindres, hématies. En quelques jours, l'urée sanguine passe de 0,48 gr. à 5,60 gr. Mort en huit jours, dans un tableau d'urémie aiguë.

Obs. de Tzanck, Klotz et Négréanu, *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.*, 12 juin 1936. — Mme W..., 38 ans, présente, lors d'un examen fortuit, un B.-W. fortement positif. Du 12 janvier au 10 février 1934, elle reçoit une première série de quinby, qu'elle supporte très bien. Une deuxième série est également bien supportée au mois d'avril. Au mois de septembre 1935, on lui fait une série de muthanol qu'elle suit régulièrement, mais signale cependant qu'après certaines piqûres elle présentait de l'urticaire et de l'œdème de Quincke. Enfin, en juillet 1935, une série de muthanol est bien supportée. Le 9 octobre 1935, elle revient demander une série de piqûres. L'examen systématique des urines montrant la présence d'albumine, la malade est immédiatement hospitalisée. Elle présente des œdèmes discrets des membres inférieurs et des douleurs lombaires violentes. L'examen du sang montre une augmentation des lipides avec inversion du rapport sérine-globuline. L'urée sanguine est normale. L'albuminurie est autour de 5 gr. Le régime déchloruré, le régime carné, le traitement thyroïdien restent sans action. On essaye avec prudence un traitement au novar. Lors d'une injection de 0,05 gr. de novar l'albuminurie monte à 12 gr., pour redescendre les jours suivants.

On revoit la malade, complètement guérie, trois mois plus tard.

De l'étude de ces différentes observations se dégagent plusieurs conclusions qui sont autant de critères permettant de considérer ces néphrites, comme des néphrites d'intolérance. Les voici, tels qu'ils ont été décrits par notre maître M. Tzanck, dans la thèse de son élève Le Tensorer.

— Ces néphrites apparaissent toujours après des doses de médicament qui sont minimes : 0 gr. 15 ou 0 gr. 30 de novar, une injection de quinby, 1/2 cc. de cyanure. La dose déclenchante est absolument imprévisible ; elle est individuelle.

— Leur aspect clinique est essentiellement polymorphe — indépendant du produit injecté et dépendant uniquement du malade ; tel malade faisant des œdèmes après une injection de novar, de bismuth ou de mercure, — tel autre réagissant par une hématurie ou par de l'hyperazotémie.

— Enfin ces néphrites coexistent souvent avec d'autres accidents d'intolérance — urticaire ou éruptions diverses.

Evolution. — Si on poursuit le traitement, l'évolution est grave. La néphrite, souvent légère au début, fera place à une forme sévère avec augmentation de l'albuminurie, des œdèmes, souvent épanchement pleural, ascite, bruit de galop, puis anurie, syndrome urémique et mort. L'observation de Caussade et Regnaud que nous avons publiée plus haut, d'autres observations que l'un de nous a publiées avec M. Tzanck (1) illustrent cette possibilité qui n'est pas exceptionnelle.

— Si on arrête immédiatement le traitement antisyphilitique, l'évolution pourra se faire de différentes façons :

a) Tantôt la néphrite s'arrête dans son évolution, puis régresse et l'évolution se fait vers une guérison complète (parfois persistance d'une petite albuminurie résiduelle).

b) Tantôt la néphrite continue à progresser pendant quelques jours, puis s'arrête et évolue favorablement vers la guérison.

— Tantôt, enfin, et cette dernière éventualité n'est malheureusement pas rare, malgré l'arrêt immédiat du traitement, les symptômes s'accentuent, l'évolution continue vers l'anurie et le malade meurt dans un syndrome azotémique. C'est d'ailleurs cette dernière éventualité qui doit attirer particulièrement l'attention. En effet de tous les accidents d'intolérance ceux à localisation rénale sont les seuls à présenter cette gravité considérable. Ceci s'explique par la fonction même du rein — fonction irremplaçable qui, si elle est suspendue même de façon transitoire, peut créer des désordres irréparables.

Diagnostic. — Le point délicat est évidemment la distinction d'avec la néphrite syphilitique imputable au tréponème. En effet, ce n'est pas sur l'aspect clinique qu'on pourra se baser — celui-ci est souvent identique dans les deux cas. Ainsi, chez un syphilitique secondaire traité, atteint de néphrite, on notera comme arguments en faveur de la néphrite d'intolérance :

— L'institution récente du traitement ou d'une médication nouvelle récente ;

— L'existence de petits accidents consécutifs à une injection antérieure et récente (urticaire, nausées, vomissements, diarrhée) ;

— L'accentuation de tous ces symptômes à l'injection suivante, si elle est pratiquée.

Par contre, on pensera plutôt à une néphrite syphilitique vraie si :

— Aucune médication nouvelle n'a été instituée dans les jours précédant la néphrite ;

— S'il n'y a pas eu des accidents digestifs, urticariens, etc., à la suite des dernières injections ;

— S'il n'y a pas eu d'accentuation des symptômes à l'injection suivante, si elle a été pratiquée.

(1) Tzank et Al. Négréanu. Formes évolutives propres aux intolérances rénales. *Bull et Mém. Soc. Méd. Hôp.*, 17 déc. 1934.

Cette distinction, sans nul doute, est extrêmement schématique. En effet, on a vu que certaines néphrites d'intolérance peuvent être tardives et survenir quelques semaines après la fin d'un traitement. L'un de nous vient de publier récemment avec M. Tzanck, le cas d'une néphrose lipoïdique d'intolérance survenue quatre semaines après la fin d'une série de Quinby. Aussi devra-t-on être extrêmement prudent et suspecter la néphrite toutes les fois qu'on a la notion d'une médication plus ou moins récente, toutes les fois que des accidents de type urticarien viennent l'accompagner.

Traitement. — Le diagnostic de néphrite d'intolérance commande avant tout l'arrêt immédiat de la médication antisyphilitique. Par ailleurs, on traitera la néphrite d'intolérance comme une néphrite œdémateuse banale. Peut-être une médication désensibilisatrice peut-elle être utile, autohémothérapie, hyposulfite de soude, injections de lait (Tzanck), etc., au même titre que dans les réactions d'intolérance cutanée.

Mais le problème le plus important est sans nul doute, la conduite ultérieure du traitement. Comment continuer à traiter ces sujets qui ont souvent encore une sérologie positive et qui ont sensibilisé leur rein à une ou plusieurs substances. Ici la plus grande prudence s'impose. Commencer toujours par essayer un autre médicament que celui qui a été à l'origine de la néphrite. Souvent, des malades qui ont fait des accidents graves lors d'une série de novar supporteront admirablement un traitement bismuthique.

Mais les cas ne sont pas rares où on se trouve en présence de « polyintolérants » faisant pour un médicament une néphrite, pour tel autre des poussées d'urticaire, de la fièvre, de la céphalée. Ces accidents surviennent souvent pour des doses infinitésimales (1/10 cc. cyanure de mercure). Dans ce cas il faut suspendre toute médication, essayer une longue désensibilisation, essayer de modifier le terrain...

***

Bien que très rares au cours de la médication antisyphilitique, nous ne saurions terminer cette étude sans parler des néphrites toxiques et des néphrites biotropiques.

Néphrites toxiques. — Les néphrites véritablement toxiques sont relativement rares au cours de la médication antisyphilitique. En effet, entre les doses thérapeutiques et les doses toxiques il reste une marge de sécurité suffisante. La dose à laquelle les accidents apparaissent est élevée et à peu près la même pour tous les individus pour un même médicament. Elle varie suivant les médicaments.

Les lésions sont proportionnelles à la dose lorsque la dose toxique est atteinte — mais avant on n'observe aucun trouble ; elles sont d'autant plus importantes que la quantité de médicament dépassant la dose non toxique est élevée

Les doses usuelles n'ont en général aucune action

toxique. Néanmoins, cette limite peut se trouver abaissée surtout quand il s'agit d'un rein antérieurement atteint (même en cas d'atteinte minime. Sézary). En général une dose toxique lèse non seulement le rein, mais aussi le foie, le cœur, etc.

Enfin, cliniquement, le tableau d'une néphrite toxique est le même chez tous les individus : La néphrite mercurielle débute toujours par une phase de troubles buccaux et gastro-intestinaux et est suivie d'une phase d'anurie avec hyperazotémie et évolution fatale.

De ces néphrites toxiques, nous rapprocherons un type spécial de néphrites qui apparaissent pour une médication d'intensité moyenne par exemple 3/4, 1/2, 1/4 de la dose toxique. C'est ce que notre maître M. Tzanck appelle néphrites par abaissement du seuil d'intoxication, cliniquement identiques aux néphrites toxiques.

En réalité toutes ces distinctions sont volontairement extrêmement schématiques. Intoxication et intolérance peuvent se trouver combinées à des taux divers et les deux processus peuvent jouer simultanément. Quelle que soit l'interprétation qu'on en donne, il faut retenir la conclusion pratique qui s'impose : l'arrêt immédiat du traitement.

Néphrites biotropiques. Nous rappelons que la théorie du biotropisme de M. Milian comprend deux éventualités :

— *Le biotropisme direct* — c'est l'exaltation au début d'un traitement de la virulence du germe de la maladie contre laquelle le traitement est dirigé. C'est une véritable réaction d'Herxheimer.

— *Le biotropisme indirect.* C'est l'exaltation de la virulence d'un micro-organisme latent quelconque sous l'influence de la médication administrée. En réalité de tels accidents semblent exceptionnels. Dans une observation rapportée par M. Milian, il s'agit d'un malade qui à la suite d'une friction mercurielle, fit une anurie qui dura huit jours. Lors de la reprise de la diurèse, on nota la présence de streptocoques dans les urines. Pour M. Milian ces accidents disparaissent par la continuation du traitement.

Conclusions. — Parmi les néphrites qu'on peut observer au cours de la syphilis secondaire il est important de distinguer les néphrites réellement syphilitiques, imputables au tréponème, des néphrites médicamenteuses. Les néphrites syphilitiques sont entièrement superposables aux autres accidents de la syphilis secondaire. Même caractère résolutif — guérison souvent spontanée — guérison hâtée par le traitement.

Les néphrites médicamenteuses sont exceptionnellement des néphrites toxiques ou biotropiques. Le plus souvent ce sont des néphrites d'intolérance qui n'ont aucune autonomie au point de vue clinique et se caractérisent essentiellement par leur apparition pour des doses minimes. Elles commandent l'arrêt immédiat du traitement.

Les néphrites toxiques sont exceptionnelles et ne se voient que chez des sujets qui ont les reins antérieurement lésés.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD. — Syphilis rénale, *Clinique et Laboratoire*, août 1927.

AUBERTIN et DESTOUCHES. — *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp.*, 11 févr. 1927.

AKIL MOUKTAR. — Sur une forme clinique particulière de la syphilis rénale, *Ann. de méd.*, janv. 1925, p. 48.

AVRAMOVICI. — Le rein dans la syphilis, *Journ. d'urologie*, juill. 1928.

BLUM. — Le rein dans le traitement de la syphilis, *Ann. mal. vénér.*, déc. 1931, p. 881.

BILLARD. — Accidents anaphylactiques localisés aux émonctoires, *Soc. des Sc. méd. de Clermont-Ferrand*, 1910.

BALTACEANU. — *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. Bucarest*, 5 avril 1922.

BARTHÉLÉMY. — *Bull. Soc. de Dermatol.*, 20 juill. 1893.

BEJARANO. — Syphilis rénale, *Ann. des mal. vén.*, juill. 1928.

BOUTELIER. — Syphilis rénale acquise. Son traitement, *Rev. méd. fr.*, 1925.

CAUSSADE et REGNAUD. — *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp.*, 10 févr. 1911.

DELAMARE. — Syphilis rénale, *Gaz. des Hôp.*, 12 mai 1900.

DUMAREST, LEBEUF, MOLLARD, PAIRE. — Intolérance au cours de la chrysothérapie, *Journ. méd. et chir. prat.*, 1932, p. 277.

DELVÉ. — *Bull. Soc. méd. Hôp.* 40 pages, 6 juin 1924.

DARIER. — *Bull. Soc. dermat. et syph.*, 20 juill. 1893.

DARIER et HUDELO. — Syphilis rénale précoce, *Bull. Soc. fr. Dermat.*, IV, 1893.

DELORE. — Syphilis rénale précoce, *Provence méd.*, 31 août 1895.

ETIENNE. — Syphilis rénale précoce, *Ann., Dermat. et Syph.*, 1895.

N. FIESSINGER. — *Bull. Soc. méd. Hôp.*, 6 juin 1924. — Néphrites syphilitiques, *Journ. des Practiciens*, 1924, p. 573.

FORDYCE. — *Journ. of cutan, disease*, avril 1897.

FOULQUIER. — *Thèse Montpellier*, 1897.

FOURNIER. — *Leçons sur la syphilis*, Traité, p. 736.

FARRAUD. — Le traitement spécifique des néphrites chroniques du type azotémique chez les syphilitiques, *Thèse Paris*, 1925.

GOUGEROT, COHEN et UHRY. — Anaphylaxie à l'or, *Bull. Soc. Derm.*, 1929, p. 366.

GIACARDY. — Un cas de mort après une injection intraveineuse de 0 gr. 30 de novar, *Bull. Soc. Dermat.*, 10 avril 1924.

GALLIOT. — Mort par néphrite hémorragique au cours d'un traitement bismuthé, *Bull. Soc. Dermat.*, 10 mars 1927.

GOUGET. — Syphilis rénale, *Gaz. des Hôp.*, nov. 1909.

GAUCHER et DURELLE. — Syphilis des reins, *Encyclopédie d'Urologie*, 1914.

HEIMANN (V.). — Danger des médicaments antisyphilitiques chez les rénaux, *Thèse Paris*, 1933.

HUTINEL. — Néphrites dans la syphilis, *Arch. de Méd. des Enf.*, 1922.

JACCOUD. — Néphrite syphilitique, *Semaine méd.*, 13 juin 1894.

KOHEN. — Néphrites anaphylactiques, *Thèse Paris*, 1931.

LESNÉ. — *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp.*, 1921, p. 399.

LOUSTE. — *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp.*, 6 juin 1924.

MAY-KAPLAN, BOLGERT. — Azotémie aiguë post-arsénobenzolique avec rétention chlorurée, *Bull. Soc. méd. Hôp.*, 1929, p. 646.

MILHIT et FOUQUET. — Néphrite anaphylactique, *Gaz. méd. France*, 1932, p. 655.

MILIAN. — *Bull. Soc. Dermatol.*, 10 mars 1927.

PASTEUR-VALLERY-RADOT. — *Journal des Praticiens*, 1921.

PANNETIER. — *Thèse Paris*, 1892.

PINARD. — Néphrite avec azotémie chez un syphilitique ancien. Amélioration par le novar, *Bull. Soc. méd. Hôp.*, 1919, p. 779.
PARAF, CHATRON, ABARA. — Néphrite aiguë consécutive à l'injection d'un vaccin polymicrobien, *Soc. méd. Hôp.*, 1933, p. 973.
ROUSTAN. — *Thèse Paris*, 1901.
SÉZARY. — *Presse méd.*, 28 juin 1933.
SIMON (Cl.). — *Soc. Dermatol.*, 9 nov. 1922.
TZANCK, JAMMET (Mlle) et NÉGRÉANU. — *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp.*, 22 juin 1934.
TZANCK, KLOTZ et NÉGRÉANU. — *Bull. Soc. méd. Hôp.*, 12 juin 1936.
VIVES. — *Thèse Toulouse*, 1900.
WAGNER. — *Deutsche Arch. für Klin. Med.*, 1880.
WIDAL. — *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp.*, 10 mai 1907.
WIDAL et JAVAL. — *Bulletin méd.*, 20 janvier 1911.

NOTES BRÈVES SUR UN VOYAGE MÉDICAL EN ITALIE

Le professeur Cunéo, président de la section médicale du comité France-Italie, ainsi que plusieurs membres du comité directeur de la section, viennent, pendant la semaine de Pâques, de rendre visite à quelques-uns de nos confrères et amis d'Italie.

M. Cunéo était accompagné de Mme Cunéo, du docteur Jacques Bloch, chirurgien des hôpitaux de Paris, et de Mme Jacques Bloch, du professeur agrégé Pierre Delore, médecin des hôpitaux de Lyon, du docteur Sureau, accoucheur des hôpitaux de Paris, et de Mme Sureau ; du docteur et de Mme P.-N. Deschamps (de Royat) ; du docteur et de Mme Winter (de Paris) ; du docteur Martiny, secrétaire général de la section, et de Mme Martiny ; du docteur H. Biancani, secrétaire général adjoint ; du docteur F. Le Sourd, président honoraire de l'Association de la Presse médicale française ; de Mme et Mlle Le Sourd.

Enfin à Rome se joignit à nous le professeur Lereboullet.

Notre visite fut limitée à Milan, Bologne et Rome.

Partout, dans une atmosphère de cordialité que ne peuvent troubler les nuages amoncelés sur notre pauvre Europe, nous avons retrouvé des *amis* : A Milan, le professeur Mario Donati ; à Bologne, les professeurs Martinotti, Paolucci et Putti ; à Rome, les professeurs Bastianelli et Morelli. Sous leur conduite, nous avons pu voir des hôpitaux splendides, une université millénaire ; nous avons pu connaître des œuvres d'assistance admirables qui font le plus grand honneur à l'Italie et à son gouvernement.

Les voyageurs conservent avec gratitude le souvenir de l'accueil fraternel qui leur fut réservé par leurs confrères, par les universités et par le Syndicat national, dont le secrétaire et l'animateur est notre cher ami, le professeur Eugenio Morelli, le directeur du prodigieux Institut Carlo Forlanini, de Rome.

A MILAN

Les professeurs Donati, Baslini, Francesco Piccininni, Vinaj, Pallazzi accueillirent à l'arrivée le professeur Cunéo et ses collègues.

L'Institut médico-chirurgical des tramways reçut d'abord notre visite. C'est une œuvre privée, fondée en 1933 par la Mutuelle des ouvriers des trams de Milan. Ces ouvriers, pour une cotisation annuelle de 60 lires, peuvent, ainsi que leurs familles, y trouver tous les soins.

— Il y a 7.000 ouvriers, avec les familles, le nombre des personnes qui peuvent être soignées atteint 25.000, c'est la population d'une petite ville.

L'Institut est placé sous la direction du prof. Massarotti, assisté des prof. Vinaj, Radice et Riva-Rocci (le fils du regretté savant dont on connaît les beaux travaux sur la mesure de la pression artérielle).

Les services comprennent une centaine de lits disposés dans des salles de 1, 2, 4 ou 6 lits. Chaque lit possède la T. S. F. et le téléphone individuels. De la ville, on peut donc, sans dérangement, parler à un malade. Les services médicaux, chirurgicaux, ceux de spécialités, notamment la physiothérapie, la maternité sont installés avec un confort luxueux, que nous retrouverons d'ailleurs dans tous les hôpitaux italiens.

Signalons, dans le service de psychotechnique, un cabinet d'épreuve très perfectionné pour l'étude des réflexes et des réactions nerveuses des conducteurs de tramways et d'autobus.

Les convalescents, enfin, ont à leur disposition une très belle villa sur le lac de Côme.

Cet Institut est une magnifique réalisation qui mérite une admiration sans réserve.

Dopo lavoro. — Après le travail, les ouvriers italiens ont droit au repos et au délassement. Cette organisation des loisirs a été prévue dès 1925 par le gouvernement italien. Les ouvriers grâce à la carte « Dopo lavoro », bénéficient d'importantes réductions dans les théâtres, cinémas, etc.

Nous avons visité à Milan le cercle « Dopo lavoro » de la Compagnie des tramways. C'est une très belle maison ouverte tous les jours jusqu'à minuit. Les ouvriers, pour une cotisation annuelle de 4 lires 50, trouvent dans ce cercle des distractions, une bibliothèque, des cours, notamment un cours de français, un bar, un cinéma et un théâtre où tiennent à jouer les plus grands artistes d'Italie.

L'Institut de médecine légale que nous visitons ensuite date de 1934. C'est une fondation de l'Université destinée d'une part à l'instruction des étudiants, d'autre part aux expertises médico-légales. Les deux sections sont contiguës mais nettement séparées pour éviter les rencontres avec les familles des décédés. Du côté des étudiants, un magnifique amphithéâtre, des salles de travail, des laboratoires, un musée et une admirable bibliothèque, merveilleusement classée et accessible comme toutes celles que nous avons vues en Italie. Les périodiques français y sont en bonne place. Du côté réservé aux expertises, nous trouvons des frigidaires pour la conservation des corps, un décongélateur, une salle de reconnaissance, une chapelle, une salle d'autopsie. Celle-ci est très particulière. Les magistrats, qui, en Italie, sont tenus d'assister aux autopsies, prennent place dans une loge vitrée où ils sont à l'abri des odeurs. Ils peuvent voir et aussi entendre les médecins experts, grâce à un ingénieux microphone.

Puisque nous avons parlé d'odeurs, signalons qu'il n'y en a pratiquement pas, grâce à une aspiration très active qui permet le changement d'air complet trois fois par jour.

— Notons un ingénieux téléphone, manœuvré au pied, qui permet au médecin de prendre une communication au cours de l'autopsie, sans toucher à l'appareil.

Le directeur de l'Institut est le professeur Cazzaniga, qui voulut bien avec une extrême bonne grâce nous faire les honneurs de ce bel Institut.

L'Institut du Cancer, fondé en 1906, est dirigé par S. E. le prof. Rondoni, membre de l'Académie d'Italie. (On sait que l'Académie d'Italie est l'équivalent de notre Institut de France.)

A l'Institut du Cancer, les laboratoires sont largement ouverts. Tous les professeurs de l'Université interviennent,

suivant leur **spécialité**. C'est en effet, non seulement un institut de recherches, mais aussi un institut de traitement.

Guidés par S. E. Rondoni, nous traversons le vestibule où se trouve le buste de Luigi Mangiagalli, accoucheur, fondateur de l'Université de Milan, en 1910.

Nous visitons ensuite les différents laboratoires parfaitement équipés et une riche bibliothèque.

La Clinica del lavoro, clinique des maladies professionnelles, que nous visitons ensuite, a été fondée en 1910 par le sén. prof. Luigi Devoto.

Elle possède un amphithéâtre de cours de très amples dimensions. (Notons qu'un cours spécial y est fait aux ouvriers du caoutchouc.) Des salles de malades sont placées sous la direction du prof. Luigi Preti dont nous connaissons les beaux travaux sur le saturnisme, le benzolisme et l'ankylostomiase. Nous voyons ensuite des laboratoires d'analyses, de physiologie, de bactériologie, d'histologie, de physiothérapie et de roentgenologie. La clinique possède enfin une très belle bibliothèque (8.000 vol.), des archives précieuses et un musée. Elle a même un journal *La Medicina del lavoro*, que nous connaissons et apprécions. Il fut fondé par Devoto et est dirigé par Preti.

Syndicat médical. — Le syndicat provincial de Milan que nous visitons ensuite joue un peu le rôle d'une académie de médecine. Il n'a pas de président, mais un secrétaire, notre éminent et aimable confrère, le prof. Baslini. Le secrétaire est assisté d'un directoire dont fait partie le prof. Vinaj qui voulait bien nous accompagner.

Ce syndicat provincial dépend du syndicat national. Le syndicat médical, animé d'un vivant esprit corporatif, remplit, en réalité, les fonctions d'un conseil de l'ordre des médecins.

. . . .

La journée s'acheva par une visite à la Casa del Littorio où le prof. Cuzzi, représentant le secrétaire fédéral, accueillit les médecins français.

. . . .

Le soir, enfin, le syndicat provincial reçut magnifiquement le Comité France-Italie. A la fin du banquet, des toasts cordiaux furent prononcés par les professeurs Donati, Baslini et Cunéo, par notre collègue Sureau, ancien combattant de Monte-Tomba, et par Martiny.

L'Ospedale Maggiore (1). — La matinée du deuxième jour fut consacrée à une séance opératoire dans la belle clinique du professeur Donati. Le maître pratiqua avec une très grande rapidité, très simplement, sans un mouvement inutile, plusieurs opérations : thyroïdectomie pour goitre ; cholécystectomie, néphropexie, deux gastrectomies successives pour ulcère,

A noter : l'anesthésie locale pour la chirurgie gastrique est précédée d'une anesthésie de base excellente faite par voie intraveineuse avec du bromopial-scopolamine. L'anesthésie du malade est très complète.

Comme instrumentation particulière, M. Donati a fait construire un ingénieux appareil plicateur du duodénum, qui fait gagner beaucoup de temps. Ce qui frappe le plus, c'est la rapidité des sutures intestinales, grâce à des aiguilles courbes de grandes dimensions tenues à la main.

Les opérations se déroulent sans perte de temps dans deux salles jumelées, l'une d'elles a une tribune vitrée pour les assistants.

(1) L'osp. Maggiore, dont la partie ancienne est un des chefs-d'œuvre de l'architecture ambrosienne du seizième siècle, comporte 3.000 lits; les hôpitaux des Fatebene Fratelli et des F. B. Sorelle, 1.200 lits; les Chronici, 3.000 lits; l'Ist. Palassolo, 1.000 lits. Il faut ajouter encore divers hôpitaux dont celui des Enfants. Rappelons que la population de Milan, deuxième ville de l'Italie, est d'environ 1.200.000 habitants.

Après la séance opératoire, un très élégant déjeuner fut offert par le prof. Donati et Mme Donati, dans le noble hôtel du XVIIe siècle, où ils habitent et dont on trouverait difficilement l'équivalent en France.

Tout ce que nous avons vu dans la cité ambrosienne et l'accueil que nous y avons reçu nous laissèrent une vive impression.

(*A suivre.*) F. LE SOURD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 AVRIL 1937)

Etude comparée des réactions tuberculiniques chez les enfants vaccinés au B C G (voie buccale) et chez les non vaccinés. — M. P. Armand-Delille, Mme Banu, M. Ch. Lestocquoy ont étudié les réactions tuberculiniques, cuti-réaction et intra-dermo-réaction, chez 1.048 enfants suivis à l'hôpital des Enfants-Malades, ainsi que dans une consultation de nourrissons et une pouponnière.

Parmi ces enfants, 119 avaient reçu du B C G par voie buccale à la naissance, dans les conditions habituelles.

Ils n'ont constaté, sur 134 nourrissons vivant dans des milieux sains, qu'un seul cas de cuti-réaction positive.

Par contre, chez 278 nourrissons et jeunes enfants observés à l'hôpital, tant à la consultation que dans les salles de malades, ils ont trouvé une proportion de 12 p. 100 de cuti-réactions positives.

Chez les vaccinés, les nourrissons vivant en milieu sain ne réagissent pas à la tuberculine dans une proportion plus forte que les non vaccinés.

Chez les vaccinés observés à l'hôpital, la cuti-réaction est positive dans 12 p. 100 des vaccinés.

Pour la grande majorité de ces derniers, il existe une cause de contagion familiale, et on trouve chez eux des ombres radiographiques anormales.

. . . .

M. Guérin apporte quelques observations relatives à cette communication.

La différenciation sexuelle précoce de la grande échancrure sciatique et son retentissement sur l'évolution du bassin chez l'homme. — M. Villemin (présentation faite par M. Gosset).

Au sujet d'une innervation rythmique respiratoire de la petite circulation. — M. de Somer.

Codéine et toxicomanie. — La codéine est-elle susceptible de provoquer une toxicomanie ? Telle est la question qui vient d'être posée à l'Académie par le Directeur de la section d'hygiène de la S. D. N., sur la demande de la commission consultative du Trafic de l'opium.

L'Académie décide de nommer une commission chargée d'étudier la question. Sont désignés pour en faire partie : MM. Pouchet, Balthazard, Guillain, J. Renault, Tiffeneau, Claude, Radais et Bougault.

L'année pédiatrique (deuxième année). Publiée en 1936, par Robert Broca, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, et Julien Marie, médecin des hôpitaux de Paris. Préface du professeur Robert Debré. 1 vol. de 204 pages, avec 78 figures. Prix : 32 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 32. — MERCREDI 21 AVRIL 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50**. — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Jury : MM. les docteurs Devraigne, Rudaux, Macé, Couvelaire, Cleisz, Darré, Ombrédanne.

Censeur : M. le docteur Digonnet.

Lecteurs : MM. les docteurs Lantuéjoul, Ravina.

CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX DE PARIS. — *Nomination.* — 1er *concours.* — Séance du mardi 13 avril : MM. Chabrut, 16 ; Padovani, 18 ; Sauvage, 18.

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Classement des candidats par ordre de mérite (à la suite des épreuves écrites.) Notes : MM. Peuteuil, 43 , Bernard, 43 ; Brunet, 42 ; Mme Tedesco, 41 ; M. Humbert, 40 ; Mme Baude, 39 ; MM. Frain, 34 ; Lebouchard, 34 ; Corbier, 29 ; Moro, 25.

Hôpitaux de Bordeaux. — Un concours pour 11 places d'internes des hôpitaux, s'ouvrira le 19 octobre 1937.

Un concours pour 60 places d'externes des hôpitaux, s'ouvrira le 18 octobre 1937.

Faculté de médecine de Nancy. — M. FROEHLICH, professeur de clinique de chirurgie infantile et orthopédique, est admis, pour cause d'ancienneté d'âge et de service, à faire valoir ses droits à la retraite.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. Bugnard, professeur sans chaire, est nommé professeur de pharmacodynamie (chaire nouvelle).

Guerre. — M. le médecin général Couturier, disponible, a été placé, sur sa demande, par anticipation, dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire à compter du 12 avril 1937.

— La composition du Comité consultatif de santé est ainsi fixée pour l'année 1937 :

Président : M. Rouvillois, médecin général inspecteur, inspecteur général technique du Service de santé militaire, membre de l'Académie de médecine.

Membres titulaires : M. Savornin, médecin général inspecteur, directeur du Service de santé de la région de Paris.

M. Lafforgue, médecin général inspecteur, directeur du Service de santé de la 17e région.

M. Lévy, médecin général inspecteur, directeur du Laboratoire central de recherches bactériologiques et de sérologie de l'armée.

M. Plisson, médecin général inspecteur, directeur du Service de santé de la 14e région.

M. Gay-Bonnet, médecin général, inspecteur permanent du matériel et des établissements du Service de santé militaire.

M. Marland, médecin général, directeur de l'Ecole du Service de santé militaire.

M. Schickele, médecin général, directeur du Service de santé de la 20e région.

M. Paitre, médecin général, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire et des hôpitaux militaires d'instruction du Val-de-Grâce et Percy.

M. Normet, médecin général inspecteur des troupes coloniales, directeur du Service de santé du commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole.

M. Botreau-Roussel, médecin général des troupes coloniales.

M. Passa, médecin général, adjoint au médecin général inspecteur, inspecteur général du Service de santé des colonies.

M. Mancier, pharmacien général, inspecteur des services pharmaceutiques de l'armée.

Membres consultants : *a*) Membres civils : M. Auvray, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.

B. Bezançon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.

M. Lenormant, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.

M. Roger, ex-doyen de la Faculté de médecine de Paris, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.

b) Membres militaires : M. Vallat, médecin général inspecteur (hors cadres, ministère des Pensions), président de la Commission consultative médicale.

M. Beyne, médecin général (hors cadres, ministère de l'Air), inspécteur des services médico-physiologiques de l'armée de l'air.

M. Worms, médecin général, directeur du Service de santé de la 1re région.

M. Pilod, médecin colonel, professeur agrégé du Val-de-Grâce, sous-directeur du Service de santé de la 7e région.

M. Fribourg-Blanc, médecin colonel, professeur agrégé du Val-de-Grâce, de l'hôpital militaire Bégin.

M. Debucquet, pharmacien colonel, professeur agrégé au Val-de-Grâce, gestionnaire de la pharmacie centrale du Service de santé, Fort de Vanves.

M. Millous, médecin colonel, sous-directeur du Service de santé du commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole.

Sanatoriums publics. — M. le docteur Weigert a été nommé médecin-adjoint au sanatorium du département du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

— Mme le docteur Rougier-Marmet, médecin-adjoint au sanatorium du département du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), a été mise, sur sa demande, en disponibilité, à dater du 15 mars 1937.

Comité France-Italie. — La section médicale du Comité France-Italie vient d'organiser pour les médecins français un cours collectif d'enseignement en 12 leçons (nombre d'auditeurs limité).

La connaissance de l'italien est facilitée par l'origine commune du vocabulaire et par une grammaire très voisine. La différence de prononciation, qui constitue la grande difficulté apparente, répond en réalité à une technique de l'accent tonique relativement facile à acquérir.

Une première série de cours à lieu chaque mardi, de 18 h. 30 à 19 h. 30, et est faite par le professeur A. Fiorentino, vice-président de l'Association Dante Alighieri, docteur ès lettres, docteur en droit. Le droit d'inscription est de 50 francs par mois ou de 150 francs pour les douze cours. Une seconde série est organisée.

(Adresser toutes demandes au docteur Marcel Martiny, secrétaire général de la section médicale du Comité France-Italie, 10, rue Alfred-Roll, Paris (17e).

Prix Balbi-Valier. — Ce prix italien très important vient d'être décerné au professeur C. Franchini, directeur de l'Institut colonial de Modène, et au professeur Mario Giordano, colonel médecin de la marine, inspecteur de la santé en Afrique orientale italienne, pour leur « Patalogia e parassitologia dei paesi caldi ».

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU TITRE DE DOCTEUR DENTISTE

Dans sa séance du 19 mars 1937, la Société du XVIe arrondissement a décidé de joindre ses protestations à celles du Luxembourg, de l'Observatoire, des Xe et XVe arrondissements, contre le titre de Docteur-Dentiste. Voici le vœu qui a été voté :

« La Société médicale du XVIe, émue par la menace d'attribution du titre de Docteur-Dentiste à 7.900 chirurgiens-dentistes environ, s'élève et proteste contre toute attribution du titre de docteur, sans diplôme universitaire et sans doctorat réel. »

A PROPOS DE L'EXPOSITION

« Le Comité de l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris informe les collègues d'une affaire de publicité destinée à fournir aux visiteurs de l'Exposition une liste de médecins présentant toutes garanties morales et professionnelles. Cette publicité, *faite à titre onéreux* et se basant sur le renom du corps de l'internat, constitue un acte que le Comité de notre Association considère, *à l'unanimité*, comme blâmable et contraire à la dignité professionnelle.

Le Comité attire l'attention des collègues susceptibles d'accepter cette publicité sur la situation délicate dans laquelle ils se mettraient vis-à-vis de leurs collègues plus anciens et de tous les médecins de la région parisienne.

Le Comité regrette qu'un certain nombre de collègues, dont la bonne foi a pu être surprise, aient déjà cru devoir accepter cette offre de publicité : il est persuadé qu'il suffit de les avertir pour qu'ils rompent *immédiatement* le contrat proposé. »



portants. Je crois utile d'y insister un peu longuement.

Le *point appendiculaire* est dit de Mac Burney. Ce n'est plus un point mais une zone. Pour conserver à Mac Burney le bénéfice de sa découverte, on l'appelle « zone de Mac Burney ». Elle est située sur une ligne qui joint l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic, et au tiers externe de cette ligne. La zone de Mac Burney n'est pas seule. Tout proche est le point de Lanz qui est, lui, sur la ligne bi-iliaque, et au tiers externe de cette ligne, un peu au-dessous du point de Mac Burney.

Ce nouveau point appendiculaire a été encore détrôné par le point de Morris qui est la bissectrice de l'angle formé par la ligne ilio-ombilicale et la ligne bi-iliaque, et au tiers externe de cette bissectrice.

Cela nous fait donc trois points appendiculaires : tous trois sont dans la fosse iliaque droite, dans la zone coeco-appendiculaire, et nous avons peine à dire quel est le bon ou le meilleur.

Quand on palpe la *région cystique*, c'est-à-dire la zone immédiatement au-dessous des côtes sur le bord du grand droit, du côté droit, on provoque souvent une douleur assez vive. Cette douleur n'est pas toujours perceptible dans l'expiration : elle l'est seulement dans l'inspiration forte. Alors la zone vésiculaire vient en quelque sorte dans la main de l'observateur. La manœuvre est de Murphy et le signe qu'elle révèle porte aussi son nom. Elle est excellente, mais elle n'a pas la valeur pathognomonique que certains lui ont attribuée. Elle atteste une certaine sensibilité du foie peut-être, non toujours de la vésicule. La manœuvre d'Abrahams est analogue et mérite les mêmes critiques et plus. Elle consiste à enfoncer le doigt presque comme un clou, au-dessous des côtes. Elle est brutale et ne peut manquer d'être positive même chez des sujets qui ne sont nullement atteints de lésions hépatiques ou vésiculaires.

Entre la zone appendiculaire en bas et la zone cystique en haut, très près de cette dernière mais un peu plus bas et en dedans, est la *région pancréatique*. Là se trouvent le pancréas et le duodénum. Lorsque M. Chauffard étudiait les calculs de la vésicule biliaire et du cholédoque, il insistait sur la sensibilité exquise que provoque parfois en cette zone une pression même minime. Il appela cette zone la zone pancréatico-biliaire ou cholédocienne et la figurait de la façon suivante : de l'ombilic on trace une ligne verticale allant à l'appendice xyphoïde, une autre, oblique, qui va du point d'insertion du grand droit au rebord costal. On définit ainsi un triangle. La zone pancréatique est à l'angle inférieur de ce triangle.

Desjardins a consacré sa thèse à la même étude et il a fixé un peu différemment le point pancréatique. C'est un point, non une zone. Il le place plus haut et plus en dedans : sur la bissectrice de l'angle figuré par Chauffard à quelques centimètres au-dessous des côtes. Et ce point comme cette zone varie peu car le pancréas est un organe peu mobile, du moins de haut en bas.

*
* *

Tout cela est certes très exact théoriquement, mais assez subtil et en pratique d'application difficile. En cette même zone, en effet, dite pancréatique, on trouve non seulement le pancréas, mais le pylore, le duodénum, l'angle du côlon, le cholédoque, le flanc droit de la colonne vertébrale et de l'aorte. Et tout cela peut être douloureux et si proche que les douleurs se superposent et se confondent. Nous avions déjà bien du mal à localiser ces divers points sur un abdomen idéal où tous les rapports sont conservés, les organes bien en place. Nous en aurons plus encore sur ces abdomens saillants, ou rentrants, ptosés ou disloqués, où tout est mobile, abaissé, déplacé. La réalité est loin du schéma.

Voilà pour les points viscéraux. Leur localisation se complique encore de l'existence de points **superficiels** et pariétaux.

La névralgie abdominale pariétale n'est pas rare. Sur une paroi abdominale, elle peut exister sur le bord du muscle grand droit où viennent se terminer les nerfs intercostaux. Sensibilité pariétale, il est vrai, bilatérale, symétrique, en général plus accentuée d'un côté que de l'autre, et plus suspecte par conséquent. On confond aisément ces points superficiels avec les points plus profonds du côlon ou de l'estomac ; il y a là une cause d'erreur importante, et je dirai tout à l'heure le moyen de l'éviter.

Au-dessous de la paroi, il y a encore ce que l'on peut appeler les points **nerveux mésentériques.** Ils sont eux aussi dans la masse flottante de l'abdomen. Ils ne correspondent ni au côlon ni à l'estomac, ni au pylore, mais à des éléments nerveux particulièrement importants du mésentère ou du péritoine, peut-être à des plexus péri-artériels.

Le premier de ces points est à droite de la ligne médiane, un peu au-dessus de l'ombilic, je l'ai appelé jadis avec Esmonet le *point para-ombilical droit* et il paraît correspondre à l'origine des veines et artères mésentériques supérieures.

Le deuxième est le *point para-ombilical gauche* qui semble correspondre à l'émergence de l'artère et des veines mésentériques inférieures.

Enfin il existe encore des **points profonds**, très profonds, fixés en quelque sorte sur le **plancher** abdominal. Situés le long de l'aorte, de l'appendice xyphoïde au promontoire, ils ponctuent encore la bifurcation en externe et interne de l'artère iliaque. Ces points sont d'une sensibilité extrême. La palpation profonde de l'abdomen, même chez un sujet normal, bien entendu non tabétique, y réveille presque toujours une douleur.

Et ces points s'étalent en deux zones, la *zone lombo-aortique* et la *zone iliaque*. On comprend qu'il soit difficile de se reconnaître dans la fosse iliaque au milieu des trois points de Mac Burney, de Lanz et de Morris qui seraient appendiculaires, des points qui sont artériels, et des zones profondes qui correspondent à l'uretère et plus bas à l'ovaire. Bien difficile aussi de se reconnaître dans le carrefour supérieur où le point douloureux pancréatique ou duodénal émerge d'une zone profonde para-aortique toujours sensible.

Qui sait d'ailleurs si beaucoup de ces points ne sont pas des points vasculaires ?

Quand nous avons voulu avec Esmonet apporter quelque précision aux points douloureux de l'abdo-

men, nous avons constaté qu'une aiguille enfoncée chez le cadavre au point de Morris tombait juste sur la bifurcation des iliaques ; que par conséquent le point de Morris ou de Mac Burney ne correspondait pas uniquement à l'appendice mais au plancher de l'abdomen et à la bifurcation de l'artère iliaque primitive en iliaque interne et iliaque externe.

*
* *

La présence d'un si grand nombre de points douloureux qui occupent tantôt les organes connus importants de l'abdomen, tantôt la masse flottante de ces organes abdominaux, tantôt la paroi abdominale, tantôt le plancher de l'abdomen est source de multiples erreurs. Elles le sont chez un sujet normal dont la statique n'a subi aucun changement et dont l'âge ou la maladie n'a déplacé aucun organe, modifié aucun rapport. Or dans l'abdomen il y a des points fixes mais aussi des points mobiles. Les points mobiles se modifient avec la position du malade, ils s'abaissent et se déplacent, recouvrent et masquent les points fixes, et la confusion s'accroît encore.

Peut-être y a-t-il un moyen de différencier les plans sur lesquels se situent ces points douloureux ? On demande au malade de contracter ses muscles abdominaux en s'asseyant sur son lit : si l'on réveille encore une douleur sur le ventre ainsi contracté, c'est que le point siège bien dans la paroi. S'il disparaît momentanément dans cette position, c'est qu'il est sous cette paroi et s'abrite derrière elle. Mais il peut être dans le plancher abdominal. Intervient alors une deuxième manœuvre : l'inclinaison du malade à droite, la position debout et couchée. Si le point ne se modifie dans aucune des positions du malade, s'il est en un mot immobile, invariable, c'est qu'il est en rapport avec des organes fixes et spécialement avec les vaisseaux profonds, peut-être même avec l'uretère, en tous cas avec le plancher abdominal. S'il varie, c'est qu'il est dans les parties viscérales : estomac, côlon, etc.

Peut-être pourtant faut-il faire exception pour le pancréas et le duodénum qui sont relativement près.

Et c'est pourquoi le point duodénal, le point pancréatique se confondent si souvent avec une simple sensibilité aortique.

Et, quand l'organe est enflammé ou le fut, apparaissent d'autres difficultés. Il faut compter avec les adhérences. Un organe qui adhère à la paroi antérieure ou postérieure, aux organes voisins, peut paraître pariétal ou profond parce qu'il se rapproche de la main ou reste fixé dans toutes les positions.

Enfin des difficultés viennent encore de l'association fréquente, sous l'influence d'une même maladie inflammatoire des viscères, de points superficiels, de points viscéraux et de points profonds. La plus petite maladie de l'abdomen, appendicite ou cholécystite, fait entrer en danse tout le système nerveux abdominal : la névrite apparaît, une douleur superficielle ou profonde s'ajoute à la douleur de l'organe. Et si l'on veut bien se rappeler que certains sujets sont d'une hyperesthésie extraordinaire, certains alcooliques et certains nerveux, par exemple ; qu'ils souffrent beaucoup, de partout, alors même qu'ils sont peu atteints ; et que d'autres, très résistants, plus insensibles, souffrent peu ou ne souffrent d'aucun endroit précis, quelle que soit l'importance de la localisation, on comprend les difficultés, les confusions, les égarements, les erreurs !

*
* *

Comment se fait cette propagation de l'inflammation d'un organe à son système nerveux ?

Le système nerveux abdominal est très développé. Dans tous les viscères creux il constitue deux plexus : l'un sous la muqueuse, le plexus de Meissner, l'autre dans les muscles, le plexus d'Auerbach. Ces deux plexus présentent des fibres sans myéline de Remach et des ganglions en assez grand nombre. C'est le premier relais intrapariétal des excitations nerveuses du tube digestif.

De ces éléments nerveux qui siègent dans la paroi des viscères creux, estomac, intestin, partent de nombreux filets nerveux qui constituent le système végétatif : plexus abdominaux, plexus solaire.

Quand une inflammation quelconque atteint l'estomac, la vésicule, l'appendice ou l'intestin, que cette inflammation soit passagère ou durable, constante ou progressive, elle fait naître des points ou des zones sensibles multiples et simultanées et intervient pour déterminer toute une série de réactions spasmodiques et douloureuses nouvelles, coprostatiques, diarrhéiques, mucorrhéiques même, qui enrichissent et compliquent singulièrement la symptomatologie.

Dans la cholécystite, le plexus solaire est sensible. Il l'est encore dans une colite banale ou la dysenterie, dans une fièvre typhoïde. Il y peut réaliser même les points typiques de l'appendice ou du côlon. Bien plus ces points névralgiques qui se multiplient s'ajoutent aux points viscéraux déjà existants, les effacent ou se substituent à eux et prolongent indéfiniment les douleurs alors que la crise qui les fit naître a disparu.

La douleur n'est donc plus le signe d'une maladie, puisqu'elle n'occupe pas seulement l'organe malade mais des zones qui en sont très éloignées. La découverte de l'organe ou de la maladie responsable n'est plus possible. On prend une névralgie intercostale pour une cholécystite, un point solaire pour un ulcus duodénal, un point iliaque pour une appendicite. Et comme des réactions fonctionnelles nouvelles apparaissent qui se joignent à la douleur : diarrhée, constipation, spasme intestinal, lithiase, mucorrhée, on fait parfois le diagnostic de colite alors que la colite n'existe pas. Le trouble fonctionnel ou douloureux du côlon n'est qu'une irritation nerveuse ou une inflammation partie de l'appendice, de l'ovaire, de la vésicule biliaire, certes, mais très éloignés de ces organes.

La lésion névritique, l'*entéro* et la *gastronévrite* sur quoi j'ai longuement insisté jadis, jouent un rôle important non seulement dans la multiplication des points douloureux ou leur provocation, mais dans la prolongation des douleurs abdominales. Et cela vient alors compliquer la thérapeutique. Quand ces douleurs persistent après l'ablation de l'organe responsable, après la cholécystite ou l'appendicite, quand l'ablation de l'organe primitivement malade n'a pas supprimé les altérations du système nerveux abdominal,

on est conduit à faire autre chose qu'un traitement chirurgical.

On se rend compte qu'il ne peut suffire pour guérir une affection appendiculaire, duodénale ou gastrique, d'enlever l'organe malade. Il faut encore songer au bouleversement que cet organe a provoqué dans les éléments nerveux voisins et appliquer une thérapeutique médicale sédative, antinévralgique, antinévritique, qui pourra faire disparaître ces douleurs. La thérapeutique médicale intervient alors, la physiothérapie aussi, avec tous les moyens électriques, diathermiques, radiés, que l'arsenal médical met à notre disposition.

NOTES BRÈVES SUR UN VOYAGE MÉDICAL EN ITALIE (1)

A BOLOGNE

Le Président (doyen) de la Faculté de médecine de Bologne, M. le prof. Martinotti, dont le nom est bien connu de tous les dermatologistes, nous attendait à la gare avec nos éminents confrères les prof. Putti, Paolucci et le docteur Rangoni.

L'Institut orthopédique Rizzoli. — Notre visite dans la vénérable université de Bologne, fondée en 1180, c'est-à-dire avant les universités d'Oxford et de Montpellier, débuta par le célèbre Institut Rizzoli, qui est installé sur une colline dominant Bologne, dans l'ancien couvent olivétain de S. Michele in Bosco.

Le professeur V. Putti, puissant chirurgien à la réputation mondiale, nous fit assister à une séance opératoire du plus haut intérêt. Il pratiqua successivement une arthroplastie de la hanche, et un vissage pour fracture du col du fémur.

La maîtrise extraordinaire de M. Putti fit la plus grosse impression. Son instrumentation, son ordre méthodique sont des modèles. Il faut noter le contrôle radiophotographique des différents temps de ses interventions. En *quinze secondes*, un collaborateur arrive à lui soumettre une épreuve radiographique sur papier lui permettant d'apprécier à tout instant la correction de la coaptation osseuse et du vissage.

Après la séance opératoire, M. Putti, avec une extrême bonne grâce, nous fit visiter le couvent olivétain, dont les bâtiments remontent au XVIe siècle. Des terrasses on domine la ville de Bologne, ses murs de briques rouges, ses dômes et ses tours penchées.

Nous nous attardons dans la bibliothèque Umberto I, qui est un joyau précieux, puis dans le musée, où M. Putti nous montre l'ostéoclaste de Rizzoli, fabriqué jadis à Paris, par Charrière.

Enfin une séance de roentgencinéma nous permit d'apprécier les très remarquables résultats opératoires obtenus par le Maître. Nous voyons apparaître en film tous les mouvements qu'on observe sur l'écran, les mouvements du thorax pendant la respiration, et les mouvements des articulations saines ou opérées. C'est une réalisation d'un intérêt exceptionnel.

Les cliniques de S. Orsola. — Dans l'après-midi, nous visitâmes d'abord la clinique de médecine générale du professeur Viola, puis la clinique gynécologique et la maternité, dont le directeur est le très aimable prof. Bacialli.

L'installation en est de tout premier ordre. La clinique gynécologique et la maternité sont entièrement modernes, elles n'ont pas encore deux ans de date. Près de 450 étudiants les fréquentent.

La séance académique. — Nous étions invités, ensuite, à une séance solennelle de la *Société médico-chirurgicale Emilienne et Romagnolaise*. Devant une assistance très nombreuse et sympathique, le Président, S. E. Paolucci, salua d'une façon vibrante le professeur Cunéo et ses collègues français du Comité France-Italie.

J'espère que M. Paolucci ne m'en voudra pas de parler ici un peu de lui. Les Français de la génération de la guerre n'ont pas oublié que, peu de temps avant l'armistice, deux jeunes volontaires italiens — l'un d'eux était Raffaele Paolucci — pénétrèrent dans le port de Pola, où s'était réfugiée la flotte autrichienne. *Après avoir nagé pendant 8 heures*, en poussant devant eux deux torpilles, ils réussirent à faire sauter le cuirassé amiral autrichien *Viribus unitis*. Par miracle, Paolucci ne fut pas tué.

Depuis la guerre, ce héros national est devenu un très grand chirurgien que nous admirons et que nous aimons, comme nous avons admiré le héros de Pola.

M. Paolucci est actuellement vice-président de la Chambre des députés italienne, il est président de la Fédération italienne fasciste contre la tuberculose.

Je m'excuse auprès de lui de cette digression et je reviens à la séance académique.

Après le discours de bienvenue du président, le professeur Cunéo fit une excellente conférence sur la technique de l'*extirpation abdomino-périnéale du rectum pour cancer.*

M. le professeur Emile Sergent avait envoyé *quelques réflexions sur l'hérédité et sur la contagion de la tuberculose ;* elles furent lues par M. Le Sourd.

M. Jacques Bloch fit ensuite une importante communication sur le *traitement chirurgical du goitre exophtalmique.*

Dans la discussion qui suivit, M. Paolucci, en remerciant M. J. Bloch, fit remarquer que si les Français et les Allemands parlent toujours de la maladie de Basedow, les Anglais emploient le nom de maladie de Graves. Quant aux Italiens, le nom de maladie de Flajani leur paraît préférable. Et, chronologiquement, ce sont les Italiens qui ont raison.

A ce propos, comment ne pas faire remarquer l'importance de la terminologie ? En médecine, des appellations différentes peuvent jeter le trouble. En politique, la terminologie peut avoir des conséquences plus graves. Que de malentendus pénibles ou dangereux seraient évités si les Latins s'astreignaient à penser toujours en Latins !

Le Président Paolucci fit ensuite un exposé remarquable sur la *chirurgie thoracique* et la lobectomie, avec des projections nombreuses.

M. Putti nous parla de la *chirurgie réparatrice*, et avec l'aide de projections il nous montra les résultats extraordinaires obtenus par lui dans l'allongement d'un moignon d'avant-bras par une prothèse mise en nourrice dans la peau du thorax.

A la fin de la séance, le Président remit à Cunéo un diplôme de membre correspondant.

Le banquet du recteur. — Le soir, sur l'invitation de « Il magnifico Rettore » de l'Université, nous avons assisté à un très beau banquet présidé par M. le prof. Martinotti, remplaçant le recteur M. Ghighi malheureusement empêché. Dans l'assistance, S. E. et Mme Paolucci, le sénateur Viola,

---

(1) (Fin). Voir *Gaz. Hôp.*, n° 31, du 17 avril 1937.

le prof. Putti, le prof. et Mme Pincherle, le prof. et Mme Sciassi, le prof. et Mme Beretta, le comte Manzoni, les prof. Bacialli, Zanelli...

Des toasts furent prononcés par le prof. Martinotti, le prof. Cunéo, le docteur Martiny, les professeurs Pierre Delore et Paolucci.

Clinique chirurgicale de S. Orsola. — La deuxième journée de Bologne débuta à l'Ospedale S. Orsola, où le professeur Raffaele Paolucci avait préparé une séance opératoire. Il fit successivement une hernie inguinale, une appendicite, une gastrectomie pour ulcus de la petite courbure, une cholécystectomie, enfin une thyroïdectomie pour goitre exophtalmique.

A ROME

A la gare, malgré l'heure tardive, le professeur Morelli et nos aimables confrères Scanziani et Giangrasso avaient pris la peine de venir nous souhaiter la bienvenue.

Le lendemain, nous avons consacré notre première matinée à faire une visite rapide de la Cité universitaire et de la Polyclinique.

L'Institut du cancer. — Accompagnés par le docteur Giangrasso, Cunéo et moi nous sommes rendus à l'Institut du Cancer, que nous fit visiter le professeur Bastianelli. Nous avons assisté ensuite à une séance opératoire de M. Bastianelli. Le célèbre chirurgien de Rome a gardé la silhouette d'un jeune homme, il en a aussi la magnifique



Vue d'ensemble de l'Institut Carlo Forlanini.

M. Paolucci opère avec une très grande rapidité et une rare perfection. Sa maîtrise nous a remplis d'admiration.

Comme Donati et Putti, le professeur Paolucci dispose de deux salles jumelées séparées par la salle de stérilisation ; il est parfaitement aidé par deux équipes d'assistants. Notons que tout le service de Paolucci a passé huit mois en Afrique pendant la campagne d'Ethiopie.

Après la séance opératoire, nos confrères de Bologne nous emmenèrent visiter l'*Archiginnasio*, où nous pûmes admirer le Teatro anatomico, amphithéâtre de Malpighi et de Valsalva. Les peintures et les écorchés en bois sculptés en font un vrai joyau.

S. E. Paolucci et Mme Paolucci voulurent bien nous recevoir à déjeuner dans l'intimité. Ce fut une heure délicieuse, rendue très émouvante par les précieux souvenirs de guerre que conserve pieusement le héros de Pola. Il possède notamment les pavillons du *Viribus unitis*, qui lui ont été donnés par le gouvernement italien.

Après une visite à la casa du Fascio, nous prîmes le train pour Rome, accompagnés par le Doyen Martinotti, qui combla de fleurs les dames du Comité France-Italie.

activité. Il opéra devant nous un cancer de l'estomac, et il fit ensuite une laryngectomie totale pour cancer.

M. Bastianelli opère avec un soin et une habileté très remarquables. Nous avons admiré notamment la perfection de son anesthésie locale — après anesthésie de base — on ne peut faire mieux.

L'Institut Carlo Forlanini est certainement la plus magnifique réalisation que nous ayons vue. Le regretté Léon Bernard nous en avait parlé bien souvent. Le professeur F. Bezançon et Benjamin Weill-Hallé, qui assistaient à son inauguration par le Duce, le 1er décembre 1934, nous en firent la description enthousiaste. Ils n'avaient rien exagéré.

L'Institut Carlo Forlanini, qui s'appela d'abord Sanatorium Benito Mussolini, est situé sur le Monteverde Nuovo, près de l'Hôpital du Licteur.

L'ensemble des bâtiments, qui est aussi imposant que le Château de Versailles, est formé de trois éléments :

1° Une *clinique de la tuberculose* (médecine, chirurgie et pavillons des diverses spécialités, très complètes) ;

2° Un *sanatorium ;*

3° Un service de *dispensaire.*

Chacun de ces trois éléments est lui-même séparé en deux : Hommes, Femmes.

Dès l'entrée par l'Aula Magna, on est saisi par l'ampleur de l'Institut. C'est là que nous accueille le professeur EUGENIO MORELLI, qui, dès le début, fut l'âme de l'Institut. Bactériologiste, phtisiologiste, physicien, ingénieur, ce disciple de Forlanini a trouvé à déployer ses incomparables dons d'organisateur et de réalisateur. Auprès de lui, le docteur Basso, secrétaire de l'Institut, et le docteur Scanziani, qui sont venus pour nous guider. Nous montons directement à la salle d'opérations, où le docteur Ascoli pratique une thoracotomie. Nous y trouvons le professeur Monaldi.

M. Morelli nous emmène ensuite dans son laboratoire, où il nous présente les curieux appareils de mesure qu'il a imaginés, ainsi qu'un laveur perpétuel très ingénieux. Ces appareils demanderaient de longues descriptions. Au surplus, nous aurons sans doute l'occasion de les voir bientôt avec leur auteur à la Faculté de médecine de Paris. Le professeur Morelli nous montre ensuite des anciens malades opérés à Forlanini avec les résultats les plus heureux.

Nous visitons les divers services, outillés supérieurement. Dans l'amphithéâtre des cours, nous remarquons les commandes électriques qui permettent au professeur de modifier, du bout d'un doigt, l'éclairage, de provoquer le déroulement du tableau noir en caoutchouc, de démasquer les écrans pour les projections ou le cinéma, etc. Tout cela est la perfection même.

Dans le sanatorium, les détails ingénieux abondent. D'abord la disposition des salles de six lits, commandées par un couloir latéral permettant une surveillance constante. Noter les cloisons vitrées à glissière qui permettent d'ouvrir les chambres sur la terrasse de cure. Ces cloisons peuvent se placer sur la terrasse dans n'importe quelle position. Les volets roulants peuvent prendre toutes les positions. De très curieux vasistas en forme d'éventail suppriment le cauchemar des vasistas ordinaires qui refusent de s'ouvrir ou que l'on ne peut arriver à fermer.

Que de détails encore à citer : les lits à pieds incassables et interchangeables, les chaises longues pliantes, les sièges de W. C. transformables suivant les indications.

Du côté du chauffage, notons le passage des tuyaux dans l'épaisseur du sol, comme nous n'en connaissons que peu d'exemples en France (Jayle).

Tous les détails ingénieux sont dus à M. Morelli, qui est arrivé aussi à comprimer les prix de revient (un lit : 100 lires, une chaise longue : 42 lires).

Après avoir admiré les réfectoires, les salles de réunion, après avoir parcouru des kilomètres pour voir tous les services de spécialités, nous descendons au sous-sol, à l'économat qui est formidable, et à la cuisine grande comme une gare de chemin de fer. Ici tout marche à l'électricité, les fourneaux, les fours à pâtisserie, la boulangerie. Tout est distribué automatiquement. Un véritable réseau de téléfériques envoie directement dans chaque service le wagonnet aérien contenant les repas de ce service. Mais M. Morelli nous fait reprendre l'ascenseur une fois de plus et, après nous avoir montré une galerie qui lui permet d'aller à l'abri de sa villa à l'Institut, nous descendons à 30 mètres au-dessous du sol. Sous l'Institut se trouvent d'énormes galeries comparables aux caves de Reims, anciennes carrières ? catacombes ? Dans ces galeries, M. Morelli a pu trouver de l'eau en quantité ; cette eau a été aussitôt récupérée.

Quelques chiffres

L'Institut contient 1.300 lits. 70 médecins y sont logés. 210 étudiants peuvent y suivre des cours complémentaires et y reçoivent les leçons de maîtres éminents ; citons-en quelques-uns : Morelli, Busi, R. Alessandri, Spolverini, Vidau, Gaifami, Petragnani, Giannini, della Vedova, Monaldi, Daddi, Pana, Bocchetti, Mendes, Benedetti... Les étudiants trouvent, en dehors des heures de travail, des salles de repos, réfectoires et bar.

Le personnel de service comprend 700 personnes.

Le prix total de la construction a été de 60 millions de lires, plus 4 millions pour l'équipement. Le prix de revient d'un lit a été de 35.000 lires, mais depuis la construction en série des nouveaux sanatoriums du royaume, on arrive actuellement à un prix de revient de 22.000 lires.

Dès maintenant, avec ces quelques données, on peut se rendre compte de l'effort considérable fait par le gouvernement italien pour mener méthodiquement et inlassablement la lutte contre la tuberculose. Voici encore quelques chiffres :

En 1924 on comptait 60.548 décès par tuberculose.

En 1933 : 35.240 décès.

Ces résultats magnifiques ont coûté à l'Etat italien : pendant les cinq dernières années se terminant en 1933, une somme de 2 milliards.

En quittant l'Institut, nous remarquons l'emplacement réservé au monument qu'une souscription internationale va permettre d'élever à Carlo Forlanini, l'immortel inventeur de la collapsothérapie. Mais le plus bel hommage rendu à la mémoire de Forlanini n'est-il pas la somme des admirables travaux de ses disciples, et en particulier de Morelli (1) ?

Visites et réceptions à Rome. — Je ne puis malheureusement m'étendre sur les promenades que nous firent faire si aimablement M. Hubert Lagardelle, de l'ambassade de France, et le professeur Morelli. Comment ne pas exprimer une reconnaissance particulière à ce dernier pour avoir procuré aux dames le spectacle inoubliable de la remise des fanions de l'air par S. M. le Roi et Empereur et le Chef du Gouvernement ; pour nous avoir emmenés à l'Opéra à une splendide représentation de gala ; pour nous avoir permis enfin d'assister à l'ouverture de la Campagne antituberculeuse présidée par S. E. Paolucci en présence de S. M. la Reine-Impératrice ?

— Après cette dernière cérémonie, les médecins français, accompagnés par le professeur Morelli, allèrent déposer une couronne sur la Tombe du Soldat inconnu, et une gerbe de fleurs au monument des martyrs de la Révolution.

A l'ambassade de France

Dans l'après-midi du dernier jour, S. E. M. Blondel, chargé d'affaires, et Mme Blondel nous reçurent avec une extrême amabilité au palais Farnèse. Parmi les Français présents : M. Emile Mâle, de l'Académie française, directeur de l'Ecole française de Rome ; Mme Emile Mâle ; M. et Mme Leroy-Beaulieu ; M. Garnier ; M. Hubert Lagardelle. Parmi les Italiens : le sénateur et Mme Bastianelli ; le professeur et Mme Morelli, Mme et Mlle Giordano, belle-fille et petite-fille du sénateur professeur Giordano, de Venise.

A Monteverde

Le soir enfin, le professeur, Mme Morelli et leurs charmantes filles nous reçurent d'une façon exquise dans leur magnifique villa de Monteverde. Nous y retrouvâmes M. et Mme Blondel, beaucoup de confrères de Rome, les professeurs Bastianelli, Frugoni, Pérez, Bocchetti, Basso et enfin le sénateur Sanarelli, toujours si bon et si aimable pour ceux qu'il connut jadis à l'Institut Pasteur de Paris.

Je ne veux pas terminer ces brèves notes, écrites un peu hâtivement, sans exprimer encore à nos amis italiens notre gratitude pour la spontanéité et la cordialité affectueuses avec lesquelles ils nous ont reçus et comblés. Mais je dois

(1) Les travaux de l'Institut jusqu'ici publiés dans diverses revues seront désormais réunis dans un recueil : « Annales de l'Inst. Carlo Forlanini », dirigé par le prof. Morelli. Le rédacteur en chef sera le prof. Omedei Zorini.

aussi dire à Cunéo combien ses collègues français lui ont d'affectueuse obligation pour avoir représenté dignement la science française, pour avoir toujours trouvé les mots d'amitié et de confiance qu'il fallait dire. Nous sommes fiers de l'avoir accompagné.

F. LE SOURD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 MARS 1937)

Recherches viscosimétriques sur les solutions des diverses protéines du sérum. — MM. Ch. ACHARD, Augustin BOUTARIC et Mlle Suzanne THÉVENET.

Titrage des sérums antitoxiques. — M. M. WEINBERG et Mlle Maylis GUILLAUMIE.

Modifications apportées à l'action de l'insuline par addition d'une suspension colloïdale (gélatine). — M. D. BROUN.

(SÉANCE DU 31 MARS 1937)

Développement du pénis développé chez l'enfant par injection d'acétate de testotérone. — MM. René MORICARD et René BIZE.

(SÉANCE DU 5 AVRIL 1937)

Recherches sur la viscosité des solutions de bile. — MM. Ch. ACHARD, Aug BOUTARIC et Mlle Paulette BERTHIER.

Le mode d'action de l'insuline. — MM. Michel POLONOWSKI, G. BIZARD et WAREMBOURG montrent que le premier temps dans l'action périphérique de l'hormone pancréatique dans un membre isolé consiste en un enrichisssement du milieu sanguin en glucose et estero hexosephosphoriques, aux dépens du glycogène musculaire.

NOTES POUR L'INTERNAT

ARTÈRE HONTEUSE INTERNE

L'artère honteuse interne est une branche de l'artère hypogastrique.

Elle irrigue surtout le périnée et les organes *génitaux externes*.

ORIGINE ET TRAJET. — Elle naît à mi-hauteur de la grande échancrure sciatique.

C'est, pour Farabeuf, la branche terminale de l'hypogastrique, quand ce n'est pas l'ischiatique.

Pour Sappey et Testut, c'est une des branches du bouquet terminal de l'hypogastrique.

Pour Poirier, elle représente plutôt la branche de bifurcation antéro-externe du tronc terminal antérieur de l'hypogastrique. En fait, toutes les variétés sont possibles ; il est même fréquent que la honteuse interne fournisse le bulbe des artères viscérales du bassin, parce que l'hypogastrique s'est bifurquée prématurément.

Elle présente d'abord un trajet *intra-pelvien* qui est oblique en bas et en arrière ; puis elle sort de la grande échancrure sciatique pour apparaître au plus profond de la *fesse* ; elle abandonne cette région, passant par la petite échancrure sciatique pour entrer dans le *périnée postérieur*. Elle traverse ensuite le *périnée antérieur* et se termine au niveau du bord inférieur de la symphyse pubienne se continuant en dorsale de la verge ou du clitoris.

Dans l'ensemble, cette artère de calibre toujours important, décrit une vaste courbe à concavité antérieure.

RAPPORTS. — Nous les étudierons en quatre parties :
Région pelvienne,
Région fessière,
Périnée postérieur,
Périnée antérieur.

Région pelvienne. — La longueur de cette portion est en général de 15 à 20 mm. d'autant plus longue que la bifurcation de l'hypogastrique est plus précoce (jusqu'à 5 cm.).

L'artère est accompagnée de 2 veines satellites, l'une antérieure, l'autre postérieure.

Elle est entourée de la gaine hypogastrique.

En arrière, elle répond :

Au muscle *pyramidal*, recouvert de son aponévrose sur laquelle elle repose.

Le *plexus sacré* est recouvert par l'aponévrose ; l'artère surcroise de haut en bas : le tronc lombo-sacré, S1, S2, puis S3 et se place au bord interne du nerf sciatique.

Le *nerf honteux interne* rejoint son artère ; né de S3, S4 et une anastomose de S2, il se place rapidement en arrière et en dedans de l'artère honteuse interne.

En dehors, l'artère est en rapport avec :

Le bord antérieur de la grande échancrure sciatique qui est un peu antérieur à l'artère.

Le bord postérieur du *muscle obturateur interne*.

L'aponévrose pelvienne recouvre ce muscle ; entre obturateur interne et pyramidal, elle est renforcée par la bandelette ischiatique de Bourgery ; c'est entre, en haut et en avant cette bandelette et, en bas et en arrière, la bandelette spinoso-sacrée que l'artère descend vers l'épine sciatique.

En dedans, l'artère est située dans l'espace pelvi-rectal supérieur de Richet ; elle est au-dessous du cul-de-sac latéro-rectal, en dehors du rectum.

En avant, la honteuse interne répond aux autres branches de l'artère iliaque interne et surtout à :

L'artère ischiatique, située en arrière et en dedans de la honteuse interne ; elle va perforer l'aponévrose pelvienne, puis passer entre S2 et S3 ou S3 et S4.

Plus loin, l'artère hémorroïdale moyenne et l'artère génito-vésicale.

Région fessière. — L'artère pour passer de la région dans le périnée postérieur contourne l'épine sciatique et apparaît ainsi au plus profond de la région fessière :

— Elle sort du pelvis par le *canal sous-pyramidal* ; elle est comprise entre :

En haut le bord inférieur du muscle pyramidal.

En bas, le petit ligament sacro-sciatique.

En dehors, l'os iliaque.

En arrière et loin, le grand ligament sacro-sciatique.

— Elle répond à la face externe de l'épine sciatique, laissant parfois une empreinte près de la base de l'épine.

— Elle entre dans le périnée postérieur par le *canal ischiatique*, canal limité :

En haut, par le petit ligament sacro-sciatique ;

En bas, par le grand ligament sacro-sciatique ;

En dehors, par le muscle obturateur interne qui se réfléchit sur la petite échancrure sciatique.

Dans cette région, l'artère est un des éléments du paquet vasculo-nerveux honteux interne. Elle est accompagnée de :

Une grosse veine antérieure.

Une veine postérieure plus grêle.

Et surtout du *nerf honteux interne* : il est en dedans de l'artère sur la pointe de l'épine sciatique, reposant quelquefois sur l'origine du petit ligament sacro-sciatique. Au niveau de la petite échancrure, il se place en arrière, puis au-dessous de l'artère.

Tous ces éléments vasculo-nerveux sont masqués par du tissu cellulaire dense qui rend difficile leur dissection.

Ainsi, l'artère entre en rapport avec :

— *En dehors* : le nerf de l'obturateur interne et du jumeau supérieur ;

A plus grande distance, le très gros *nerf sciatique* qui se dirige vers la gouttière ischio-trochantérienne ; il est accompagné à sa face superficielle par le nerf *petit sciatique* et à sa face profonde du nerf du carré crural et du jumeau inférieur.

— *En dedans* : c'est *l'artère ischiatique* accompagnée de ses veines ; elle est séparée de l'artère honteuse interne par le nerf honteux interne. Elle croise donc superficiellement l'artère honteuse interne pour rejoindre le nerf sciatique et donne chemin faisant des branches pour le muscle grand fessier (perforant ou non le grand ligament sacro-sciatique pour atteindre le muscle).

Le *nerf anal* émerge lui aussi dans l'angle d'écartement des deux ligaments sacro-sciatiques et rentrant dans le canal ischiatique devient l'organe le plus interne de la fosse ischio-anale.

Le *nerf perforant cutané* du plexus honteux qui contourne le bord inférieur du grand fessier pour aller innerver la peau de la fesse.

Périnée postérieur. — L'artère est appliquée contre la *paroi externe* de la fosse ischio-anale. Elle est plus exactement dans le *canal d'Alcoock*, constitué par un dédoublement de l'aponévrose de l'obturateur interne renforcé à sa partie basse par *l'expansion falciforme* du grand ligament sacro-sciatique.

En arrière, des fibres récurrentes de cette expansion rejoignent le petit ligament sacro-sciatique et limitent un véritable orifice d'entrée dans le canal à l'artère.

Appliquée contre la paroi externe, elle est donc au-dessous de la *paroi supérieure* :

— *Releveur de l'anus*, oblique en bas et en dedans, en haut ;

— *Sphincter externe de l'anus*, en bas.

Enfin, elle répond en bas, à la *paroi inférieure* de la fosse ischio-anale, constituée par la *peau latéro-anale* qui est doublée par un panicule adipeux sous-dermique confondu avec la graisse ischio-rectale.

Dans ce canal d'Alcoock, le pédicule honteux interne comprend :

— Une veine sous-jacente à l'artère ;

— Le nerf honteux interne qui est sous-jacent à la veine et qui, un peu au-dessous de la petite échancrure sciatique, après un très court trajet dans le périnée postérieur, se divise en ses deux branches terminales :

— Le *nerf dorsal de la verge* qui restera satellite de l'artère honteuse interne ;

— Le *nerf périnéal*, qui au bord postérieur du muscle transverse profond, donne le *rameau périnéal externe* (devenant rapidement sous-cutané) et bientôt se divise en deux branches : *le rameau superficiel du périnée* et le *nerf bulbo-urétral*.

L'artère donne à ce niveau une de ses branches : *l'hémorroïdale inférieure*. Cette artère est entourée d'une gaine fibreuse émanée de l'aponévrose de l'obturateur interne ; elle est accompagnée du *nerf anal* qui a pénétré dans la fosse ischio-anale en arrière et en dedans du paquet honteux interne.

Quant au *nerf de l'obturateur interne* pénétrant dans la fosse au-dessus de l'artère, il va la sous-croiser pour s'épanouir dans le muscle, s'enfonçant entre lui et l'aponévrose.

(*A suivre.*) ROGER-JEAN CHEVALLIER.

Traitement chirurgical des cavernes de la base. Thèse par le docteur DAMBRIN. Grand in-8° de 231 pages, avec 68 figures. 1936. Chez J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris (6°).

Voyage à la capitale des microbes, par le docteur Henri BUSSILLET. Petit in-8° de 229 pages avec 21 dessins de Joseph Hémard. De l'imprimerie Nicolas, à Niort, 1936.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 33. — SAMEDI 24 AVRIL 1937. 110e ANNÉE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-3[illegible]

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX 1937. — 1er *concours de nomination.* — Séance du 15 avril, à l'hôpital Bichat. — MM. les docteurs Gosset, 16 ; Longuet, 16 ; Mouchet, 16.

Séance du 17 avril, à l'hôpital Saint-Antoine. — MM. les docteurs Couvelaire, 20 ; Gérard Marchant, 19.

Séance du 19 avril, à l'amphithéâtre d'anatomie. — MM. les docteurs Gérard-Marchant, 29 ; Couvelaire, 27 ; Gosset, 29 ; Longuet, 23 ; Sauvage, 24 ; Mouchet, 26 ; Padovani, 28.

CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Admissibilité.* — 1re épreuve pratique. — *Question posée* : Visitez la salle C et dites si l'installation électrique est réglementaire et s'il y a des fautes de protection électrique. Mme le docteur Tedesco, 7 ; M. le docteur Peuteuil, 14 ; Mme le docteur Baude, 12 ; MM. les docteurs Frain, 11 ; Humbert, 13 ; Bernard, 7 ; Moro, 13 ; Brunet, 14 ; Lebouchard, 8.

2e épreuve pratique. — *Question donnée* : Faire au tableau noir un schéma de circuit galvanique monté avec un rhéostat ou réducteur de potentiel. Avantages et inconvénients pour la source d'alimentation et pour le malade. M. le docteur Peuteuil, 14 ; Mme le docteur Baude, 13 ; MM. les docteurs Bernard, 10 ; Moro, 14 ; Frain, 13 ; Lebouchard, 12 ; Mme le docteur Tedesco, 11 ; MM. les docteurs Humbert, 13 ; Brunet, 14.

Classement des candidats : 1. M. le docteur Peuteuil, 71 ; 2. M. le docteur Brunet, 70 ; 3. M. le docteur Humbert, 66 ; 4. Mme le docteur Baude, 64 ; 5. M. le docteur Frain, 61 ; 6. M. le docteur Bernard, 60 ; 7. Mme le docteur Tedesco, 59 ; 8. M. le docteur Lebouchard, 54 ; 9. M. le docteur Moro, 52.

Candidats admissibles : 1. M. le docteur Peuteuil ; 2. M. le docteur Brunet ; 3. M. le docteur Humbert ; 4. Mme le docteur Baude.

CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Jury (tirage au sort) : MM. Devraigne, Rudaux, Macé, Couvelaire, Cleisz, Darré, Ombrédanne. Lecteurs : MM. Lantuéjoul, Ravina. Censeur : M. Digonnet.

Hôpitaux de Nîmes. — Un concours pour la nomination d'un médecin adjoint des hôpitaux de Nîmes aura lieu fin juin 1937. Pour tous renseignements, s'adresser à l'Administration des hôpitaux de Nîmes, 5, rue Hoche, à Nîmes (Gard). (Dernière limite d'inscription, 31 mai 1937.)

Faculté de médecine de Paris. — MM. de Gennes, Bariéty, Ameline et Renard, institués agrégés en 1936, sont nommés agrégés à compter du 1er février 1937.

CONCOURS DU PROSECTORAT. — Séance du 19 avril. — Epreuve orale : *Anatomie.* Notes : MM. Mialaret, Leuret, 18 ; Calvet, 17 ; Judet, Olivier, 16 ; Rousseau, 15.

Séance du 21 avril. — Epreuve orale : *Chirurgie.* Notes : MM. Mialaret, 19 ; Calvet, Judet, 18 ; Leuret, Olivier, 17 ; Rousseau, 14.

CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Séance du 20 avril. — Epreuve écrite : *Physiologie.* Notes : MM. Barcat, Guénin, Lortat-Jacob, 19 ; Cauchoix, Mathey, Monsaingeon, Rouvillois, 18 ; Benassy, Coldefy, Cordebar, Tissot, 17 ; Debidour, 16.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — MM. les professeurs C. Sigalas (physique médicale et pharmaceutique) ; Sabrazès

(anatomie pathologique et microscopie clinique) et Bégouin (clinique chirurgicale) sont admis à la retraite (décret du 21 mars 1937). Cessation des fonctions le 30 septembre 1937. — M. Delaunay, professeur de chimie biologique, est transféré dans la chaire de physiologie (chaire nouvelle).

Ministère des Pensions. — *La rémunération des médecins vacateurs de la Commission consultative médicale* vient d'être fixée par un décret (*J. off.*, 16 avril 1937).

Art. 1er. — Les médecins vacateurs de la commission consultative médicale sont agréés par le ministre des pensions après un stage probatoire effectué près ladite commission.

Ces médecins sont répartis, suivant les besoins du service, en médecins examinateurs de dossiers et en médecins vérificateurs. Cette répartition est fixée par arrêté du ministre des pensions, dans la limite des crédits budgétaires.

Art. 2. — Il est alloué, par heure de travail effectif, une vacation fixée à 14 fr. pour les médecins examinateurs et à 18 fr. pour les médecins vérificateurs.

En aucun cas les médecins visés à l'alinéa ci-dessus ne pourront faire plus de quarante-huit heures de travail par semaine.

Aucune rémunération n'est due, sauf en cas de force majeure, aux médecins qui n'effectueraient pas à la commission au moins vingt heures de présence effective par semaine.

Les vacations pourront être interrompues pour raison de congés, sous réserve que les absences ne dépasseront à aucun moment le tiers de l'effectif des médecins vacateurs de la commission consultative médicale.

Art. 3. — Il est exigé de chaque médecin examinateur de dossiers un rendement horaire minimum. Ce rendement horaire est fixé par le président de la commission, d'après la nature des dossiers étudiés.

Art. 4. — Les vacations prévues à l'article 2 ci-dessus sont liquidées mensuellement.

Ministère de la Santé publique. – Le *J. off.* du 17 août publie un décret portant organisation de l'inspection départementale d'hygiène.

Médaille d'honneur de l'Assistance publique. — Argent : Mlle le docteur Simon, de Paris ; MM. les docteurs Didier, d'Epinal ; Voulmier, d'Alençon ; Jung, de Metz.

Ministère de l'Agriculture. — *Mérite agricole.* — M. le docteur Bonnet, à Romans, est nommé commandeur du Mérite agricole.

COURS ET CONFÉRENCES

Clinique médicale propédeutique (Hôpital Broussais, 96, rue Didot). Professeur Emile Sergent. — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose aura lieu du lundi 7 juin au samedi 8 juillet inclus.

Une affiche donnera prochainement le programme détaillé.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — A partir du 23 avril 1937, auront lieu, à l'Hôpital Saint-Antoine, dans le service du docteur M.-P. Weil, tous les vendredis, à 10 h. 30, une série de leçons sur les grandes thérapeutiques contre le rhumatisme :

23 avril : La thérapeutique de la douleur : M. M.-P. Weil.

30 avril : L'iode : M. L. Langlois.

7 mai : L'or : M. V. Oumansky.

14 mai : Le soufre : M. J. Dedet.

21 mai : Sérums, vaccins, venins : M. Ch. Polak.

28 mai : Physiothérapie et thérapeutiques endocriniennes : M. Ferri.

4 juin : Les thérapeutiques radioactives : M. Y. L. Wickham.

11 juin : Immobilisation plâtrée et mobilisation : M. Vidal-Naquet.

18 juin : Appareils et appareillages : M. C. Roederer.

25 juin : Massage : M. A. Fege.

2 juillet : Opérations ankylosantes et libératrices : M. R. Massart.

9 juillet : Les thérapeutiques hydro-minérales : M. M.-P. Weil.

Le cours est libre, ouvert à tous les médecins français et étrangers, ainsi qu'aux étudiants en médecine.

Hôpital Broussais, 96, rue Didot, Paris (14e). — Clinique cardiologique. — Professeur Ch. Laubry.

Lundi, de 9 h. 30 à midi, visite de M. le prof. Laubry (service des femmes) ; examens radiologiques (docteur Wanser, docteur H. de Balsac).

Mardi, de 9 h. 30 à midi : visite de M. le prof. Laubry (service des hommes) ; consultation (docteur D. Routier).

Mercredi, de 9 h. 30 à midi : visite de M. le prof. Laubry (service des hommes) ; examens radiologiques (docteur Routier, docteur H. de Balsac).

Jeudi : consultation par M. le prof. Laubry.

Vendredi : examen radiologique des malades par M. le prof. Laubry.

Samedi, de 9 h. 30 à 11 h. : visite dans les salles par M. le prof. Laubry (service des femmes) ; consultation du docteur J. Walser ; de 11 h. à midi : cours théorique, sous la direction de M. le prof. Laubry, de ses assistants et chefs de clinique.

Nécrologie. — Le médecin général du cadre de réserve Paul Ruotte, ancien chef supérieur du S. S. de l'armée d'Orient, puis des troupes du Maroc.

— Le docteur Fernand Moncharmont, à Etang-sur-Arroux (Saône-et-Loire).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU TITRE DE DOCTEUR DENTISTE

Délibération des professeurs de l'Ecole de médecine de Caen en date du 6 avril 1937

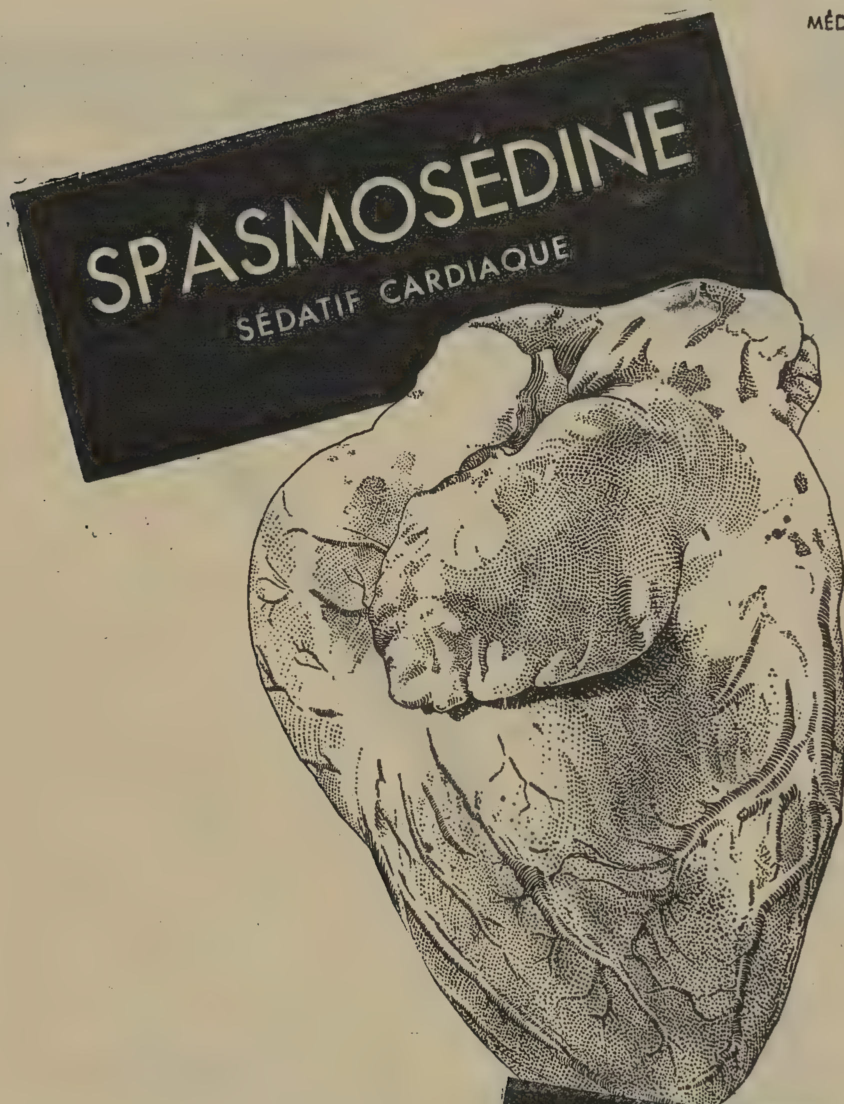
« A l'unanimité, les professeurs de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Caen s'élèvent contre l'attribution du titre de docteur aux chirurgiens-dentistes. Cette mesure paraît tout à fait inopportune. Il n'y a pas plus de nécessité de conférer le titre de docteur aux chirurgiens-dentistes qu'aux sages-femmes. »

Cette délibération est la première réponse faite à l'enquête ouverte par le S. M. S. auprès des Facultés et Ecoles.

RENSEIGNEMENTS

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULD PASTEUR, PARIS (XVe)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS



DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

les 2 médicaments cardiaques essentiels

REVUE GENERALE

LA GRANULIE FROIDE

Par M. G. VAJA (de Bucarest)

Malgré la grande discussion qui eut lieu il y a deux années à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, quand une séance lui fut consacrée, le problème des granulies froides est resté absolument le même qu'auparavant. Les auteurs qui y prirent part se sont contentés de soutenir chacun son point de vue, déjà connu, et le problème, qui « est un problème de nosologie » pour M. Ameuille ou qui doit être rayé même de la nosologie pour d'autres auteurs, ne fut pas résolu dans un sens qui soit reconnu par la totalité des auteurs. La plupart furent d'accord avec M. Burnand, qui était venu de Lausanne pour prendre part à la discussion, que la granulie froide existe et qu'il faut lui faire une place à part dans la nosologie.

Il paraît que la même forme clinique de la tuberculose a été individualisée déjà par Hérard et Cornil qui la décrivent dès 1867 sous le nom de phtisie granuleuse généralisée.

Chez les nourrissons, elle a été décrite pour la première fois en 1892 par Aviragnet qui lui a donné le nom de tuberculose chronique diffuse des bébés et par Marfan, la même année, sous le nom de tuberculose généralisée chronique des nourrissons. Actuellement, le professeur Marfan lui préfère celui de granulie chronique de la première enfance.

Plus tard, Bard a décrit les granulies discrètes ou migratrices, formes généralement fugaces qui ne correspondaient à l'ancienne idée de granulie, maladie grave. Il a aussi insisté sur les poussées granuliques très localisées qui contribuent à l'extension des lésions fibreuses denses de la tuberculose.

En 1924, dans un mémoire paru dans les *Annales de Médecine*, Burnand et Sayé montrent que « au même titre que les autres grandes formes lésionnelles de la phtisie, les foyers miliaires ou nodulaires de la bacillose peuvent eux aussi affecter, tantôt une allure aiguë, tantôt une marche subaiguë, tantôt une forme franchement torpide ; même leur parfaite curabilité peut être envisagée dans certaines conditions déterminées ».

Des auteurs américains et allemands avaient publié la description de cas analogues avant l'apparition du mémoire princeps de Burnand et Sayé.

Etude clinique. — Les premiers signes qui apparaissent sont les altérations de l'état général, qui habituellement restent assez atténuées : le teint devient pâle ou parfois cyanotique, survient un peu de fatigabilité, de l'asthénie, troubles qui, dans la plupart des cas, n'empêchent pas le malade de vaquer à ses occupations. Il maigrit, a parfois des troubles gastro-intestinaux : de l'anorexie, des vomissements, de la diarrhée. La température est normale avec, parfois le soir, une légère élévation thermique, ou elle est légèrement subfébrile.

La toux est rare, à caractère parfois quinteux ; l'expectoration presque nulle et les bacilles absents ou extrêmement rares. La dyspnée existe presque toujours, pour Burnand et Sayé, mais elle est très discrète et on doit parfois faire fatiguer un peu le malade pour qu'elle apparaisse.

Le début est parfois tellement insidieux que Hautefeuille, qui a fait des granulies froides l'objet de sa thèse, reporte le début « à la date de sa constatation formelle sur un film radiographique ».

L'hémoptysie est assez commune, elle existait 15 fois sur les 20 cas observés par Sayé à Barcelone. Elle est peu abondante et afébrile en général, ayant tous les caractères des hémoptysies mécaniques, sans poussée évolutive.

Les signes physiques relevant de la granulie sont le plus souvent nuls ; les plus nets sont ceux d'une sclérose ou de quelques petites lésions préexistantes : affaiblissements du murmure vésiculaire et respiration plus ou moins rude et soufflante, expiration prolongée avec diminution de la sonorité. Les bruits adventices se rencontrent très rarement et alors ils relèvent, comme nous l'avons déjà dit, plutôt des lésions coexistantes que de la granulie et il est bien facile de comprendre ce fait, quand on pense que ce qui est caractéristique de la granulie, c'est la juxtaposition de fins nodules et d'alvéoles perméables.

Tout en contraste avec les signes d'auscultation apparaît l'examen radiologique. En effet, c'est sur ce dernier examen qu'est basé le diagnostic et alors les auteurs qui ont étudié la granulie froide se sont efforcés de le décrire le plus exactement possible. Les symptômes généraux et fonctionnels, ainsi que les signes physiques sont très effacés et correspondent à la période de début de toutes les formes de tuberculose, excepté celles à début brusque.

On doit dire dès maintenant que tous les individus suspectés d'avoir une granulie froide, doivent être radiographiés et que l'examen radioscopique seul n'est pas suffisant. A l'écran, l'altération pulmonaire se traduit par un voile diffus qui diminue la transparence des champs pulmonaires ; tandis que le cliché apparaît parsemé de fins nodules qui sont liés entre eux par une fine ligne. Ces altérations sont presque toujours bilatérales et d'aspect d'autant plus symétrique que la maladie est plus près de son début évolutif. D'autres fois, quand les nodules sont très serrés, il pourrait résulter un voile presque uniforme.

Debré et Lelong distinguent, au point de vue radiologique, deux types. Le premier, plus rare, « est caractérisé par des taches extrêmement fines, punctiformes, peu foncées, à la limite de la visibilité », uniformément répandues sur les deux champs pulmonaires. A l'écran, la transparence pulmonaire est normale ou à peine diminuée.

Le deuxième type, beaucoup plus fréquent, se traduit sur le film radiographique par des taches finement nodulaires, « plus foncées, plus volumineuses (lenticulaires plutôt que miliaires), plus inégales entre elles, de forme plus irrégulière, à bords plus flous ». Elles ont tendance à se grouper. Leur dissémination n'est pas uniforme ; elles tendent à occu-

per plutôt certaines régions, à rester unilatérales ou même à occuper un seul lobe pulmonaire.

Chez l'enfant, souvent ces images sont associées à celles qui traduisent le foyer initial ganglio-pulmonaire (Debré et Lelong).

Plus tard, lorsque la maladie évolue depuis un temps plus ou moins long, les nodules s'accroissent et se conglomèrent surtout vers le hile, il en résulte des taches macronodulaires ou même de petites images spéléomorphiques, résultées de l'agmination de plusieurs nodules autour d'un centre clair. Il résulte plutôt des images en nid d'abeilles.

J. Stephani, d'accord, dit-il, avec Assmann, avec Haudeck, avec Matthes et Vogel, pense « que l'image radiographique d'une tuberculose miliaire n'est pas due à l'ombre des tubercules isolés, ce qui serait impossible dès qu'ils se trouvent à une certaine distance de la plaque, mais au contraire à la sommation des ombres d'éléments multiples ». Après des expériences faites en Allemagne, un corpuscule, de 1 à 2 mm. de diamètre et de la densité d'un tubercule miliaire, n'est pratiquement pas visible, s'il n'est pas absolument en surface du côté film.

Les taches des granulies froides ont des bords moins flous que dans la granulie aiguë, mais le fond est d'ordinaire plus gris. Rist, Rolland, Jacob et Hautefeuille disent que « la différence est plus sensible encore au niveau des ombres costales : sur les clichés de même pose, on distingue difficilement les granulations froides à travers l'opacité des côtes, alors qu'on peut bien reconnaître les granulations aiguës ».

De même dans la granulie aiguë, les taches micronodulaires ont moins de tendance à s'agminer, tandis que dans la granulie froide, elles ont une tendance assez nette à la coalescence. Pourtant, il est bien hasardeux de vouloir poser un diagnostic clinique et même de tirer des conclusions anatomo-pathologiques sur la seule vue d'un cliché.

C'est ce que font Gräff et Küpferle qui, dans leur Atlas sur la tuberculose pulmonaire, tirent des radiographies des conclusions anatomiques et histologiques.

C'est bien difficile de contrôler leurs dires, car il faudrait avoir des clichés tirés très peu de temps avant la mort. Autrement, les confrontations des pièces anatomiques avec les clichés ne sont pas démonstratives parce que la radiographie marque l'état d'une lésion qui a pu évoluer encore un temps plus ou moins long, jusqu'à ce qu'on arrive à la vérification anatomique.

En travaillant de cette façon, Ulrici, sur un bon nombre des cas, a pu vérifier histologiquement les affirmations de Gräff et Küpferle.

Au point de vue évolutif, cette forme de la tuberculose pulmonaire peut aller de la torpidité la plus absolue, jusqu'à une marche assez rapide. Elle peut rester pendant des mois et des années sans se modifier. Dans un des cas observés par Burnand et Sayé, le syndrome est resté pareil à lui-même pendant dix années. L'évolution absolument froide est entrecoupée par des poussées évolutives, pendant lesquelles la granulie devient « tiède », suivant l'expression qu'on a souvent employée. Ces poussées sont caractérisées soit par une petite élévation thermique, une légère accentuation des symptômes fonctionnels ; soit par l'apparition de quelques crachats rouges ou d'une pleurésie. Burnand et Sayé ont rencontré pendant ces poussées « l'apparition de ganglions de petit volume dans une région du corps où l'on n'a point coutume d'en rencontrer ».

L'évolution peut se faire parfois vers la régression, allant jusqu'à l'effacement de l'image radiologique, et Hautefeuille insiste beaucoup sur la granulie curable. D'après lui, ce qui est frappant, c'est « le nombre relativement considérable où la disparition complète de fines taches a été observée ». Témoins sont aussi les cas rapportés par Dufour, par Ferru et Pérochon, par Pellé.

L'effacement radiologique des images micro-nodulaires pourrait s'expliquer de plusieurs façons :

a) Certains auteurs pensent qu'à la suite de la disparition de la réaction périfocale, les lésions restent trop petites pour pouvoir apparaître sur un cliché.

b) D'autres pensent que cet effacement se produit à la suite de l'apparition d'un emphysème vicariant, mais l'exagération de la transparence ne pourrait qu'exagérer à son tour les ombres.

Frommel et Metral, dans un travail d'ensemble fait sur cette question, disent que dans presque tous les cas de ce genre, les images étaient floues, donc elles traduisaient des lésions alvéolaires exsudatives, qui ont pu se résoudre ensuite.

D'autres fois, à la suite de plusieurs petites poussées évolutives, la maladie s'achemine vers la phtisie chronique banale. C'est sur ces cas qu'est basée l'opinion de L. Bernard, que la granulie froide n'est qu'une des multiples formes de début de la tuberculose pulmonaire.

La mort peut survenir, en dehors des cas qui ont évolué de cette dernière façon, soit par myocardite toxique et asystolie, soit par le réchauffement et la granulie aiguë. Dans un bon nombre des cas, la mort est survenue à la suite d'une méningite tuberculeuse, parfois même après la disparition de l'image radiologique et d'une grosse amélioration de l'état général, comme dans un des cas rapportés par Pellé.

On voit donc que le pronostic de la granulie froide est loin d'être toujours rassurant ; au contraire, il doit être réservé car l'évolution vers la guérison spontanée n'est malheureusement pas la règle.

De tout ce que nous avons dit sur la symptomatologie de la granulie froide, il résulte que le diagnostic positif est uniquement basé sur l'image radiographique, car cliniquement la granulie froide ne se traduit que par des symptômes et des signes qui lui sont communs avec les autres formes débutantes de la tuberculose pulmonaire chronique.

Le diagnostic différentiel sera donc fait avec les multiples maladies qui présentent la même image radiologique. On exclut ainsi le diagnostic avec les tuberculoses fibreuses et torpides du poumon, qui ont leurs signes radiologiques spéciaux et les états bacillaires chroniques, décrits par Burnand et qui n'ont aucune traduction radiologique.

On doit ainsi différencier la granulie chronique des :

1° Divers types de granulies discrètes et migratrices de Bard, qui sont épisodiques, localisées et plus fébriles ;

2° Poussées granuliques, qui contribuent à l'extension de la tuberculose fibreuse ;

3° Pneumokonioses à image micronodulaire qui au point de vue symptomatologique ressemblent beaucoup à la granulie froide, par les antécédents professionnels du malade qui a longtemps travaillé dans une atmosphère poussiéreuse. D'ailleurs, un bon nombre d'auteurs avec Rist et Policard, n'admettent les pneumokonioses comme entité à part, mais seulement comme une association avec la tuberculose ;

4° Images radiologiques micronodulaires qui apparaissent à la suite de certaines hémoptysies et qui se distinguent par leur brusque apparition après une hémoptysie abondante ;

5° Parfois à la suite de l'ingestion de lipiodol dans la trachée, le lipiodol entré dans le poumon y persiste sous la forme de fines taches disséminées. Dans ces cas, on trouvera dans les antécédents du malade l'injection de lipiodol, ce qui aidera à établir le diagnostic ;

6° Sergent demande à différencier les images micronodulaires des images « en mailles de filet », qui représentent les espaces interlobulaires accentués par une infiltration comme dans la périlobulite, ou par la stase sanguine, comme au cours des insuffisances cardiaques ou par la stase lymphatique ;

7° Pautrier a signalé des images micronodulaires au cours de la maladie de Besnier-Boeck qui est une réticulo-endothéliose atteignant tous les organes et à laquelle il faut penser quand on trouvera en même temps des taches micronodulaires dans les poumons et des lésions cutanées et ganglionnaires ;

8° Macaigne et Nicaud ont décrit la sclérose nodulaire du poumon à type miliaire, à la suite de l'observation d'un malade qui présentait une image radiographique de granulie et avec une expectoration muco-purulente dans laquelle ils n'ont pu déceler les bacilles de Koch, ni à l'examen direct, ni à l'homogénéisation après enrichissement à l'étuve. L'examen histologique leur a montré des formations fibreuses sans aucun élément de nature tuberculeuse ;

9° La granulie pulmonaire syphilitique se voit surtout sur des poumons atteints des lésions sclérogommeuses diffuses et des dilatations bronchiques et paraît être l'aboutissant d'une longue évolution de la syphilis pulmonaire ;

10° On est encore obligé de discuter le diagnostic différentiel avec une carcinose miliaire des poumons, mais en général son évolution est beaucoup plus rapide que dans la granulie froide ;

11° Le diagnostic dans les cas de bronchectasie miliaire d'Assmann sera tranché par le lipiodol.

La nature tuberculeuse de la granulie froide ne peut être toujours démontrée par la bacilloscopie positive des crachats. Dans ces cas on doit rechercher dans les antécédents, tant personnels que familiaux des malades, des indices sur la nature tuberculeuse. On recherchera ainsi la coexistence de diverses affections de même origine : une adénopathie, une fistule anale, une arthrite surtout chez les enfants, chez lesquels les réactions positives à la tuberculine seront de précieux indices.

En ce qui concerne la pathogénie, Burnand et Sayé pensent que « cette forme de granulie rend bien improbable l'intervention du mécanisme pathogénique qu'on assigne classiquement aux poussées miliaires : à savoir, l'effraction d'un foyer caséifié dans la lumière d'un vaisseau — à moins qu'on ne doive invoquer des phénomènes de résistance spéciale au virus tuberculeux, propre à certains individus avec tendance précoce à la sclérose ». Ils croient « qu'il s'agit de tuberculose miliaire à propagation lente exclusivement lymphangitique ».

A. Giraud explique la bénignité de l'évolution par la formation progressive mais lente des granulations dans un poumon fibreux.

Armand-Delille et Gavois se demandent si à l'origine des granulies froides il n'y a pas un bacille tuberculeux à type S (smooth) de Petrof et qui est infiniment plus labile que ceux du type R (roogh).

Au point de vue expérimental, Nicaud a pu réaliser chez le lapin, par des injections intraveineuses de bacilles tuberculeux tués, une tuberculose miliaire qui peut évoluer chroniquement pendant des mois, aboutissant à la sclérose ou à la guérison. Dans ces cas, d'accord avec Huebschmann et Arnold, Bezançon et Delarue, l'auteur a trouvé que la lésion pulmonaire élémentaire était une lésion alvéolaire. L'alvéolite est au début desquamative simple et plus tard devient giganto-cellulaire ou même fibreuse. L'évolution folliculaire se fait aux dépens des cellules alvéolaires pour les giganto-cellulaires et les épithélioïdes.

Les cellules alvéolaires pariétales fixes sont les agents de réparation des lésions. Vers le 50e jour, les alvéolites desquamatives et folliculaires commencent à se transformer dans le troisième stade des lésions, celui d'alvéolite fibreuse, oblitérative.

En ce qui concerne la fréquence de la granulie froide, Burnand et Sayé disent, dans leur mémoire princeps, l'avoir rencontrée 20 fois sur une centaine de cas de tuberculose fibreuse. Pour les autres auteurs qui ont étudié cette question, la granulie froide se rencontre beaucoup plus rarement.

Ce type clinique paraît être plus fréquent entre 20 et 30 ans, mais peut être rencontré « à tout âge ». Ainsi même dans le mémoire de Burnand et Sayé, une des observations est relative à un enfant de 12 ans. Depuis, plusieurs observations concernant des enfants ont été publiées par différents auteurs. Lesné et ses collaborateurs pensent qu'elle est exceptionnelle chez les enfants et que la plupart des observations publiées ne sont relatives qu'à des granulies « subaiguës remarquablement torpides, mais qui n'en évoluent pas moins vers la mort ».

Du même avis sont Debré et Lelong, qui ont dû trier des centaines d'observations pour en relever 8 cas. Et de ces huit observations, sept cas ont évolué plus ou moins vite vers la mort qui est survenue dans la plupart des cas par méningite tuberculeuse. Un seul enfant présentait encore les mêmes symptômes, mais plus atténués après 9 mois d'évolution de la maladie, mais chez lui l'image granulique occupait seulement la moitiétié supérieure du champ pulmonaire droit.

Quant à l'anatomie pathologique de la granulie froide, elle est basée sur les quelques autopsies, pas trop nombreuses d'ailleurs, qui ont été pratiquées par Burnand et Sayé ; Burnand et de Meyenburg ; Rist, Rolland, Jacob et Hautefeuille, Delarue, Valette et Rosenkranz, Mme Y. Hesse.

Dans leurs autopsies, Burnand et Sayé ont trouvé que « les poumons étaient généralement petits, de couleur gris foncé,, farcis d'innombrables granulations miliaires, obscures, bien détachées du parenchyme... sans phénomènes fluxionnaires récents ». Dans certains cas, ces lésions étaient associées à de vastes destructions situées en plein tissu fibreux ; dans d'autres on trouvait des placards de pneumonie scléreuse ; les bronches étaient atteintes de lésions de péribronchite fibreuse ou même de bronchectasies. Le tissu interstitiel et la plèvre étaient en général hyperplasiés.

Rist et ses collaborateurs ont trouvé des granulations répandues sur toute la surface de section des poumons, plus confluentes dans le lobe supérieur et séparées par un tissu fibreux très dense, criant sous le couteau. Au sommet des poumons, ils ont trouvé de petites cavernules d'un demi-centimètre à un centimètre de diamètre.

Valette et Rosenkranz, de leur côté, chez un enfant de 8 ans, apyrétique et dont le cliché montrait un semis granulique, ont trouvé des lésions très diverses : broncho-pneumonie caséeuse, nodules agminés en corymbe, granulations miliaires.

Donc les lésions n'apparaissent presque jamais simples, c'est-à-dire formées seulement des lésions miliaires et fibreuses, mais associées à celles d'un tout autre type comme des cavernes ou cavernules, plaques de pneumonie scléreuse ou lésions broncho-pneumoniques. Naturellement, parfois cette chose dépend beaucoup du temps plus ou moins long de l'évolution.

En ce qui concerne la structure histologique des lésions miliaires dans les granulies, il est intéressant de rappeler que de la statistique de Delarue, qui concorde avec celle de Huebschmann et Arnold, il ressort que :

« Dans les formes où la mort survient rapidement, l'on ne trouve à l'autopsie que des lésions exsudatives ;

« Dans les formes prolongées, traînantes, les nodules sont tous des nodules fibreux ou folliculaires. »

Mais comme la dissémination miliaire ne se produit probablement pas en un seul temps, il en résulte qu'on trouve des nodules de formation exsudative, à côté des formations folliculaires.

Sur l'histologie des lésions granuliques, il y a une bien grande différence entre ce qu'on pensait il y a quelques années et ce qu'on pense aujourd'hui, à la suite des recherches récentes. Pour se convaincre, il n'y a qu'à relire les très intéressants articles de Letulle et Bezançon sur la granulation tuberculeuse et le tubercule miliaire des poumons et ensuite celui de Bezançon et Delarue sur la granulie et la granulation tuberculeuse, parus à huit années d'intervalle l'un de l'autre. Dans le premier, on voit la distinction absolue qu'on faisait à ce moment-là, entre la granulation tuberculeuse, élément typique de la granulie, et caractérisée par :

a) Sa situation dans le tissu interstitiel du poumon ;

b) Sa constitution histologique toujours folliculaire, et

c) Sa pathogénie, les bacilles étant toujours répandus par voie sanguine et le tubercule miliaire qui était intra-alvéolaire, de structure exsudative, pneumonique et d'origine aérienne et qui caractérisait les lésions broncho-pneumoniques. La distinction paraissait si nette, qu'on classait de « fausses granulies » les cas dans lesquels l'examen histologique montrait des lésions alvéolaires exsudatives.

Rist et ses collaborateurs ont été toujours contre cette séparation trop absolue, ce « néo-dualisme », comme ils l'ont appelé, et ils ont rapporté des cas de granulie aiguë avec des lésions d'alvéolite exsudative et caséeuse. Au cours de la même séance, à la Société Anatomique, ils ont rapporté des cas de tuberculose miliaire subaiguë et chronique, dont la structure était caractérisée par l'abondance du tissu fibreux et la juxtaposition, l'intrication des éléments folliculaires et des lésions broncho-alvéolaires, avec la prédominance de ces dernières.

Dans le dernier article, M. Bezançon revient sur son ancienne conception du problème des granulies et admet que la porte d'entrée des bacilles n'a aucune influence sur la structure histologique, ni sur la situation interstitielle ou intra-alvéolaire et que dans la granulie les lésions peuvent être aussi bien folliculaires qu'exsudatives.

Au point de vue thérapeutique, il faut prescrire en première ligne, comme dans toute tuberculose, la cure de repos hygiéno-diététique et suivant Burnand et Sayé aussi l'administration prolongée des tonicardiaques.

Quant au traitement par les sels d'or, il paraît que seulement les lésions exsudatives et non celles remaniées par l'évolution folliculaire et fibreuse, peuvent bénéficier de cette thérapeutique. C'est au moins ce qui ressort de la vaste expérience en matière d'aurothérapie de MM. Ameuille et Hinault. En tout cas, nombre d'auteurs ont publié des bons résultats obtenus, par cette médication, dans la granulie froide.

A la suite du mémoire de Burnand et Sayé, un grand nombre d'auteurs ont rapporté les cas qui paraissaient entrer dans le cadre des granulies froides et une assez vive discussion sur leur signification fut commencée entre les auteurs qui soutenaient leur existence et ceux qui la niaient.

Ainsi, et nous l'avons déjà dit, L. Bernard écrivait que dans la granulie froide « en réalité il s'agit de débuts à type miliaire de la tuberculose pulmonaire chronique. Et la preuve en est dans la transformation progressive de l'image au fur et à mesure de l'évolution clinique ».

Mais parmi les observations publiées, on peut trouver des cas typiques de granulie froide où « le syndrome reste pareil à lui-même pendant des mois et des années » (Burnand). De même qu'on ne pense pas à nier la forme fibreuse à cause du fait que parfois, à la suite d'une hémoptysie elle peut prendre une marche aiguë, de même on ne peut pas reprocher à la gra-

nulie froide de se compliquer parfois d'autres lésions tuberculeuses.

Jacquerod pense que tous les cas concernent des granulies refroidies et non froides d'emblée, mais on n'arrive pas toujours à retrouver dans les antécédents cet épisode aigu qui n'aurait pas pu passer inaperçu.

Plusieurs auteurs, parmi lesquels Rist, Courcoux, Giraud, pensent qu'on doit remplacer le terme de granulie, tant froide qu'aiguë, par celui de tuberculose miliaire. Mais la plupart des auteurs, tout en reconnaissant le bien-fondé de cette proposition, ont cru mieux faire de garder ce nom qui est tellement suggestif et entré depuis si longtemps en pratique.

On a reproché aussi que l'introduction de ce syndrome dans la nosologie donnera lieu à des diagnostics abusifs.

C'est vrai que si on relit toutes les observations de granulies froides qu'on a publiées jusqu'ici, on se rend compte que, dans la plupart des cas, elles concernent des malades chez lesquels la granulie froide n'a été qu'un épisode plus ou moins long, mais ne dépassant pas quelques mois, au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire. Mais à côté de celles-ci, on trouve les autres observations, plus rares, qui regardent des cas où la granulie a évolué véritablement chronique et sans s'accompagner d'autres lésions.

Toutefois le type clinique isolé par Burnand et Sayé n'existe pas moins ; la plus grande part des auteurs sont d'accord sur ce point, qu'il représente une entité clinique. Mais pour ne pas le compromettre et si l'on veut que la granulie froide garde une certaine individualité, il faudra ne réunir sous ce titre que les cas vraiment typiques. Il faut que la maladie ait une marche froide et que, sur plusieurs clichés tirés à des intervalles éloignés, elle garde le même aspect radiographique. Dufourt et Brun demandent en outre que la terminaison se fasse par guérison ou par l'éclosion d'une granulie aiguë pour que les cas puissent entrer dans ce cadre.

Pour éviter d'étendre démesurément le domaine de la granulie froide et d'y faire entrer trop de faits disparates, le mieux est de s'en tenir à ce que disait M. Burnand, dans la séance du 8 juin 1934 à la Société Médicale des hôpitaux de Paris :

« On pensera au diagnostic de granulie froide lorsque sur la radiographie thoracique d'un sujet apyrétique on aura la surprise de découvrir une image typique de granulie : des micronodules innombrables répartis très largement et d'une manière relativement uniforme sur les deux champs pulmonaires, à l'exclusion de lésions d'un autre type (on peut cependant admettre l'existence éventuelle de foyers concomitants d'un autre type : cavernules finement cernées, minimes et évidemment accessoires.

Une fois constatée cette rencontre d'éléments tout à fait particulière, le diagnostic s'orientera plus nettement vers la granulie froide, s'il existe quelques signes discrets d'imprégnation tuberculeuse, des antécédents

personnels ou familiaux suspects, une concomitance de lésion bacillaire extrapulmonaire et l'absence de tout élément professionnel ou anamnestique permettant de soupçonner une étiologie non bacillaire. »

Bibliographie

1. P. Ameuille. — *Le problème des granulies froides.* Bull. et mém. de la Soc. Méd. hôp. Paris, 25.VI.1934, p. 886.
2. Ameuille, Hinault. — *Action de l'aurothérapie suivant les formes anatomocliniques de la tuberculose pulmonaire.* Soc. méd. hôp. Paris, séance du 21 déc. 1931.
3. P. Armand-Delille. — *A propos du pronostic de la granulie froide.* Soc. pédiatrie Paris, séance du 16 juin 1936.
4. Armand-Delille et Bayer. — *Un cas de granulie froide avec des bacilles de Koch dans le contenu gastrique.* Soc. péd., séance du 21 mars 1936.
5. Armand-Delille et Gavois. — *Les granulies atténuées chez l'enfant.* Paris Médical, 6 janvier 1934, p. 17.
6. Armand-Delille et Gavois. — *Granulies atténuées, granulies froides et localisations tuberculeuses chez l'enfant.* La Médecine, mai 1933, p. 357.
7. Armand-Delille, Lestocquoy, Huguenin. — *La tuberculose pulmonaire et les maladies de l'appareil respiratoire chez l'enfant et chez l'adolescent.* Edit. A. Legrand, 1933, p. 174.
8. Bergeron, Sakka. — *Silicose ou granulie froide.* Rev. tub., févr. 1936, p. 184.
9. Bernard (Et.). — *Granulie froide et tuberculose fibreuse.* Bull. et mém. Soc. méd. hôp. Paris, 25 juin 1934, p. 904.
10. Bernard (L.). — *Les débuts et les arrêts de la tuberculose pulmonaire.* Edit. Masson, 1931, p. 159.
11. Bernard (L.). — *La signification des tuberculoses miliaires, dites « granulies froides ».* Bull. Mém. Soc. Méd. hôp. Paris, 25 juin 1934, p. 946.
12. Béthoux. — *Granulie pulmonaire subaiguë terminée par une méningite tuberculeuse.* Soc. péd. Paris, séance du 15 octobre 1935.
13. Bezançon (F.). — *La notion de granulie froide et l'interprétation de « l'aspect granuleux et trabéculaire ».* Bull. Mém. Soc. Méd. hôp. Paris, 25 juin 1934, p. 953.
14. Bezançon, Braun, Duhamel. — *De l'interprétation de certains aspects granuleux radiographiques.* Rev. tub., juin 1927, p. 406.
15. Bezançon, Braun, Duhamel. — *De l'interprétation de l'aspect granuleux et trabéculaire au cours de certaines tuberculoses hémoptoïques.* Paris Médical 19 févr. 1927.
16. Bezançon, Delarue. — *Granulie et granulation tuberculeuse.* Presse Méd., 15 mars 1930, p. 369.
17. Besançon, Delarue. — *Etat actuel du problème des granulies.* La Médecine, mai 1930, p. 369.
18. Brahic, Recordier, Léna, Dumon. — *Sur un cas de granulie froide.* Comité méd. des Bouches-du-Rhône, février 1934.
19. Burnand. — *Un cas de granulie chronique avec autopsie et examen histologique.* Annales de Méd., juillet 1925, p. 46.
20. Burnand. — *Considérations sur la granulie froide à propos d'un cas compliqué d'érythème cutané chronique. Bull. Mém. Soc. méd. hôp. Paris,* 25 juin 1936, p. 889.
21. Burnand, Sayé. — *Granulies froides et granulies chroniques.* Annales de méd., mai 1924, p. 365.
22. Debré, Lelong, Sémelaigne, Mignon, Petot. — *La granulie froide chez l'enfant.* Bull. Mém. Soc. Méd. hôp. Paris, 25 juin 1934, p. 922.
23. Dejean (Ch.). — *Recherches sur la formation des granulies tuberculeuses.* Rev. tub., févr. 1934, p. 113.
24. Delarue (J.). — *Les limites du cadre anatomoclinique de la tuberculose miliaire.* Revue méd. franç., juin 1932, p. 561.
25. Delarue (J.). — *Les formes anatomocliniques des granulies pulmonaires.* Thèse Paris, 1930, p. 87.
26. Dufour (H.). — *Evolution radiographique d'une granulie pulmonaire.* Bull. Mém. Soc. méd. hôp., Paris, 25 juin 1934, p. 898.
27. Dufourt, Brun. — *Quelques observations de granulie froide.* Soc. méd. hôp. Lyon, séance du 20 févr. 1934.
28. Dufourt, Brun. — *Etude critique du syndrome granulie pulmonaire froide.* Presse méd., 17 mars 1934, p. 433.
29. Ferru, Pérochon. — *Granulie froide infantile revue après sept ans.* Bull. Mém. Soc. méd. hôp. Paris, 25 juin 1934, p. 932.
30. Frommel, Metral. — *L'effacement radiologique des images micro-nodulaires au cours de la guérison de la granulie pulmonaire.* Rev. méd. Suisse romande, 25 juin 1934, p. 688.
31. Gaté, Dechaume, Gardère. — *La granulie pulmonaire syphilitique.* Journ. de méd. de Lyon, 20 oct. 1929, N° 235.
32. Gaujoux, Brahic, Recordier. — *A propos des granulies pulmonaires et de leur traitement par les sels d'or.* Rev. tub., juillet 1934, p. 710.
33. Giraud (A.). — *Contributions à l'étude des granulies chroniques du poumon.* Paris Méd., 25 juin 1927, p. 677.
34. Giraud (A.). — *La tuberculose à foyers micronodulaires disséminés et la conception moderne de la granulie.* Monde médical, 1er févr. 1932, p. 81.
35. Giraud (A.). — *La granulie et les tuberculoses pulmonaires à foyers micronodulaires disséminés.* Journal des praticiens, 8 déc. 1934, p. 801.
36. Grenet (H.), Isaac-Georges. — *A propos de trois observations de tuberculose micronodulaire subaiguë ou chronique chez l'enfant.* Bull. Mém. Soc. méd. hôp. Paris, 25 juin 1934, p. 914.
37. Hautefeuille. — *Contribution à l'étude de la granulie froide et chronique.* Thèse Paris, 1926.
38. Lesné, Clément (R.), Mlle Dreyfus-Sée, Launay. — *A propos de la granulie froide chez l'enfant.* Bull. Mém. Soc.méd. hôp. Paris, 25 juin 1934, p. 918.
39. Letulle, Bezançon. — *La granulation tuberculeuse et le tubercule miliaire des poumons.* Presse Médicale, 23 sept. 1922, p., 817.
40. Lévi-Valensi. — *Granulie froide chez un indigène syphilitique et paludéen ; traitement antisyphilitique ; méningite tuberculeuse.* Soc. méd. Hôp. Paris, séance du 26 oct. 1934.
41. Macaigne, Nicaud. — *Sclérose nodulaire du poumon à type miliaire, images radiologiques.* Bull. Mém. Soc. méd. Hôp. Paris, 18 nov. 1927, p. 1563.
42. Macaigne, Nicaud. — *Sclérose nodulaire du poumon et ses images radiologiques.* Soc. d'Et. scient. sur la Tub., séance du 10 déc. 1927.
43. Macaigne, Nicaud. — *La sclérose nodulaire du poumon.* Presse méd., 15 févr. 1928, p. 196.
44. Macaigne, Nicaud. — *Granulie expérimentale réalisée par injection intraveineuse des B. K. tués.* Soc. biol., séance du 25 octobre 1930.
45. Macaigne, Nicaud. — *Les lésions alvéolaires de la granulie expérimentale.* Presse méd., 17 déc. 1930, p. 1732.
46. Nicaud. — *De la difficulté de l'interprétation des images radiologiques micronodulaires. Sclérose nodulaire du poumon à images radiologiques granuleuses.* Bull. Mém. Soc. méd. Hôp. Paris, 25 juin 1934, p. 936.
47. Nicaud. — *Tuberculose miliaire chronique expérimentale.* Bull. Mém. Soc. méd. Hôp. Paris, 25 juin 1934, p. 941.

48. NOBÉCOURT. — *Clinique médicale des enfants. La tuberculose.* Edit. Masson, 1929, p. 59 et p. 200.
49. PAUTRIER. — *Les lésions granuliques pulmonaires de la maladie de Besnier-Boeck ; difficulté d'interprétation des images micronodulaires.* Bull. Mém. Soc. méd. Hôp. Paris, 2 nov. 1934, p. 1409.
50. PELLÉ. — *Granulie pulmonaire froide.* Bull. Mém. Soc. méd. Hôp. Paris, 25 juin 1934, p. 900.
51. RIST, ROLLAND, JACOB, HAUTEFEUILLE. — *Contribution à l'étude anatomo-clinique de la tuberculose miliaire.* Rev. Tub., octobre 1927, p. 625.
52. ROLLAND, JACOB, HAUTEFEUILLE. — *A propos de l'anatomie pathologique des tuberculoses miliaires subaiguës et chroniques.* Ann. d'Anat. path., 16 déc. 1926, p. 984.
53. SERGENT, COTTENOT, POUMEAU-DELILLE. — *Les images radiologiques en mailles de filet.* Bull. Mém. Soc. méd. Hôp. Paris, 25 juin 1934, p. 952.
54. SERGENT, COTTENOT, POUMEAU-DELILLE. — *Interprétation radiologique des images en mailles de filet et la granulie froide.* Presse médicale, 17 nov. 1934, p. 1809.
55. STEPHANI (J.). — *La tuberculose pulmonaire vue aux rayons X.* Edit. Payot, 1928, p. 127.

CONGRÈS DE LA FÉDÉRATION DES SOCIÉTÉS DES SCIENCES MÉDICALES DE L'AFRIQUE DU NORD

Alger, 22-23-24 mars 1937

TYPHUS ET PSEUDO-TYPHUS

Le VIIe Congrès annuel de la Fédération vient de se dérouler à Alger, du 22 au 24 mars.

Consacré au typhus et aux pseudo-typhus, ce Congrès, sous la présidence du professeur Gillot, avec l'aide des secrétaires généraux : professeur Senevet et docteur Sarrouy, et docteur Dendale, trésorier, a remporté sur tous les terrains un véritable succès.

Deux cent soixante-dix-huit congressistes étaient inscrits, dont une trentaine de la métropole, autant de la Tunisie, une dizaine du Maroc, quatre de la Belgique, une dizaine des diverses régions de l'Algérie.

Plusieurs Facultés s'étaient fait représenter officiellement : en dehors de celle d'Alger où se déroulait le Congrès, la Faculté de Paris avait délégué les professeurs Brumpt, Coste et Piédelièvre ; celle de Marseille avait désigné le professeur Olmer ; celle de Lyon, le professeur Garin ; celle de Bordeaux, le professeur Bonnin ; celle de Lille, le professeur Coutelen.

Le docteur Bonjean, directeur de l'Institut d'hygiène de Rabat, représentait la direction de la santé et de l'hygiène publiques au Maroc. Le docteur Belfort représentait la direction de l'Intérieur en Tunisie ; le professeur Burnet, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, était délégué par la Société de médecine de Tunis. Le docteur Delort représentait la Société des hôpitaux libres de Paris.

Favorisés par un soleil radieux qui les accueillait à leur débarquement sur la terre algérienne, les congressistes métropolitains se joignaient le 22 mars à leurs confrères nord-africains pour la réunion inaugurale qui eut lieu à l'Université d'Alger, dans le cadre de la salle Gsell, sous la présidence du Gouverneur général de l'Algérie. La musique du 9e zouaves, en costume d'avant-guerre, ajoutait à cette cérémonie une note pittoresque.

Après les souhaits de sympathie ou de bienvenue formulés par les délégués ou les autorités locales, l'allocution du professeur Gillot, président du Congrès, et celle de M. Lebeau, gouverneur général, la réunion officielle prit fin pour laisser la place à la première séance de travail.

Au cours de celle-ci fut d'abord exposé le rapport de MM. Gaud et Bonjean, sur « l'épidémiologie du typhus historique dans l'Afrique du Nord ». D'après ces auteurs, le typhus a existé en Afrique du Nord bien avant l'occupation française, et les trois grandes régions : Algérie, Tunisie, Maroc ont toujours été atteintes presque en même temps. Le typhus procède là comme en Europe par épidémies cycliques, dont l'acmé oscille selon les pays entre février et juin. A côté de ces poussées épidémiques, il existe une endémie grossie peut-être des formes inapparentes. Mais ni ces formes ni le virus murin ne permettent d'expliquer la survivance du typhus. Il faut cependant considérer l'homme comme le réservoir de virus du typhus historique.

Le deuxième rapport, celui de MM. Ferrari et Liaras, sur les « complications chirurgicales du typhus exanthématique », montre que ces dernières sont rencontrées surtout dans les formes graves de la maladie. Elles frappent tantôt la parotide, tantôt l'œil. Fréquemment aussi, sous forme de complications vasculaires, le typhus entraîne des gangrènes des membres souvent fort étendues, des escarres aux points de pression et jusqu'à des phlébites et des gangrènes intestinales.

Le traitement sera surtout efficace dans les gangrènes des membres.

Dans l'après-midi, après une intéressante conférence du professeur Brumpt, qui, à l'aide de nombreuses projections, résuma ses « voyages aux pays des typhus » et une communication du docteur Belfort (Tunis), les congressistes furent reçus au palais d'été par M. Lebeau, gouverneur général, et Mme Chapouton, sa fille.

La soirée réunissant dans le cadre oriental de l'hôtel Saint-George les congressistes et les médecins d'Alger fut particulièrement brillante et se prolongea tard dans la nuit.

La deuxième séance, mardi 23, comprenait également deux rapports : celui de MM. Donatien et Lestoquard, consacré aux « rickettsioses animales », laissa volontairement de côté toutes les rickettsioses qui, bien qu'animales, peuvent être transmises à l'homme, pour ne considérer que celles strictement propres aux animaux domestiques. Elles sont au nombre de six, dont trois : *Rickettsia canis*, *R. ovina* et *R. bovis*, ont été isolées par les auteurs eux-mêmes. Elles seraient transmises respectivement par *Rhipicephalus sanguineus*, *R. bursa* et *Hyalomma* sp. Ce sont des *Rickettsia* des cellules libres qui s'opposent ainsi à *R. conjunctivœ* du mouton, parasite des cellules épithéliales, et *R. ruminantium* de la « Heart water » des ruminants, transmise par *Amblyomma hebrœum* et parasite des cellules endothéliales.

(*A suivre.*) G. S.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les syndromes parathyroïdiens, par MM. SNAPPER, L. BÉRARD et M. HENRY, G. CORYN. Rapports présentés au Congrès français de médecine (XXIVe session, Paris, 1936). Un vol. de 365 pages, chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en urologie, par G. MARION. Un vol. de 62 pages, chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (6e), 1936. Prix : 24 fr.

Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en pneumologie clinique, par Emile SERGENT. Un vol. de 84 pages, chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (6e), 1936. Prix : 24 fr.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

Association de la Presse médicale française.

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », paru dans la *Presse Médicale*, du 13 février dernier, Henri BARTH, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février dernier, le Dr DANI-HERVOUET a donné communication à la Société Médicale des Praticiens, de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée,** expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Il est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Pr BINET et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple,** moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes* ; **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles.*

N° 34. — MERCREDI 28 AVRIL 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de Médecine), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — Récompenses (année scolaire 1935-1936).

Médailles d'argent. — MM. Blanquine, Bloch L.-J., Hécart, Hausser, Valentin, Mme Buvat, née Cottin, MM. Facquet, Sallet, Cachin, Chadourne, Joly, Lehmann, Paul, Pergola, Robert, Bargeton, Cahuet, Viala, Courtial, Fiehrer, Levaditi, Livieratos, Ménétrel, Mme Bourgeois, née Proche, Mme Milice-Bonnefoy, MM. Tribalet, Demaldent, Leroux, Bernard A.-S.-J., Friedmann, Frumusan, Hamburger, Laplane, Meillaud, Calvet J.-E.P., Tran Quang Dé, Eck, Hannion, Micoud, Sanjurjo y Ramirez, Beuzart, Mlle Hoon, MM. Patey, Beaufils, Lance, Mlle Wix, MM. Silva Pena, Jomain, André, Delamare, Coen, Landrieu, Lauret Mlle Jammet, M. Mahoudeau, Mme Schramec , MM. Grégoire, Aboulker, Mialaret, Boudin, Messimy, Barraya, Boudreaux, Vaisman, Thorel, Gabriel, Guilly, Salles, Tavennec, Leblanc, Bachman, Moline, Roy, Delon, Anglade, Fourestier, Pescaralo, Reyt, Lantz, Peycelon, Villaret, Bonnardel, Halbron, Halpern dit Gelbard, Lambling.

Médailles de bronze. — MM. Millot, Ngo Gnoc Guyen, Oudin, Relier, Vouletitch, Bare, Zimmer, Gorse, Peschard, Mlles Renié, Thierry, MM. Vogel, Barry, Mlle Barret, MM. Castello, Chorine, Etienney, Nematollahi, Bouaziz, Bons, Fabre, Tuchmann, Brizart, Braillon, Mlle Comby, MM. Hesse, Monnier, Netter, Bour, Mme Julia, MM. Salleron, Garcia de Soria, Mme veuve Limananska, MM. de la Lande de Vallière, Mitoff, Vignes, Gillon, Gaquière, Fradin, Liberson, Rivero y Castro, Benzaquen, Cabezas-Duffner, Coletsos, Mlle Houzeau, Mme Adam, née Laborde, MM. Bridot, Carles, Lucquin, Mlle Rendu, MM. Royer de Véricourt, Chévé(Collart, Lepetz, Feldstein, Henry, Schmid, Daskalakis, Lemasle, Rousseau, Dutheil, Galbrun, Ravelo, Daniels, François-Dainville, Creusot, Charenton, Mlle Cousin, MM. Macé de Lépinay, Kraviecki, Loiseau, Rachet, Salomon, Duguay, Lenoir, Pouget, Savignon, Sfeit, Szeker, Voignier Cassiau, Girault, Pollet, Sarrazin, Buding, Szollosi, Pizon.

Mention honorable. — MM. Le Seac'h, Weil, Torrel, Fleys, Thomas de Closmadeuc, Bardou, Zajtman, Maceo y Makle, Martin J., Fort, Doreau.

Concours du prosectorat. — Séance du 22 avril. Epreuve de médecine opératoire. Notes : MM. Mialaret, Judet, 27 ; Leuret, Olivier, 25 ; Calvet, 23 ; Rousseau, 21.

Séance du 23 avril. — Epreuve de dissection. Notes : MM. Judet, Olivier, 29 ; Calvet, 28 ; Mialaret, Rousseau, Leuret, 27.

Totaux : MM. Mialaret, 154 ; Calvet, 150 ; Leuret, 146 ; Judet, 143 ; Rousseau, 133 ; Olivier, 146.

Sont proposés : MM. Mialaret et Calvet.

Concours de l'adjuvat. — Séance du 22 avril. Epreuve écrite de pathologie chirurgicale. Notes : MM. Cauchoix, 19 ; Barcat, Guénin, Lortat-Jacob, Mathey, Rouvillois, 18 ; Bénassy, Coldefy, Cordebar, Monsaingeon, 17 ; Debidour, Tissot, 16.

Sont déclarés admissibles : MM. Monsaingeon, Guénin, Coldefy, Lortat-Jacob, Barcat, Debidour, Rouvillois, Cauchoix, Cordebar.

Ministère de la Santé publique. — M. le docteur Michel a été nommé médecin adjoint au sanatorium public de la Guiche (Saône-et-Loire).

— Le *Journ. off.* du 21 avril publie une circulaire du ministre de la Santé publique, relative à l'agrément des préventoriums privés.

La Maison du Médecin. — Le Conseil d'administration de l'œuvre sera heureux de recevoir à Valenton, au Château des Charmilles, le jeudi 6 mai 1937, dans l'après-midi, tous les confrères et leurs familles qui s'intéressent à la Maison de retraite des vieux médecins.

Un autocar partant du 48, boulevard de la Bastille, toutes les demi-heures, et allant à Brévannes, s'arrête à la porte.

COURS ET CONFÉRENCES

Hôpital Beaujon-Clichy. — Les lundi 3 mai et lundis suivants, à 11 heures, au Service central d'électro-radiologie, une conférence pratique, avec présentation de malades, sera faite sur les sujets suivants :

Lundi 3 mai : M. Aubourg. Colibacillose : formes cliniques, améliorations notables par un traitement d'ozone.

Lundi 10 mai : M. Surmont. Technique et résultats pratiques de l'examen radiologique du duodénum.

Lundi 17 mai : M. Le Go. Troubles trophiques, en particulier l'œdème et l'atrophie musculaire au cours de l'immobilisation des fractures : traitements préventifs par applications de courants exponentiels de basse fréquence, dès la mise en place de l'appareillage.

Lundi 24 mai : M. Aubourg. Parasitose intestinale : résultats cliniques des traitements d'ozone.

Lundi 31 mai : M. Surmont. Technique et résultats de l'examen radiologique de l'aorte.

Lundi 7 juin : M. Le Go. Les brûlures par l'électricité : traitement immédiat par les courants exponentiels de basse fréquence.

Lundi 14 mai : M. May. Technique de l'établissement d'un endocrinogramme à l'aide du spectro-réductomètre. Résultats pratiques dans le diagnostic des troubles des glandes endocrines.

Lundi 21 juin : M. Deille. Nouvelle méthode de radiodiagnostic : la sérieoscopie dans l'étude topographique et la localisation précise des lésions en profondeur.

L'assistance à ces conférences et démonstrations pratiques réservées aux étudiants et médecins praticiens, ne comporte aucun droit d'inscription.

Nécrologie. — A Rapallo vient de mourir, à l'âge de 75 ans, le professeur Riva Rocci. Elève de Forlanini, il participa avec lui aux premiers essais de pneumothorax thérapeutique dans la tuberculose.

Son nom est universellement connu par sa création, en 1896, du sphygmo-manomètre, par ses travaux sur la pression artérielle et l'hypertension.

Professeur de pédiatrie à l'Université de Pavie, il a formé pendant vingt ans la plupart des pédiatres italiens.

Nous adressons à son fils, le professeur Riva Rocci, de Milan, l'expression de notre sincère sympathie.

LE SCORBUT DES PETITS ENFANTS

ETIOLOGIE ET TRAITEMENT (1)

Par le professeur P. NOBÉCOURT

Samedi dernier (2), je vous ai donné une étude clinique du scorbut des petits enfants. Aujourd'hui je vais m'occuper de ses causes et de son traitement.

***

Depuis longtemps on sait que le scorbut s'installe chez les marins au cours des longues traversées et dans les villes assiégées, par suite de la privation prolongée d'aliments frais, qu'on le prévient et qu'on le guérit par l'usage des légumes et des fruits frais, notamment du jus de citron et des jus de fruits acides, avant maturité complète.

Quand il eut montré l'identité du syndrome qu'il avait rencontré chez les petits enfants et du scorbut, sir Thomas Barlow établit que, chez eux, il apparaît après un usage prolongé et exclusif d'aliments conservés, notamment des laits concentrés et des spécialités alimentaires à base de lait concentré ; qu'on obtient sa guérison, en donnant du lait de vache frais, en mélangeant au lait de la purée de pommes de terre, en donnant chaque jour une cuiller à soupe de jus d'orange ou de raisin, du jus de viande fraîche.

Les observations ultérieures ont confirmé et précisé ces données.

Si les facteurs étiologiques du scorbut sont connus depuis longtemps, il n'en est pas de même du processus par lequel ils réalisent la maladie. Diverses théories ont été formulées ; aucune n'est satisfaisante. En 1909, V. Hutinel et Bigart, dans *Les Maladies des enfants* d'Hutinel, écrivaient simplement : « On ne croit plus aujourd'hui, comme naguère, à l'influence scorbutigène d'un excès de sodium et d'un défaut de potassium. On sait seulement que, dans le scorbut de l'adulte, l'alcalinité du sang est diminuée (Garrod), mais on ignore par quel mécanisme cette diminution pourrait créer une disposition aux hémorragies ».

Vers cette époque cependant, en 1907, un grand progrès est réalisé par Holst et Fröhlich, de Christiania ; en nourrissant des cobayes avec des graines et des farines de céréales, ils provoquent l'apparition d'un syndrome hémorragique qui guérit par l'adjonction de végétaux frais, ils démontrent ainsi le rôle d'une *substance antiscorbutique*, indispensable à la vie ; ils précisent quelques-unes de ses propriétés.

En 1912, Funck, de Varsovie, identifie cette substance avec les *vitamines*, qu'il avait étudiées en 1910, qui sont des substances indispensables à la vie, agissant à doses infimes, dont on ignore la composition chimique, qu'on n'a pas isolées, qu'on connaît seulement par les effets de leur absence dans les éléments.

(1) *Clinique médicale des enfants.* Leçon du 16 janvier 1937.
(2) Leçon du 9 janvier 1937. Le scorbut des petits enfants. Etude clinique (*Gazette des hôpitaux*, 31 mars 1937).

Il lui donne le nom de *vitamine C*, parce que la vitamine A, facteur lipo-soluble de croissance ou antixérophtalmique, et la vitamine B, antinévritique ou antibéribérique, ont été connues avant elle.

Le scorbut rentre dans les *maladies par carence* d'Edmond Weill et Georges Mouriquand, des *avitaminoses* ; c'est une *avitaminose C*.

Peu après, en 1915, Osborne et Meadel, Mac Collum et Davis rangent la vitamine C à côté de la vitamine B, dans le groupe des *vitamines hydrosolubles* ou *vitamines proprement dites* de Funk.

Depuis cette époque de nouveaux progrès ont été réalisés.

Les recherches poursuivies à Szaged, en Hongrie, par Szent-Györgyi, de 1928 à 1930, lui permettent d'identifier la vitamine C avec une substance cristallisée, l'*acide ascorbique*.

En 1933, Reichstein, Havorth réalisent la synthèse de l'acide ascorbique par l'action de l'acide cyanhydrique sur l'oxyde de xylose.

Il m'a paru intéressant de résumer en quelques mots les progrès réalisés en une trentaine d'années dans nos connaissances relatives à la pathogénie du scorbut. Grâce à ces progrès, le scorbut est actuellement une des maladies les mieux connues.

Je ne puis, malgré leur intérêt, exposer toutes les recherches qui ont conduit à ce résultat, ni vous dire les noms des savants qui les ont poursuivies. Je dois citer Georges Mouriquand, Edmond Lesné, Mme Lucie Randoin, R. Lecoq, Simonnet, en France ; Hess, à New-York.

Je vais m'occuper maintenant des données essentielles relatives à l'étiologie, à la pathogénie, à la prophylaxie et au traitement du scorbut des petits enfants. J'emploierai indifféremment les termes *Vitamine C* et *acide ascorbique*.

***

L'ACIDE ASCORBIQUE est soluble dans l'eau et l'alcool éthylique.

Sa formule chimique est $C^5H^8O^6$.

C'est un glucide à fonction acide. Il a les réactions des glucides.

Son pouvoir réducteur est supérieur à celui des autres glucides. Il réduit la liqueur de Fehling à froid.

Il s'oxyde rapidement à l'air atmosphérique et à la température ordinaire. La chaleur favorise son oxydation.

Il résiste à la chaleur, surtout à l'abri de l'air ; cependant il est détruit dans l'autoclave à 120°.

L'alcalinité du milieu favorise son oxydation et sa destruction ; l'acidité, au contraire, entrave son oxydation et favorise sa conservation.

Il résiste à la dessication dans le vide à faible température.

Il est détruit par le vieillissement.

Les notions précédentes sont importantes pour la conservation de la vitamine C dans les aliments.

On *dose* l'acide ascorbique soit par la méthode biologique, qui consiste à rechercher la quantité nécessaire pour empêcher l'apparition du scorbut chez un

cobaye soumis à un régime carencé, soit par les méthodes chimiques, celles de Bezssonoff, de Tillemans et d'autres.

Pour son étude dans les tissus, on utilise la méthode de A. Giroud et C. F. Leblond, basée sur sa réduction par le nitrate acide de mercure.

L'*unité de vitamine C* correspond à 0 cm³ 1 de jus de citron frais, c'est-à-dire à 1/10 de la dose quotidienne de jus de citron nécessaire pour empêcher le scorbut expérimental d'un cobaye de 250 gr.

Elle correspond à 0 millig. 05 d'acide ascorbique lévogyre, c'est-à-dire à 1/10e de la dose d'acide ascorbique nécessaire pour protéger le cobaye.

La dose nécessaire d'acide ascorbique pour protéger un cobaye de 250 gr. est : 1 millig. pour Szent-Györgyc, 0 mm. 5 pour Mme Lucie Randoin, 0 mm. 4 pour M. Demole.

L'acide ascorbique existe, *indépendamment de l'alimentation*, chez certains animaux, tels que le rat et le pigeon, dont les organes paraissent capables d'en faire la synthèse ; ces animaux, soumis à une alimentation carencée, ne deviennent pas scorbutiques; leurs organes contiennent toujours, malgré la carence, de l'acide ascorbique.

Par contre, chez l'homme et la plupart des animaux, tels que le cobaye, le chien, le cheval, le singe, les organes ne contiennent de la vitamine C qu'autant qu'elle *est apportée par l'alimentation ;* la carence en vitamine C entraîne le scorbut.

Toutefois, comme nous l'avons vu samedi dernier, l'enfant, soumis à un régime carencé, ne devient pas scorbutique avant 6 mois. Deux hypothèses s'offrent pour expliquer ce phénomène.

Dans la première, l'enfant naît avec une réserve de vitamine C, empruntée à la mère pendant la vie intra-utérine ; cette réserve, d'abord suffisante, s'épuise peu à peu.

Dans la seconde, soutenue notamment par MM. Paul Rohner et Bezssonoff, l'organisme du petit enfant est capable de faire la synthèse de la vitamine C en partant d'une provitamine inconnue ; cette fonction diminue à partir de 6 mois et disparaît à partir de 1 an.

Les recherches du professeur Mouriquand ne confirment pas cette seconde opinion. Pour lui, « ni à l'âge fœtal, ni dans son premier âge, le cobaye ne semble capable de faire la synthèse de l'acide ascorbique, tout au moins de façon suffisante pour maintenir un stock capable de le protéger... contre la dystrophie scorbutique ».

Pratiquement donc, chez le petit enfant, comme aux autres âges, tout l'acide ascorbique provient de l'alimentation.

***

Etudions la TENEUR EN ACIDE ASCORBIQUE DES ALIMENTS qui servent aux petits enfants.

C'est d'abord le *lait*.

Le *lait frais* de femme ou de vache a une teneur suffisante en vitamine C ; il ne donne pas le scorbut. Mais, quand il est conservé à l'air, la vitamine C diminue, puis disparaît. Il faut tenir compte de ce fait non seulement pour l'alimentation avec le lait de vache, mais encore pour l'alimentation avec le lait de femme provenant de donneuses et conservé pendant plus ou moins longtemps après la traite.

La teneur du lait frais en vitamine C diffère suivant que le régime en contient plus ou moins.

L'alimentation carencée de la mère peut entraîner le scorbut chez le nourrisson, alors qu'elle-même reste indemne, parce que les sujets jeunes résistent moins bien aux avitaminoses que les adultes.

Le lait des vaches au pâturage contient plus de vitamines C que celui des vaches nourries avec du fourrage ; le lait est, par suite, plus riche pendant l'été et l'automne que pendant l'hiver.

Le chauffage du lait pour le stériliser diminue ou détruit la vitamine C suivant les modalités.

L'ébullition pendant dix minutes, le chauffage au bain-marie à 100° dans un appareil Soxhlet, la pasteurisation à 60°-80°, faite une seule fois, ne détruisent pas la vitamine C, mais abaissent sa teneur.

La stérilisation dans l'autoclave à 108°-110° diminue beaucoup ou détruit la vitamine C. Cependant Variot a fait remarquer que ce lait donne rarement le scorbut. Quand il est préalablement homogénéisé, il est, par contre, très scorbutigène, du fait que l'homogénéisation accélère l'oxydation de la vitamine C.

Le lait desséché contient ou non de la vitamine C suivant son mode de fabrication. Avec le procédé Just-Hatmaker (évaporation dans le vide, puis écrasement entre deux cylindres chauffés par un courant d'eau bouillante), la vitamine persiste. Avec le procédé Merrell-Soule (pulvérisation dans une chambre chaude), la vitamine est détruite. Ces différences tiennent à ce que, contrairement au premier, le second procédé favorise l'oxydation de la vitamine C.

Le lait condensé sucré, préparé à une température ne dépassant pas 80°, contient la vitamine C.

Pour toutes ces préparations, il importe d'employer des lais frais, venant de vaches nourries avec des aliments contenant de la vitamine C. Il convient, en outre, de ne pas les laisser trop vieillir ; dans le lait condensé, la vitamine C disparaît au bout de 15 à 24 mois.

Le petit lait, le babeurre acide contiennent de la vitamine C. Elle manque, au contraire, dans le beurre, la crème, le fromage.

L'*œuf*, aussi bien le jaune que le blanc, ne contient pas de vitamine C.

La *chair musculaire*, le *jus de viande* frais, le *foie*, le *rein*, la *cervelle* en contiennent une petite quantité.

Les *farines* de céréales et de légumineuses, les légumes secs (lentilles, pois, haricots blancs), le riz, ne contiennent pas de vitamine C. De même les farines lactées préparées avec de la farine ou du biscuit et du lait desséché. De même le pain et les pâtes alimentaires.

La *pomme de terre* en contient une certaine quantité.

La vitamine C se trouve dans les *légumes verts*, notamment les épinards, les salades, le cresson, dans la *carotte*, etc. La cuisson en laisse une certaine quantité.

Les *tomates* sont très riches en vitamine C. Le jus de tomates conservé avec certaines précautions en contient également, à cause de son acidité.

Enfin beaucoup de *fruits* contiennent, à des taux divers, de la vitamine C : citron, pamplemousse, orange surtout, raisin peu mûr, pêche, poire, pomme, framboise, banane, etc. Pour un même fruit, le taux de vitamine C est en raison inverse du degré de maturité : les fruits acides, peu mûrs, sont les plus riches.

Le jus de citron contient rarement plus de une ou deux unités par cm^3, d'après MM. Lesné et Robert Clément.

D'après Mme Lucie Randoin, ce sont les plantes vertes et les parties vertes des plantes, contenant de la chlorophylle, et, parmi les fruits, ceux qui contiennent beaucoup de pigments caroténoïdes, qui sont les plus riches en vitamine C.

Le petit enfant peut donc trouver dans son alimentation, quand elle est bien dirigée et convenablement choisie, la vitamine C qui lui est indispensable.

***

Etudions maintenant comment se comporte la VITAMINE C DANS L'ORGANISME.

La vitamine C, apportée par les aliments, pénètre dans le tube digestif, est absorbée par la muqueuse de l'intestin, puis se répand dans tout le corps.

D'après MM. Giroud et Leblond, chez les cobayes nourris avec des aliments riches en vitamine C, elle s'accumule principalement dans la cortico-surrénale, le corps jaune de l'ovaire, les cellules interstitielles du testicule, le lobe antérieur de l'hypophyse, les parois vasculaires ; elle se trouve également dans le sang, le foie, l'encéphale, le liquide céphalo-rachidien, la muqueuse intestinale, par laquelle elle pénètre, le rein, par lequel elle s'élimine dans l'urine.

La teneur des organes en vitamine C est surtout forte chez les sujets jeunes ; elle diminue chez l'adulte et le vieillard. La même variation a été constatée par Marinesco dans le liquide céphalo-rachidien ; dans 100 cm^3, la quantité d'acide ascorbique est, en milligrammes, de 2,8-2,2 jusqu'à 10 ans, 1,1-0,8 de 30 à 40 ans, 0,8-0,2 après 70 ans.

La même variation s'observe dans le règne végétal, d'après MM. Giroud, Leblond, Mme Lucie Randoin.

Aussi le professeur Mouriquand écrit-il: « On peut, du point de vue de la vitamine C, dont la présence traduit dans une large mesure l'activité vitale d'un organisme, comparer, au cours de ses différents âges, l'organisme humain à un fruit qui mûrit ».

La richesse en vitamine C des organismes jeunes, en pleine activité d'accroissement, est dans l'ordre des choses, car elle joue un grand rôle dans les processus d'oxydo-réduction.

Le *rôle de l'acide ascorbique* dans l'organisme est complexe.

Sa fonction essentielle, qui paraît tenir les autres sous sa dépendance, est, d'après Szent-Giörgyi, la régularisation des oxydations. En présence d'un corps contenant de l'oxygène, elle le lui prend et se transforme en peroxyde ; celui-ci, à son tour, cède l'oxygène à d'autres substances.

De ce fait, l'acide ascorbique exerce une action eutrophique sur les cellules et les tissus.

Quand il fait défaut, sa carence entraîne des manifestations dystrophiques.

La dystrophie est particulièrement importante pour les endothéliums des capillaires sanguins.

D'après Mme Randoin et M. Simonnet ceux-ci ne peuvent plus assurer la sortie des éléments nutritifs, ni s'opposer à la sortie des globules rouges. Pour Wolbach et Howe, l'exode des globules rouges serait rendu possible par la dégénérescence du ciment intercellulaire. Ainsi se produisent les hémorragies qui caractérisent le scorbut.

La vitamine C est, avant tout, la vitamine antiscorbutique.

D'autre part, la nutrition des cellules des cartilages de conjugaison, des cellules osseuses, des cellules de la moelle osseuse, des cellules de tous les organes où la vitamine C diminue, est troublée. Il se produit des troubles du métabolisme du fer et des autres minéraux, des modificateurs chimiques divers, dans le détail desquels je ne puis entrer.

Ces dystrophies présentent des degrés divers suivant que l'avitaminose est complète ou qu'il y a seulement hypovitaminose.

L'étude du scorbut des petits enfants, que j'ai faite samedi dernier, témoigne de l'importance de la dystrophie réalisée par l'avitaminose C.

L'expérimentation sur le cobaye, qui est l'animal de choix, permet de préciser les modalités de cette dystrophie.

La carence totale en vitamine C reproduit une maladie semblable au scorbut de l'enfant, qui amène la mort de l'animal en 25, 30, 35 jours.

Les carences incomplètes reproduisent des syndromes frustes, discrets, atténués.

***

L'insuffisance ou l'absence de vitamine C dans l'alimentation est le facteur essentiel du scorbut des petits enfants. Mais il n'est pas le seul.

D'autres facteurs, de second rang, interviennent ou sont susceptibles d'intervenir : *conditions particulières à l'organisme, modalités de l'alimentation, états pathologiques*.

Des CONDITIONS PARTICULIÈRES A L'ORGANISME favorisent les manifestations de l'avitaminose C.

Tous les organismes ne se comportent pas de la même façon vis-à-vis de la carence en vitamine C, surtout quand celle-ci n'est pas complète. Certains enfants sont plus aptes que d'autres à en subir les effets, sont véritablement prédisposés.

Il existe des *preuves nombreuses du rôle de l'organisme*.

Les espèces animales, nous l'avons vu, ne sont pas égales devant la carence alimentaire.

*

Suivant les âges, la teneur des organes en acide ascorbique est différente ; elle est d'autant plus forte que les sujets sont plus jeunes. Le petit enfant est plus sensible à l'avitaminose C que les enfants plus âgés et que les adultes.

Parmi les petits enfants, il y a des prédispositions individuelles.

Dans un groupe d'enfants recevant la même alimentation carencée tous ne deviennent pas scorbutiques ou ne le deviennent pas au même degré. On fait la même constatation dans des groupes homogènes de cobayes. Il semble que certains individus utilisent moins bien que d'autres la vitamine C.

Divers médecins ont constaté que, sur deux jumeaux nourris de la même façon, un seul peut devenir scorbutique.

Les jumeaux paraissent devenir plus facilement scorbutiques que les autres enfants ; cette prédisposition résulterait, d'après le professeur Marfan, de la faiblesse de leurs réserves en vitamine C, du fait qu'ils ont dû se partager la provision que pouvait leur fournir la mère.

Indépendamment de sa teneur en vitamine C, l'ALIMENTATION intervient pour sa part.

Les enfants soumis à un régime carencé et *suralimentés* deviennent plus facilement scorbutiques que ceux dont l'alimentation est moins abondante. Le besoin de vitamine C est, en effet, plus grand chez les premiers que chez les seconds.

Un *régime déséquilibré*, sans privation de vitamine C, diminue l'action de cette dernière, d'après le professeur Mouriquand.

L'insuffisance ou l'absence dans l'alimentation des *autres vitamines*, de la vitamine A, vitamine liposoluble de croissance ou antixérophtalmique, des vitamines hydrosolubles du groupe B, antinévritiques et d'utilisation nutritive, de la vitamine D, antirachitique, entraîne des désordres complexes, qui favorisent l'action de la carence en vitamine C.

Rappelons la fréquence de l'intrication du *rachitisme* et du scorbut ; avant Barlow, on avait confondu celui-ci avec celui-là.

Par contre, au dire de MM. Lesné et Robert Clément, « l'abondance des autres vitamines paraît sensibiliser l'organisme à la carence des facteurs antiscorbutique au lieu de le protéger ».

Interviennent également les ÉTATS PATHOLOGIQUES.

La *dyspepsie gastro-intestinale* et les diverses modalités d'infection intestinale favorisent l'avitaminose C, par les troubles de l'absorption qu'elles entraînent; d'après le professeur Mouriquand, elles peuvent être la cause d'une *carence digestive*, qui surajoute ou non ses effets à ceux d'une *carence alimentaire*.

Les *infections* ont une même influence favorisante; elles peuvent être, suivant M. Mouriquand, le « facteur révélateur » d'une hypovitaminose C, restée occulte jusque-là.

En 1923, M. A. Stern a signalé que la vaccination jennérienne déclanche des signes de scorbut chez la moitié des enfants ayant un scorbut latent.

Certains FACTEURS ENDOCRINIENS peuvent jouer un rôle.

MM. Mouriquand et Michel mettent des cobayes à un régime carencé. A un groupe, ils donnent, en outre, de l'extrait thyroïdien ; les animaux de ce groupe deviennent plus rapidement scorbutiques que les autres. Le fait est facile à comprendre : l'extrait thyroïdien suractive la nutrition et la consommation d'oxygène.

Tels sont les facteurs étiologiques et les facteurs pathogéniques du scorbut des petits enfants. Les connaître permet de les prévenir et de les traiter ; prophylaxie et traitement en dérivent directemnt.

***

Pour PRÉVENIR LE SCORBUT, il faut donner à l'enfant une alimentation suffisamment riche en acide ascorbique, éviter l'usage exclusif des aliments qui en sont privés ou n'en contiennent qu'un taux insuffisant.

N'ont pas de scorbut, sauf exception, les enfants nourris avec du lait de femme ou avec du lait de vache frais, bouilli pendant cinq ou six minutes, stérilisé au bain-marie ou pasteurisé une seule fois.

N'ont pas généralement de scorbut les enfants nourris avec du lait stérilisé à l'autoclave à 108°-110°, avec des laits condensés ou desséchés, préparés suivant certaines techniques. Toutefois, ces enfants peuvent être en imminence de scorbut et même être atteints de scorbut occulte ou fruste.

Ont du scorbut, les enfants nourris avec du lait homogénéisé et stérilisé, des laits condensés ou desséchés préparés suivant certaines techniques, des farines lactées.

L'*usage des substances riches en acide ascorbique* n'est pas utile pour les enfants du premier groupe, est prudent pour ceux du deuxième, est nécessaire pour ceux du troisième.

Toutefois, si, pendant la gestation, la mère a été malade ou soumise à un régime carencé en vitamine C, il est indiqué de donner à l'enfant de l'acide ascorbique. Sauf dans cette éventualité, l'usage n'en devient utile qu'à partir de 2 mois.

On prescrit, à titre prophylactique :

1 ou 2 cuillers à café de jus de citron ou de jus de tomate.
2 ou 3 cuillers à café de jus d'orange.
2 ou 3 cuillers à café de jus de raisin.

Les jus de fruits peu mûrs, acides, sont plus actifs que les jus de fruits bien mûrs.

On donne le jus de fruits mélangé à du sucre ou étendu d'eau sucrée.

On peut remplacer les jus de fruits par l'*acide ascorbique* dont je vais parler, à des doses inférieures, d'un quart ou d'un cinquième à la dose thérapeutique.

Sans exagérer les doses, il ne faut pas craindre de donner une quantité suffisante. D'une part, les petits enfants ont besoin d'un large apport d'acide ascorbique ; d'autre part la teneur des fruits en acide ascorbique est assez variable.

A partir de 7 ou 8 mois, commence l'*ablaclation*.

On donne :

Des bouillies, préparées avec du lait frais et non avec un lait stérilisé.

Des panades, qui ne contiennent pas d'acide ascorbique.

De la purée de pommes de terre, de légumes verts, de carottes, du bouillon de légumes, en évitant l'abus.

Si l'enfant tombe malade, il ne faut pas interrompre l'emploi du jus de fruits, mais au contraire augmenter la dose, suivant le conseil de MM. Mouriquand et Ribadeau-Dumas.

En prenant ces précautions, l'enfant n'aura ni scorbut avéré ni scorbut fruste ou occulte.

Le TRAITEMENT du scorbut utilise les mêmes moyens que la prophylaxie.

On supprime les aliments carencés ; on donne, en tenant compte de l'âge, des aliments non carencés.

On prescrit des *jus de fruits*.

Le jus de citron à la dose quotidienne de 4, 5 ou 6 cuillers à café et même davantage. Le jus de citron contenant souvent 1 ou 2 unités de vitamine C par centimètre cube, la cuiller à café (5 cm^3) en contient 5 à 10 unités.

Le jus de tomates se donne à doses un peu plus fortes.

Les autres jus de fruits sont moins actifs.

Actuellement, les médecins ont à leur disposition l'*acide ascorbique* qu'on administre soit par la bouche, soit en injections sous-cutanées ou intra-musculaires.

On trouve, en pharmacie, des produits spécialisés.

Ce sont, pour la voie buccale :

Des comprimés contenant, suivant la marque, 0 gr. 05, 0 gr. 005, 0 gr. 0025 d'acide ascorbique, c'est-à-dire 1.000 unités, 100 unités, 50 unités de vitamine C. On peut administrer, par jour, 2 ou 3 comprimés de 0 gr. 05.

Ce sont pour les injections :

Soit des ampoules contenant 0 gr. 10 d'acide ascorbique cristallisé (2.000 unités), qu'on dissout extemporanément dans 2 cm^3 d'eau distillée.

Soit des solutions dosées à 0 gr. 05 d'acide ascorbique par centimètre cube.

L'acide ascorbique permet un traitement plus intensif que le jus de citron. Mais les très hautes doses ne sont pas toujours nécessaires, comme en témoignent les résultats obtenus depuis longtemps avec le jus de citron. Les hautes doses sont d'ailleurs bien tolérées.

Sous l'influence de doses suffisantes, l'*amélioration* est rapide.

Au bout d'un ou deux jours, les douleurs diminuent, les hémorragies s'arrêtent, la tuméfaction rétrocède, l'appétit reprend, l'état général s'améliore, l'enfant se recolore un peu et s'anime.

S'il y a de la fièvre, elle disparaît. Toutefois, comme l'a observé le professeur Marfan, la température peut s'élever pendant les deux ou trois premiers jours avant de devenir normale.

Au bout de huit à dix jours, l'enfant paraît en bonne voie de guérison. Mais on n'est en droit de parler de guérison qu'après un temps suffisamment long. *Divers symptômes peuvent, en effet, persister pendant longtemps.*

Le manchon osseux, constaté par la palpation et la radiographie, peut augmenter pendant les premiers jours du traitement ; il est long à rétrocéder et à disparaître.

Chez la fille de 8 mois, soignée par M. Marquézy, le manchon fémoral, constaté sur les radiographies, était à peine apparent le premier jour et très net après huit jours de traitement. Au bout de six semaines de traitement, quand l'enfant était cliniquement guéri, les altérations radiologiques étaient toujours très marquées ; les radiographies ne sont redevenues normales qu'au bout d'un an.

8 sur 13 des scorbutiques étudiés par Mlle Frank avaient encore des lésions radiologiques des os après un temps variant de 1 an à dix-sept mois.

L'anémie peut se réparer assez vite, surtout quand elle est légère ou moyenne. Assez souvent, quand elle est forte, l'amélioration ne devient appréciable qu'au bout d'une vingtaine de jours et le sang ne revient à la normale qu'au bout de deux mois environ. Dans ces cas, il y a intérêt à prescrire du fer (0 gr. 20 de protoxalate de fer par exemple) comme l'ont montré MM. Prosper Merklen et Léon Tixier, en 1908. Il faut se rappeler que l'avitaminose C trouble profondément le métabolisme du fer : le taux du fer diminue légèrement dans le sang, beaucoup dans le foie, d'après Mme Randoin et M. A. Michaux.

En pareil cas, les extraits hépatiques préparés suivant la méthode de Whipple sont également indiqués.

La moelle osseuse peut rester pendant longtemps susceptible à l'action des facteurs morbides. J'ai cité, en 1912, dans la deuxième édition de mon *Précis de médecine des enfants*, et relaté dans ma leçon de 1927, l'observation suivante : en mars 1906, à 9 mois, un garçon alimenté avec du lait stérilisé et homogénéisé présente un syndrome de Barlow ; en juillet 1908, à 3 ans, il a de la fièvre, une adénoïdite aiguë, des adénites cervicales, de la splénomégalie, une anémie marquée, de l'hypoleucocytose (5.000 leucocytes par millimètre cube), avec mononucléose (70 p. 100) ; la fièvre tombe au bout d'une quinzaine de jours ; la splénomégalie et l'anémie persistent pendant plusieurs mois.

Edmond Weill, en 1923, a également attiré l'attention sur la prédisposition à l'anémie des anciens scorbutiques.

Quand le scorbut est méconnu et l'alimentation carencée continuée, les lésions progressent, les os se fracturent, la cachexie augmente et l'enfant meurt. La mort est hâtée souvent par une infection intercurrente, une broncho-pneumonie notamment.

Quand l'enfant est soumis au traitement, il guérit généralement.

Cependant pour certains malades très anémiques, cachectiques, chez qui le traitement est tardif, il n'empêche pas toujours la mort.

Le garçon de 9 mois, que j'ai soigné, en 1912, avec

MM. Léon Tixier et Marcel Maillet, guérit du scorbut, puis meurt de broncho-pneumonie.

Le garçon de 11 mois, qui fait l'objet de ma leçon de 1927, présente une véritable athrepsie aiguë et meurt rapidement.

Cette athrepsie est comparable à celle que M. Mouriquand a réalisée expérimentalement chez le cobaye. L'acide ascorbique guérit le scorbut, mais ne guérit pas la dystrophie générale, quand elle a atteint un certain degré. « Tout se passe à ce degré de dystrophie, écrit-il, comme si la cellule, tout en acceptant de fixer et d'utiliser l'acide ascorbique, refuse d'utiliser les autres substances, par suite d'une sorte de « refus ».

Il peut donc être indiqué de prescrire, en même temps, les autres vitamines et notamment, si l'enfant est rachitique, de la vitamine D ou de l'ergostérol irradié.

Il faut avoir recours, en outre, suivant les indications particulières, à des médications et à des régimes divers.

***

Paulette, dont je vous ai raconté l'histoire samedi dernier, illustre la description du *scorbut des petits enfants.*

1° Elle est nourrie depuis sa naissance uniquement avec du *lait condensé* ; c'est seulement à partir d'une quinzaine de mois qu'on lui donne, de temps en temps, de la purée de pommes de terre et des quartiers d'orange.

Nous connaissons le rôle du lait condensé dans la réalisation de l'avitaminose C. Paulette ne serait pas devenue scorbutique si on lui avait donné soit du jus de citron, d'orange ou de tomates, soit de l'acide ascorbique.

2° A 16 mois, Paulette a une *broncho-pneumonie* dont elle guérit. Mais, pendant la convalescence, la mère constate les premières manifestations du syndrome de Barlow.

Nous savons qu'une maladie infectieuse, survenant chez un enfant atteint d'un scorbut occulte, peut déclancher un scorbut avéré.

3° Chez Paulette, le *syndrome de Barlow* est d'abord méconnu ; elle a de la fièvre et, aux épaules, des symptômes qui font penser, un moment, à des arthrites suppurées.

Nous portons le diagnostic de syndrome de Barlow à cause de la symptomatologie et surtout de l'alimentation carencée.

La fièvre n'est pas une *fièvre scorbutique* ; elle ne cède pas au traitement antiscorbutique ; elle est due à une broncho-pneumonie assez sévère.

Notons la localisation des lésions au niveau des extrémités supérieures des humérus, plus rare que la localisation aux membres inférieurs, et leur symétrie ; l'anémie, l'absence, fréquente à cet âge, d'hémorragies gingivales, malgré que l'enfant ait douze dents, l'existence du rachitisme.

4° Nous instituons le *traitement* par *des injections sous-cutanées d'acide ascorbique*, à la dose quotidienne de 0 gr. 10.

Rapidement les douleurs et la tuméfaction rétrocèdent, l'état général s'améliore, malgré la broncho-pneumonie. Celle-ci guérit.

Il est possible que l'acide ascorbique ait exercé une action favorable sur l'évolution de l'affection respiratoire. M. Mouriquand conseille l'acide ascorbique dans les broncho-pneumonies, en raison de ses propriétés oxydo-réductrices, qui assurent l'utilisation de l'oxygène.

5° Actuellement, trente-neuf jours après le commencement du traitement, *nous ne pouvons pas parler de guérison.*

Bien que l'état général soit satisfaisant, le poids, qui était de 7 kg. 550 le 7 décembre, a peu augmenté ; il était, le 13 janvier, de 8 kg. 100.

L'anémie a diminué, mais persiste.

Voici l'examen du sang, le 13 janvier, comparé à celui du 9 décembre.

	13 janvier	9 décembre
Hématies par mm³	3.880.000	1.900.000
Leucocytes par mm³	12.000	11.200
Hémoglobine %	65	65
Valeur globulaire	0,83	1,12
Polyn. neutrophiles %	30	58
Polyn. éosinophiles	2	1
Grands mononucléaires	9	7
Moyens —	41	17
Lymphocytes	18	15
Formes de transition	5	2

Notons que l'anémie s'accompagne d'une notable hypopolynucléose neutrophile.

Il est vrai que la convalescence a été troublée par une varicelle, qui a d'ailleurs évolué régulièrement, et que, depuis deux ou trois jours, l'enfant a de la fièvre attribuable à un abcès développé au niveau d'une injection sous-cutanée.

Retenez donc que, malgré l'activité du traitement par l'acide ascorbique, le scorbut des enfants reste une maladie sévère, qu'il importe d'éviter par une alimentation non carencée en vitamine C.

LIVRES NOUVEAUX

La diurèse, par le docteur René Porak. Le rythme des éliminations chimiques par l'urine et ses corrélations avec d'autres rythmes fonctionnels (1).

L'auteur expose une nouvelle méthode d'examen de l'urine : au lieu de se contenter d'une analyse de l'urine de 24 heures, il propose de suivre les éliminations aux phases successives à la suite d'une charge alimentaire ou d'un effort musculaire. La comparaison des sujets normaux et des malades prouve que cette méthode est capable de renseigner sur la valeur fonctionnelle de l'organisme.

Dans le chapitre II, on lira quelques corrélations entre rythmes chimiques et rythmes fonctionnels : température, ergographie, pression artérielle, oscillations de la tension servent de tests d'appréciation.

(1) Un vol. de 80 p., 18 fig., 8 fr. — Vigot frères, édit., Paris.

ACIDOSE SURVENUE AU COURS D'UN RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU TRAITÉ PAR LE SALICYLATE DE SOUDE

Par MM. L. BABONNEIX et GISSELBRECHT

Les accidents d'acidose au cours du traitement salicylé sont connus depuis longtemps déjà. En général, on les reconnaît facilement. Parfois, cependant, on serait tenté, au premier examen, de les rattacher au rhumatisme cérébral. Nous venons d'en observer un cas chez une malade de notre service.

Observation. — La jeune L... Laurence, 14 ans et demi, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Josias, pour une crise de rhumatisme articulaire aigu, dont le début remonte à trois ou quatre semaines ; pendant toute cette période, elle a été traitée en ville par le salicylate de soude, sans que nous ayons pu savoir les doses du médicament. Une amélioration s'était d'abord produite. Mais bientôt, survenait une rechute nécessitant l'hospitalisation.

A l'entrée, le diagnostic s'impose par les caractères mêmes de la polyarthrite ; il existe, en outre, de l'éréthisme cardiaque et un premier bruit éclatant à la pointe. La tension artérielle est à 10 1/2-5 au Vaquez ; dans les deux champs pulmonaires existent quelques sibilances ; la gorge est rouge, la langue saburrale. Par ailleurs, foie et rate sont normaux ; l'examen neurologique est négatif. La température est à 39°8, le pouls, en rapport avec l'hyperthermie, la diurèse est bonne, il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Dans les antécédents, il n'y a rien à signaler, sauf des convulsions à l'âge de deux ans et demi.

Nous instituons un traitement salicylé ; 6 g. *per os*, avec dose égale de bicarbonate de soude, glace sur le cœur.

Le 17 *décembre*, la température est à 37°, les arthralgies ont régressé ; au cœur, le premier bruit est assourdi à la base ; le salicylate donne des troubles digestifs. On donne 1 g. par voie buccale, 2 g. en lavement, et 2 g. de salophène.

Le 19, petite récidive au poignet gauche, sans fièvre, assourdissement des deux bruits cardiaques, la tension artérielle se maintient ; on continue le même traitement, qui semble bien supporté.

Le 22, apparaît un petit souffle systolique de la pointe à propagation axillaire ; tous les phénomènes articulaires ont disparu, l'apyrexie est absolue. Pouls et tension sont bons. La diurèse est 1 l. 300.

Le 29, l'enfant est abattue, sans qu'il y ait la moindre explication à ce symptôme : ni nouvelle localisation, ni fièvre. La température est à 37°3.

Le 30, il existe une somnolence très marquée, entrecoupée de phases de délire de paroles ; la langue est sèche, mais il n'y a pas de fièvre ; les urines, claires, ne contiennent pas d'albumine.

Le 31, nous trouvons l'enfant couchée en chien de fusil, dans un état de somnolence encore plus prononcé que la veille, avec, de temps à autre, du délire de paroles et d'action ; cependant, elle n'est pas désorientée, elle répond aux questions qu'on lui pose ; de plus, il existe un état de trémulation général comparable au tremblement alcoolique. Ce qui frappe le plus, c'est une odeur acétonique de l'haleine et une respiration ample réalisant l type de Küssmaul. L'examen neurologique ne permet de déceler aucune réaction méningée, la force musculaire est conservée, les réflexes tendineux, vifs, l'achilléen gauche polycynétique, il n'y a pas de signe de Babinski. Au cours de cet examen, on remarque quelques secousses myocloniques des cuisses ; l'odeur de l'haleine, la respiration de Küssmaul, jointes aux troubles psychiques, l'absence de fièvre, nous orientent vers une acidose salicylée. Et de fait, les examens que nous demandons confirment cette hypothèse :

pH urinaire : 5,8.

R. A. : 36.

Présence de corps cétoniques dans les urines.

Nous avons appris que les lavements salicylés ne contenaient pas de bicarbonate de soude, ce qui expliquerait ces accidents avec des doses relativement faibles de médicament. D'autre part, pendant le traitement suivi en ville, l'enfant avait déjà présenté quelques troubles psychiques de courte durée.

On supprime totalement le salicylate ; on administre du bicarbonate *per os* et en lavement (12 g. dans la première journée).

Le 1er *janvier* 1937, une amélioration rapide et considérable s'est produite, l'enfant est plus présente, elle n'a plus de respiration de Küssmaul.

Le 2, l'amélioration s'accentue.

Dans les jours qui suivent, les réflexes tendineux sont encore vifs, mais les troubles psychiques ont complètement disparu, et, seule, persiste la lésion mitrale.

*
* *

En somme, phénomènes d'acidose légère survenue au cours d'un rhumatisme articulaire aigu traité par le salicylate de soude. Quelles réflexions suggère ce cas ?

Elles sont de divers ordres.

Ordre *étiologique*. Les phénomènes s'observent d'habitude lorsque le salicylate a été donné à doses très élevées ou qu'on a dû en prolonger l'emploi. Ici, rien de pareil. Les doses maxima ont été de 5 g. par jour, au début, puis, les jours suivants, de 3 g., un par la bouche, 2 en lavement, avec, en plus 2 g. de salophène. Nous voilà loin des doses quotidiennes de 16 à 18 g. prescrites par les auteurs, et même de celles que recommandent MM. H. Grenet et L. Pellissier dans leur excellente monographie (1) ! Pourquoi donc l'explosion des accidents ?

Peut-être est-elle due au fait que, dans les lavements, l'action du salicylate n'était pas combattue par l'addition de bicarbonate. Liotti a constaté, en effet, que des lapins supportent parfaitement le salicylate, donné *per os*, à condition qu'on lui associe du bicarbonate, tandis que les animaux témoins, recevant seulement le premier de ces sels, meurent en onze à douze jours, avec des lésions dégénératives portant sur le foie, le rein et le cœur (2). Il nous semble toutefois plus juste d'incriminer une susceptibilité particulière, une idiosyncrasie, déjà signalée par Langmead, et dont la preuve est donnée par le fait que, déjà en ville, au cours du traitement salicylé, étaient déjà apparues quelques manifestations d'acidose.

Ordre *clinique*, D'après les médecins d'enfants qui ont étudié ces phénomènes (Langmead 1906) (3), G.

(1) H. Grenet et L. Pellissier, *Les rhumatismes*, Paris, 1933, in-18, p. 109.
(2) Cité par A. Piccioli, *Le Pediatria*, mars 1933, p. 475-488.
(3) Langmead, *The Lancet*, juin 1904, p. 1282.

Paisseau, E. Friedmann et G. Vaille 1934) (1), les symptômes principaux sont surtout :

Nerveux : bourdonnements d'oreilles, mouches volantes, amblyopie, sueurs, raideurs et secousses cloniques, insomnie ; troubles psychiques (délire salicylé) avec céphalées, jactitation, loquacité, hallucinations, bradycardie, hypothermie, alors que, dans le rhumatisme cérébral, il y a toujours hyperthermie (H. Grenet L. Pellissier) ;

Rénaux : oligurie, albuminurie ;

Généraux : acétonémie, avec ses manifestations habituelles, dont l'acétonurie qui, souvent (Langmead), précède toutes les autres manifestations.

Dans notre cas, la symptomatologie a été fruste et s'est réduite à de la somnolence entrecoupée de délire, à une attitude en chien de fusil, à du tremblement, à quelques mouvements choréiformes, aux modifications de certains réflexes tendineux. Ces troubles reconnaissaient bien pour cause l'acidose, comme le montraient les examens de laboratoire.

Ordre *thérapeutique*. Comment faire pour éviter de tels accidents ?

Chez l'adulte, on conseille (H. Bénard, F. P. Merklen et L. Fasquelle) de surveiller de près le rythme respiratoire, de mesurer le pH urinaire, d'augmenter, au besoin, les doses de bicarbonate sodique ; au moindre symptôme anormal, de mesurer la réserve alcaline, de suspendre le salicylate et d'alcaliniser l'organisme. Les mêmes auteurs recommandent aussi l'administration de sirop de sucre, les lavages d'estomac (Caussade) et d'intestin, les boissons abondantes. Si la question des injections d'insuline reste réservée, les stimulants généraux, donnés largement, ne comportent aucune contre-indication.

Chez l'enfant les mêmes prescriptions restent valables. De plus, on attachera une importance particulière à la constipation (Langmead), aux vomissements, au délire ; toutes les fois que ces symptômes existent, on « ne poursuivra la médication salicylée intensive qu'après avoir pris les précautions nécessaires pour rechercher les premiers signes de l'acidose ; on trouvera ces garanties dans la recherche de l'acétonurie, signal précieux du danger (Langmead), et dans la mesure de la réserve alcaline du plasma sanguin. Il conviendra également de surveiller le passage du salicylate de soude dans les urines. D'ailleurs la présence de l'albumine et de cylindres granuleux dans les urines doit être considérée comme une indication formelle à l'emploi de doses modérées du sel ». (G. Paisseau, E. Friedmann et G. Vaille.)

Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en chirurgie infantile, par L. Ombrédanne. Un vol. de 86 pages, chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (6e), 1936. Prix : 24 fr.

Quelques vérités premières (ou soi-disant telles), sur les maladies du foie, par Noël Fiessinger. Un vol. de 82 pages, chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (6e). 1936. Prix : 24 fr.

---

(1) G. Paisseau, E. Friedmann et G. Vaille, Acéto-cétose salicylée. Etude biologique, *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, Séance du 6 juillet 1934, p. 1211-1217.

LA DIÉTÉTIQUE DE LA LITHIASE BILIAIRE

Par le docteur Léon RODESCU (de Bucarest),
Membre de la Société de Thérapeutique de Paris
et de la Société de Gastro-Entérologie de Paris.

Dans la lithiase biliaire, comme dans beaucoup d'autres maladies, le régime joue un grand rôle dans le traitement. Pour pouvoir prescrire, dans cette maladie un régime efficace, il faut avoir en vue la pathogénie de la lithiase biliaire, de même que la coexistence d'autres affections.

La vieille *théorie* du professeur Bouchard sur le *ralentissement de la nutrition* et la précipitation consécutive de la cholestérine dans la vésicule, n'est plus d'actualité.

La Théorie infectieuse de Naunyn-Gilbert avec les variantes de Exner et Herrowsky, Lichtwitz, Lange, Boysen, Rowsing attribue à l'infection la cause de la précipitation de la cholestérine.

La *Théorie de la stase* est celle de Aschoff et Bacmeister, celle de Berg.

Le professeur Chauffard a attribué un rôle important au trouble nutritif de la cholestérine. La théorie de Gosset et Loewy est une variante de la précédente.

La théorie de M. Chiray a en vue l'hypocholestérinocholie.

La théorie de Schade a en vue la division et la séparation dans la bile des cristalloïdes et des colloïdes.

Abrashejew a soutenu que les graisses ont une forte action sur l'évacuation de la vésicule biliaire. C'est pourquoi Salomon recommande la cure de beurre et Goldsmith la cure de crème dans la lithiase biliaire. Jijunowski a trouvé des calculs biliaires chez des rats nourris avec des aliments sans vitamine A et Bircher-Benner soutient que la vitamine A dissout les calculs.

Quoique Lichtwitz, au 3e Congrès allemand de la Pathologie du Tube digestif (1922) ait abandonné la théorie de la cholestérinémie et quoique Naunyn, Dufourt et Pribram soutiennent que la cholestérine biliaire est indépendante de la cholestérinémie, la théorie la plus admise actuellement est celle du professeur Chauffard. Ce qui a été confirmé par l'enquête entreprise par *La Vie Médicale* (1931).

En dehors de ceci, pour établir le régime dans la lithiase biliaire, il faut encore avoir en vue les considérations suivantes :

La vésicule biliaire est très irritable, très sensible à certains aliments.

Le foie et le tube digestif, sensibles à certaines influences alimentaires, interviennent de même dans l'évolution de l'affection. Nous savons que les œufs, les graisses, le chocolat, les alcools, le vin, les sauces, le café, etc., peuvent produire des crises de colique hépatique. En dehors de ces aliments qui produisent des crises immédiates, il y en a d'autres, qui peuvent entretenir ou exagérer l'affection. Ici, nous aurons en vue l'hypercholestérinémie. Nous défendons les aliments riches en cholestérine, qui peuvent augmenter l'hypercholestérinémie ou la cholécystokinétique d'après certains auteurs. Ces aliments sont : les œufs

(1,75 0/00), la cervelle (2,5 0/00 cholestérine), la crème (4 0/00), les abats, 2-4 0/00), la viande (moins de 1 0/00).

Le régime doit avoir en vue l'*état du foie*. Soit primitivement, soit secondairement, le foie est atteint dans la lithiase biliaire, il augmente de volume. Nous avons décrit dans la « Revue des maladies du Foie », cette hépatomégalie ; on peut encore observer : de la migraine, de l'urticaire.

Enfin, il faut avoir en vue *l'état de l'intestin* dans la lithiase biliaire. Ainsi dans la typhlocholécystite il y a association des lésions du segment initial du gros intestin et les lésions de la vésicule biliaire. D'autres fois on observe des troubles intestinaux, sans colite ; on observe de la diarrhée, prandiale ou non, de la constipation, des putréfactions, fermentations, flatulences, des spasmes, etc. L'infection intestinale peut faire naître et entretenir la cholécystite. Il faut donc traiter en même temps la vésicule biliaire et l'intestin. Il ne faut pas oublier à ce propos que certains aliments, étant nocifs pour l'intestin, le sont de même pour la vésicule.

Enfin il faut savoir que les lithiasiques sont parfois des dyspeptiques. Nous savons que chez les lithiasiques biliaires on trouve au début de la maladie surtout de l'hyperacidité gastrique (Hayem, Théohari) ; ensuite, l'acidité baisse, revenant à la normale, puisque l'on trouve chez les vieux lithiasiques surtout de l'hypoacidité. Nous voyons donc que l'interdiction des graisses, à cause de la grande quantité de cholestérine, a encore pour effet de ne pas baisser davantage l'acidité gastrique, déjà abaissée, car nous savons, d'après Pawlow, que les graisses diminuent l'acidité gastrique.

***

Relativement aux aliments, nous avons les considérations suivantes à faire :

La viande : les grands poulets sont à recommander.

La viande de bœuf, plus difficile à digérer, n'est pas à recommander.

De même la viande de veau, contre-indiquée, à cause de la grande quantité de purines qu'elle contient, et dans les cas de panlithiase elle augmente la quantité des urates. De même la viande des jeunes poulets.

La viande de porc, d'oie, de canard est difficile à digérer et grasse, donc contre-indiquée.

Le jambon maigre est à recommander.

Le bouillon de viande, mal supporté par l'intestin, doit être évité.

Relativement aux légumes, il faut tenir compte de l'état gastrique ou intestinal (constipation ou diarrhée) ou de la coexistence de la lithiase rénale et intestinale (Panlithiase de M. le professeur Loeper).

Certains auteurs interdisent le chou, M. Carrié soutient que le chou peut être bien supporté, à la condition que la sauce ne soit pas grasse.

Les haricots, les petits pois et les lentilles, même décortiquées, à cause des fermentations qu'elles provoquent dans l'intestin, doivent être interdits.

Les piments doivent être interdits.

Certains auteurs interdisent les carottes ; bien bouillies elles peuvent être utilisées.

De même les tomates, lorsqu'elles ne sont pas trop acides et prises en trop grande quantité, peuvent être recommandées. De même les aubergines.

L'oseille doit être évitée, étant mal supportée par l'estomac et l'intestin et produisant des oxalates.

Les salades vertes en général doivent être évitées. Si l'estomac les supporte, on peut en autoriser une petite quantité.

Les sauces doivent être interdites ; elles dérivent de la viande ou des légumes, accommodées avec de la farine, des œufs, du vinaigre, du poivre, du sel, de la crème, du vin, etc...

Dans un livre par Mlle Rose, intitulé : « Cent façons de préparer les sauces », je n'en ai pas trouvé une qui pourrait être recommandée.

Le lait doit être pris écrémé, c'est-à-dire on enlèvera la crème, qui contient une grande quantité de cholestérine. Il ne sera donné qu'aux malades auxquels il ne produit pas de troubles intestinaux. Parfois il est mieux supporté, s'il est associé aux farineux. La crème doit être enlevée avec la cuiller ou une centrifuge de cuisine.

Par l'enlèvement de la crème, le lait perd une partie des substances qui se traduisent par une perte de 290 calories par litre, que l'on peut gagner, en y ajoutant du sucre, bien supporté. Le lait écrémé se donne en quantité progressive : 1 litre le 1er jour, puis on augmente la quantité avec 1/2 litre par jour.

Le kéfir n° 2 contient une petite quantité de graisse. Il a des propriétés eupeptiques, laxatives et diurétiques.

Le kéfir maigre, préparé avec du lait écrémé, n'a presque pas de graisse. On peut augmenter sa valeur alimentaire, en y ajoutant du sucre. Le kéfir est mieux toléré en petites quantités, 1/2 verre à 250 cc. 3-4 fois par jour.

Le lactosérum est le liquide qui se trouve à la surface du lait, après la coagulation des albuminoïdes. Il contient lactose (50 %), des sels de magnésium, potassium, calcium, etc. (6-10 gr. %).

Maurice Renaud, dans une série de communications à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, a montré l'action et les indications thérapeutiques du lactosérum. Il se prend en petites quantités.

Le babeurre est le résidu de la fabrication du beurre, comme le lactosérum est celui du fromage.

Le pain produit des fermentations intestinales ; on le prend en petite quantité, rassis ou grillé.

Le café n'est pas bien supporté, il contient des oxalates et de la caféine, qui énerve. Donc il faut l'éviter. Le café décaféiné de Heudebert ou Hack ne peut pas être utilisé.

Les *compotes* sont recommandées, surtout celle de pruneaux, qui contient de l'acide benzoïque, ce qui fait qu'elle est très utile dans la lithiase rénale associée à la lithiase biliaire (bilithiase).

Les *fruits*, à très peu d'exceptions, doivent être évités, surtout lorsqu'on suit un traitement hydrominéral. Les fruits produisent souvent des troubles gastro-intestinaux. A Slânicul-Moldovei, station avec eau chlorurée-sodique bicarbonatée (alcaline) carbo-ga-

zeuse très réputée pour les maladies du tube digestif et de la nutrition, où nous pratiquons pendant l'été, nous ordonnons souvent la cure de fraises des bois aux lithiasiques biliaires et, comme diurétique, le melon vert.

Il faut éviter les repas copieux, car ils produisent des crises, mais l'alimentation doit être suffisante.

Pour provoquer des évacuations fréquentes de la vésicule et éviter la stase biliaire, le professeur Gilbert ordonnait des repas fractionnés, 4 à 5 de valeur égale par 24 heures ; nous ordonnons aux malades de boire souvent.

Les malades doivent suivre le régime lorsqu'ils se trouvent mieux, car autrement la rechute les guette sous forme de crise.

Chez les diabétiques et presque tous les lithiasiques, nous évitons le sucre et les farineux, car nous savons que certains auteurs (professeur Singer) ont considéré le diabète comme une complication de la lithiase biliaire.

***

Nous savons que dans la lithiase biliaire, nous pouvons nous trouver en présence ou d'une colique hépatique expulsive, vésiculaire ou anaphylactique ou en présence de l'intervalle entre les accès.

A) Si nous nous trouvons en présence d'un accès de colique hépatique expulsive, ce qui est le plus fréquent, le malade instinctivement refuse l'alimentation.

Nous prescrivons la *diète hydrique*, le soir ou pendant la journée, jusqu'après le point culminant de l'accès (de l'eau simple, de la limonade, des sirops, de l'eau de Slânic N° 1, de l'eau Sf. Spiridon, de l'eau de Vichy Célestins). Ensuite, pendant 2-3 jours, nous donnons du lait écrémé jusqu'à ce que l'accès soit passé.

On peut encore donner du kéfir n° 2 ou mieux du kéfir maigre N° 2, ou du lactosérum.

Si, après quelques moments, après l'ingestion d'un verre de lactosérum, on introduit dans le duodénum la sonde d'Einhorn, il s'écoule en abondance un liquide doré. Les tubages ultérieurs permettent d'observer une vraie débâcle biliaire pendant une demi-heure, suivie de selles. La diarrhée devient plus abondante et les sels, l'urée, les matières colorantes se trouvent ensuite en plus grande quantité.

Si l'accès se prolonge et si l'on se trouve en présence de l'état de mal lithiasique, il faut hydrater le malade avec des goutte-à-goutte au glucose (47 %).

Après le passage de l'accès nous recommandons du yaourt (écrémé), 2-3 bols par jour. Ensuite des soupes au riz, semoule, pâtes, de la purée de pommes de terre.

Ensuite, l'on passe au régime de la lithiase confirmée.

B. Si nous nous trouvons en présence de la *colique vésiculaire du professeur Gilbert*, plus rare que la précédente, nous prescrivons dès le début le régime du lait écrémé, auquel on a ajouté du sucre ; après 8 jours le malade, la crise passée, va suivre le régime de la lithiase biliaire.

Pendant le régime strict de la colique hépatique, tant expulsive que vésiculaire, il faut surveiller le malade, mesurer la hauteur de la matité hépatique avec le Plessigraphe de Peter et sitôt que l'on constate un petit foie (le petit foie des inanitiés de Mathieu et J.-Ch. Roux), il faut nous arrêter avec le régime strict et l'élargir.

C. Enfin on peut se trouver en présence d'une colique hépatique d'origine anaphylactique, décrite par le professeur Parturier, Kolisch, Myacke, Singer), dans laquelle on n'observe pas une élévation de la température, mais une dépression profonde, de l'anxiété, de l'hypotension artérielle, de l'abaissement du nombre des globules blancs, des troubles de coagulation, c'est-à-dire les caractères du choc colloïdoclasique du professeur Widal. Il faut interdire les albuminoïdes et ordonner le régime hydrique, lactosérum, puis du lait écrémé, 1-2 litres par jour coupé avec de l'eau de Slânic N° 1 (l'eau de Slânic a des propriétés anti-anaphylactiques), de l'eau de Vichy (Grande Grille), ; le 3e jour on fait alterner le lactosérum avec le lait écrémé et le babeurre, en petites quantités, qui sera donné d'abord cru, ensuite avec des farineux.

D. Entre les crises, le régime général de la lithiase biliaire doit remplir les conditions suivantes :

1° Qu'il soit bien toléré.

2° Qu'il n'aggrave pas les conditions chimiques de la production des calculs.

3° Qu'il lutte contre la stase et la concentration biliaire.

4° Qu'il lutte contre l'infection biliaire.

5° Qu'il soit en rapport avec le chimisme gastrique du malade et qu'il ne produise pas de la constipation

6° Qu'il ait en vue la coexistence d'autres facteurs (dyspepsies, colites, lithiase rénale ou intestinale, diabète, etc.).

***

Ayant en vue toutes les considérations précédentes, nous allons montrer les aliments permis, non permis et ceux permis en petite quantité.

A. *Aliments permis.* — Lait ou yogourt écrémé, kéfir N° 2 maigre, lactosérum, babeurre, fromage blanc, beurre frais, légumes herbacés en purée et passés (pommes de terre, épinards, lentilles, haricots verts, carottes, choux-fleurs, etc.) ou sautés servis avec du beurre frais à table et peu de sel, des céréales, pâtes alimentaires (tapioca, semoule), riz, pain grillé ou rassis, biscuits, cakes, petits-beurres, petits fours, Albert, etc., artichauts, compotes, marmelades de fruits bien cuits frais et secs.

Des gâteaux (sans œufs), confiture, bonbons, glace, gâteaux à la semoule, farine, riz, fruits.

B. *Aliments permis en petite quantité.* — Viande de poulet, de veau (à moins qu'il n'y ait de la lithiase rénale), rôtie ou bouillie, de porc (rarement), seulement à midi.

Poisson blanc (cuit ou frit), du jambon maigre, beurre frais. Ils peuvent être préparés parfois avec de l'huile d'olives. De la salade (laitue, romaine, chicorée, asperges, à moins qu'il n'y ait en même temps

de l'oxalurie), avec de l'huile et du jus de citron (pas avec du vinaigre).

De l'oseille, des petits pois rarement permis (contre-indiqués dans l'oxalurie). Les tomates ou les aubergines deux fois par semaine (sans vinaigre).

C. *Aliments défendus.* — Jaunes d'œuf (le blanc est permis), de la cervelle, des graisses, du bouillon gras, des viandes grasses, de bœuf ou de mouton, ragoût, viandes faisandées ou marinées, ris-de-veau, rognon, mou de veau, foie de veau, viande d'oie ou de canard, abats, tripes, poissons gras, friture, beurre cuisiné, potages relevés, charcuterie, foie gras, pâtés boudin, gibier, salaisons, crustacés, caviar, épices (ail, échalotes, poivre), moutarde, truffes, champignons, sauces, vinaigre, choucroute, cornichons, fromages forts ou fermentés, choux, aubergines, pâtes feuilletées, chocolat, cacao, café, thé fort.

D. *Boissons permises.* — Boire en grande quantité *et fréquemment :*

De l'eau pure, de Slânic N° 1, de Bodoc, de Vichy (Grande Grille), Vals, Evian, Vittel (Source Hépar).

Après le repas des infusions de : menthe, camomille, tilleul, boldo (dans certains cas).

Plus rarement un doigt de vin coupé avec une eau minérale ou bien de la bière coupée par moitié avec de l'eau de Seltz, du thé (russe) léger, du café de malt.

E. *Boissons défendues.* — Alcools, eau-de-vie, liqueurs, apéritifs, boissons gazeuses, café, cacao.

F. *Les cures spéciales,* que nous avons décrites dans la « Revue des Maladies du Foie ».

a) *La cure de citrons.* — Cette cure, prescrite par certains auteurs, recommande aux malades d'ingérer des citrons seulement ou associés avec des aliments jusqu'à 10 par jour. Très difficile à suivre. On peut prendre 2-3 citrons par jour sous forme de limonade. Il se produit une alcalinisation des humeurs.

b) *La cure d'oranges.* — Se fait de la même façon que la précédente, mais plus facile à suivre.

c) *La cure d'huile d'olives.* — Ne réussit pas chez tous les malades. Nous recommandons, pendant 15 jours, 2 cuillerées par jour ou bien de donner une grande quantité (100 gr. par jour) avec des salades diverses, moyen plus agréable d'ingérer l'huile. L'huile d'olives a un effet cholérétique et cholécystokinétique. Elle s'élimine en partie par les voies biliaires et fait baisser l'hyperacidité, améliorant la constipation.

Isemein et Blanc ont fait le tubage duodénal à l'huile d'olives (30-90 cc.), on obtient une sédation, on évite la stase et on améliore les phénomènes dyspeptiques.

d) *La cure de radis de Grumme.* — On prend le matin à jeun 100 gr. de suc de radis noir. J'ai observé quelques cas avec un bon effet, à la suite de cette cure. Le radis contient une huile éthérique avec effet cholérétique et cholokinétique. Schrader a préparé une poudre de radis : *Nigraphan*, avec laquelle il a obtenu des bons résultats.

e) *La cure de fraises.* — Préconisée par Gübler ; on prescrit 300-400 gr. de fraises par jour en 2-3 fois, dont une à jeun. Dans la station Slânicul-Moldovei, nous l'avons dit, nous prescrivons cette cure de fraises des bois, avec beaucoup de sucre, avec de très bons résultats. Il est probable que c'est l'alcalinisation produite par cette cure qui, comme le soutenait Linossier, produit de l'effet.

f) *La cure d'artichauts.* — Nous ne l'avons pas employée. Le bulbe (cœur) et les racines de feuilles d'artichauts ont un effet plutôt diurétique que cholagogue et il est probable que l'effet thérapeutique est indirect. On a fabriqué un grand nombre de spécialités avec de l'extrait d'artichauts : cynurol, chophytol, artibol, euchol, etc...

g) *La cure de lactosérum.* — On recommande au malade de prendre le matin à jeun un verre de lactosérum.

h) *La cure de sucre.* — Berlin a employé « les jours de sucre » dans le traitement des cholécystites avec des bons résultats. On administre pendant 2 jours de suite 5 verres de thé chaud avec 30-40 gr. de sucre (150-200 gr. par jour), sans autre nourriture et gardant le lit. Les douleurs vésiculaires ont disparu, ou bien il recommande : pendant 2 jours des compotes, journellement une compote avec 1 kg. de pommes fraîches, 1 litre d'eau et 150-200 gr. de sucre.

i) *La cure avec le zédoaire* (*curcuma*). — Cette plante croît dans les Indes orientales et présente deux variétés : la *c. longa* et *c. rotunda.* La *c. longa* a les racines un peu moins grosses et moins longues que le petit doigt, cylindriques, l'écorce mince, grise, intérieurement jaune orangé et teint la salive en jaune, de saveur amère et aromatique, elle est stomachique, stimulante et lithontriptique. Le *c. rotunda* est en tubercules comme des œufs de pigeon avec mêmes propriétés que le *c. longa ;* on peut faire des infusions. On a préparé des spécialités : *Temoebilin* (Homburg), en pastilles ou bien thé. On prend pendant 6 semaines, 3 fois par jour, 1-2 tasses. Repos 4 semaines et on recommence. Le *Curcumen* (Teumler), pastilles, injections.

On a encore recommandé : *la cure d'infusion d'épluchures de pommes* (Leclerc) ; *la cure de pissenlit* (Leclerc) 1-5 gr. d'extrait par jour ; *la cure d'infusion de romarin.* De cette dernière plante on a fabriqué de même diverses spécialités : Romarène, Romarantyl.

II. *Dans la cirrhose post-lithiasique,* nous prescrivons le régime lacté mitigé, pendant 3-4 jours, et ensuite le régime lacto-végétarien.

III. *Dans les infections biliaires : a) angiocholite ; b) cholécystite calculeuse ; c) ou lithiasique* et *d) cholécystite hydropique.* — D'abord nous donnons le régime hydrique, ensuite du lait et du yaourt écrémé.

IV. Dans l'*Atonie vésiculaire :* d'abord des œufs, de l'huile d'olives et de la crème qui font contracter la vésicule.

Les aliments défendus sont : la soupe, le pain qui aggravent le travail musculaire de l'estomac qui est affaibli dans ce cas. Ainsi la lithiase biliaire provenant de la décomposition de l'arthritisme, ayant quitté l'empirisme, peut être traitée aujourd'hui scientifiquement, en fixant l'alimentation prescrite au malade, quantitativement et qualitativement.

A côté du traitement diététique de la lithiase biliaire, il est certain qu'il faut employer en outre celui médicamenteux, hydrominéral et physiothérapique.

BIBLIOGRAPHIE

Actas del Primer Congreso Nacional de Patologia Digestiva, Valencia 1931.

Berlin L. B. Les « jours du sucre » dans le traitement des affections du foie et des voies biliaires (Arch. App. Dig. Paris, N° 6, 1936).

BIRCHER-BENNER. Rettichsaft bei Gallensteinen (Therap. Gegenw. 1936, H. 5).

CASTAIGNE-CHIRAY. Maladies du foie (Masson, 1910).

CHAUFFARD. La lithiase biliaire (Masson).

CHIRAY. L'huile d'olives « per os » en thérapeutique (Pr. Méd., 88. 1930).

CHIRAY et PAVEL. La vésicule biliaire (Masson).

Comptes rendus du Congrès de la Lithiase biliaire de Vichy. G. Doin, 1932.

DUJARDIN-BEAUMETZ. Clinique thérap. G. Doin, 1888.

Elèves du prof. GILBERT. Mal. du Foie (Baillière, 1910).

GALLIARD L. Thérapeutique des Maladies du Foie (Doin).

ISEMEIN L. et J.-J. BLANC. De l'emploi de l'huile d'olive par voie duodénale dans les affections vésiculaires (Rev. Mal. Foie, N° 3, 1936).

KALK HEINZ. Die Behandlung der entzündlichen Gallenblasen und Gallenwegserkrankungen (Ther. d. Gegenw. 1936 (H. 10).

LABBÉ Marcel. Régimes alimentaires (Baillère).

LANCERAUX. Mal. du foie (Doin 1899).

La Vie Médicale. Enquête sur le régime dans les syndromes vésiculaires (Paris 1931, N° 10).

LOEPER. Thérap. t. I-II (Masson).

LYON. Clin. Thérap. (Masson).

MARTINET. Clin. Thér. (Masson).

MATHIEU Alb. et ROUX. Path. G. Int. (Doin, 1911).

PARTURIER (G.). Les syndromes hépatiques. Traité des syndromes hépato-bil., Vigot Frères, 1931.

PARTURIER. Phytothérapie hépato-bil. (1934).

PARTURIER et LIACRE. L'huile d'olives en thérapeutique hépato-biliaire (J. des Sc. Méd. de Lille, 43. 1933).

RENDU H. Foie, Pancréas (Maloine, 1925).

ROBIN Alb. Traité de Thérap. prat. (Vigot Fr., 1913).

RODESCU Léon. Le régime dans les syndromes vésiculaires (*Vie Médicale*, 10, 1931).

RODESCU (Léon). L'action des eaux de Stânicul-Mold. sur l'hépatomégalie dans la lith. bil. (Rev. Mal. Foie, Paris, 1934, N° 1).

ROGER (H.). Physiologie du foie (Masson), 1922).

SCHLESINGER-WILH. Diät ù. Küche (Urb. u. Schw. 1917).

SCHRADER. Z. Kl. Med. (121 ; H. 1-2).

STRAUSS (H.). Diätbehandl. innere Krankh. S. Karger.

VIRES. Mal. du foie (Masson).

WEISS *Samuel*. Artichoke as a cholagogue (The Review of Gastroenterology, N.-Y., N° 2, 1936).

Les régimes chez l'enfant, par L. BABONNEIX, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Un vol. de 608 pages. Prix : 75 francs, chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (6e). 1936.

Méningites aiguës curables, par MM. RICH, E. LESNÉ et Y. BOQUIEN, R. CRUCHET. Rapports présentés au Congrès français de médecine (XXIVe session, Paris, 1936). Un vol. de 226 pages, chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

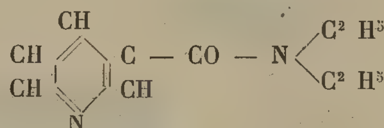
Les spasmes de la face et leur traitement, par Th. ALAJOUANINE et R. THUREL. 88 pages, à Paris, chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain (6e). Prix : 12 fr.

ACTUALITÉS

LA CORAMINE

La coramine est bien connue depuis les travaux initiaux de Stanton Faust et d'Uhlmann (1924) et ceux de Tannhauser et Fritzl.

Chimiquement, elle a pour formule développée :



C'est donc diethylamide de l'acide pyridine-β-carbonique ou acide nicotinique qui naît lors de l'oxydation de la nicotine par l'acide nitrique. La coramine résulte de l'action de la diéthylamine sur cet acide

C'est un liquide un peu visqueux, jaunâtre, insipide et presque inodore, soluble dans l'eau en toutes proportions et de réaction neutre ; elle est également soluble dans les solvants organiques usuels, alcool, éther, chloroforme, benzine.

PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES.

Effets généraux. — Chez l'animal normal, ces effets varient naturellement dans une même espèce avec la dose et le mode d'introduction, mais ils sont essentiellement différents selon qu'on expérimente sur des animaux à sang chaud (lapin, cobaye, chien) ou à sang froid (grenouille).

Ils se rapprochent dans l'ensemble de ceux du camphre. A dose égale, l'action est plus rapide par voie intraveineuse que par voie sous-cutanée et surtout digestive ; de même pour l'intensité des effets. Par voie sous-cutanée, chez le lapin, une **dose faible** (0 gr. 10 par kgr.) provoque en 5 minutes environ une vasodilatation périphérique intense qui s'atténue spontanément pour reparaître ensuite (ondes vasculaires vasomotrices), et une accélération respiratoire marquée durant 100 à 120 minutes.

A **dose moyenne** (0 gr. 15 à 0 gr. 20 par kgr) on observe de plus des tressaillements musculaires.

A **dose forte** (0 gr. 25 par kgr.) on voit apparaître de l'agitation, de l'excitation sexuelle, des phénomènes d'hyperexcitabilité mentale et sensorielle (impressionnabilité, agressivité) ; 0 gr. 30 par kgr. semblent la dose mortelle.

La voie intraveineuse agit de même mais plus rapidement et plus énergiquement, puisque l'agressivité apparaît dès 0 gr. 05 par kgr, avec trémulation et excitation sexuelle, puis trismus en 1/4 d'heure à 20 minutes ; ces effets persistent 2 à 3 heures.

Pour 0 gr. 20 par kgr. on observe des convulsions cloniques et un tétanos expérimental. De même chez le cobaye.

Per os effets semblables moins rapides et moins intenses.

Chez la grenouille, au contraire, même avec une dose en apparence plus forte (0 gr. 50 par kgr.), ce sont les effets paralytiques qui priment et qui succèdent très tôt à une brève période convulsive initiale. On observe une paralysie graduelle et extensive et un état de narcose qui aboutit à la mort au milieu d'un retour de phénomènes convulsifs.

Les doses mortelles pour les diverses espèces animales s'échelonnent conformément à ces effets expérimentaux : 0 gr. 30 par kgr. par voie sous-cutanée (0 gr. 20 par voie intraveineuse) chez le lapin, le cobaye et le chien ; 0 gr. 50 par kgr. par voie sous-cutanée chez la grenouille.

Appareil circulatoire. — Chez le lapin, de très faibles doses (0 gr. 03 à 0 gr. 04) produisent **l'élévation de la tension artérielle** sans signes toniques appréciables, élévation d'autant plus considérable que l'hypotension est plus caractérisée. Cette élévation tensionnelle est indépendante des con-

vulsions qui peuvent être contemporaines, puisqu'elle n'est pas, comme elles, empêchée par l'administration préalable de curare.

Chez les animaux, on observe le **ralentissement du cœur et l'augmentation de l'ondée sanguine** par action sur le sinus. Le pouls revient au contraire à une fréquence normale s'il avait été préalablement ralenti par le chloral. L'atropine ou les lésions d'innervation cardiaque modifient ses effets sans les supprimer.

D'une manière générale, la **durée de transmission intracardiaque** de l'excitation est abrégée.

Sur les vaisseaux on observe à **petite dose de la vasoconstriction ; à forte dose, au contraire, de la vasodilatation.**

Appareil respiratoire. — La coramine produit une augmentation concordante et très notable de la fréquence et de l'amplitude des mouvements respiratoires, elle **augmente donc la ventilation pulmonaire. Elle relâche en même temps la musculature bronchique** et favorise l'expulsion des sécrétions dont les phénomènes vasculaires augmentent l'abondance.

Musculature lisse. — La coramine exerce sur elle une action **stimulante ;** le tonus musculaire et le péristaltisme intestinal sont augmentés.

Système nerveux.

Centres corticaux. — La coramine produit une *excitation* allant jusqu'à l'hallucination si les doses toxiques sont atteintes. Aux doses thérapeutiques les effets sont moins intenses mais suffisent pour ramener à une excitabilité normale une encéphale rendue inexcitable par la narcose. Le retour à la conscience peut être ainsi obtenu.

Les accidents convulsifs n'apparaissent que pour des doses franchement toxiques.

L'augmentation de l'excitabilité sexuelle relève à la fois de la vasodilatation périphérique et de la stimulation des centres nerveux.

Hypothalamus. Centres négatifs. — Même stimulation pour des centres normaux ; les centres en état de paralysie recouvrent une excitabilité parfois manifeste dès avant le retour de la conscience.

Les **centres respiratoires sont stimulés** de façon puissante et précoce, antérieurement même aux centres vasomoteurs ; cette action s'exerce aussi sur les centres de la toux, de l'expectoration, du vomissement, du bâillement (Berger).

La coramine est donc un excitant des centres nerveux corticaux et basilaires et par eux de la respiration, et un excitant probablement direct du cœur. Cet effet se produit avec des doses minimes (0 gr. 005 à 0 gr. 01 par kgr. chez le lapin), donc très éloignées de la dose toxique minimum (0 gr. 10 à 0 gr. 12).

Indications.

Stimulation circulatoire. — Les asthénies et les défaillances cardiaques les plus diverses d'origine peuvent être heureusement influencées par la coramine.

Asystolies aiguës par surmenage ou excès sportifs ; précolapsus et collapsus cardiaques aigus et subaigus dus à des infections générales (fièvre typhoïde, septicémies, infection puerpérale) ou locales (pneumonies), embolies post-traumatiques ou post-opératoires : collapsus par myocardite.

La coramine est utile aussi dans les insuffisance chroniques : décompensation des lésions valvulaires ; dans les arythmies graves : (Derecq) arythmies complètes avec ou sans fibrillation auriculaire où elle permet d'éviter les doses trop fortes ou trop longtemps continuées de digitale et surtout à la période des troubles préfibrillatoires ; de même dans le bloc auriculoventriculaire lorsqu'il faut éviter de prolonger la durée de conduction. Elle est utile dans la myocardite sénile, dans la décompensation par hypertension sans amoindrissement du fonctionnement rénal.

Stimulation de la fonction respiratoire. — Elle agit parfois comme **antispasmodique dans les dyspnées paroxystiques :** œdème pulmonaire des brightiques où la coramine éveille moins d'arrière-pensées que la morphine, crises dyspnéiques des hypertendus azotémiques, même avec épanchement pleural surajouté (S. Bloch). De même dans les crises d'oppression des emphysémateux ayant une poussée bronchitique et dans la grande dyspnée des asthmatiques.

Dans les **dyspnées continues,** la coramine agit surtout comme **stimulant des centres nerveux respiratoires :** complications pulmonaires des maladies infectieuses, dyspnée continue des emphysémateux et de certains tuberculeux.

De même dans les **asphyxies du nouveau-né** (Vareilles), qu'il s'agisse d'un état de mort apparente avec conservation du fonctionnement cardiaque ou de cyanose compliquée de convulsions chez des prématurés athrepsiques.

De même dans certains **accidents survenant chez des rénaux :** Cheyne-Stokes des scléreux (W. Berger), coma urémique au cours d'une néphrite récente ; décompensation cardiaque compliquant une insuffisance rénale.

C'est aussi à son action sur le système nerveux que la coramine doit son utilité dans de nombreuses **intoxications exogènes.** Dans l'intoxication par les **gaz de guerre,** la coramine est indiquée tant que menace la défaillance cardiaque. Elle l'est aussi dans nombre de **comas toxiques** des plus diverses origines : intoxications par l'oxyde de carbone ou le gaz d'éclairage, par l'alcool, par l'opium et ses dérivés ; intoxication par les somnifères en général et les **somnifères barbituriques en particulier** (Carrière, Huriez et Willoquet) ; dans ce dernier cas l'heureuse action de la coramine vis-à-vis des complications pulmonaires du coma barbiturique mérite une mention particulière.

On peut rapprocher de la précédente catégorie les comas dus aux **anesthésiques chirurgicaux,** non seulement lorsqu'il s'agit d'avertine ou d'autres produits barbituriques, mais encore lorsqu'il s'agit des anesthésiques classiques par inhalation, agents de syncopes respiratoires. A noter que la coramine permet, l'intervention terminée, de hâter le réveil du malade.

Dans les **intoxications par certains champignons,** amanites en particulier (Castelli), qui provoquent défaillance cardiaque, convulsions, coma, la coramine a pu donner des succès très rapides et assurer un fonctionnement normal du cœur dès avant disparition du coma.

Contre-indications. — Une seule est absolue, *le coma apoplectique*, où la coramine est encore plus inutile que nuisible. Les autres contre-indications sont relatives et affaire d'espèce, de l'aveu même de ceux qui les ont mentionnées : épilepsie, œdème pulmonaire (W. Berger). On peut observer chez certains comateux intolérants des quintes de toux, toujours indésirables, du tremblement, des mouvements de défense, des mouvements convulsifs. Ces symptômes, qui n'apparaissent jamais que pour de fortes doses (10-20 cmc. intraveineux en une fois) ne sont jamais menaçants par eux-mêmes mais doivent seulement, pour W. Berger, inciter à fractionner les doses.

Mode d'administration. Posologie.

La voie intracardiaque peut être exceptionnellement employée lorsque l'urgence est extrême ; chez un nouveau-né en étant de mort apparente, Vareille a injecté 1 cmc de coramine et pratiqué la respiration artificielle ; l'enfant s'est réveillé et n'a présenté dans la suite aucune séquelle cardiaque.

La *voie intraveineuse* est indiquée quand on recherche une action puissante et rapide (comas, barbiturique en particulier, intoxications).

La *voie intramusculaire* prolonge et complète l'effet des intraveineuses ; de même la voie sous-cutanée.

La *voie digestive* enfin servira chaque fois qu'une action douce et prolongée est recherchée, qu'on pratiquera un traitement d'entretien, par association, même avec d'autres médicaments (digitale, camphre, etc.).

Dans tous les cas, il est essentiel de prescrire des doses suffisantes, sans crainte de les répéter, l'accumulation ne semblant jamais à redouter.

On emploie le plus souvent dans tous les cas la *solution aqueuse à 25 p.* 100 (W. Berger), donnant XXV gouttes au cmc.; exceptionnellement on a employé la solution à 50 p. 100 sans inconvénients du reste, ou au contraire une solution plus faible par voie intramusculaire.

Pour une action rapide et énergique, on pratiquera des injections intraveineuses, doublées souvent d'injections intramusculaires.

Dans les intoxications par champignons, Castelli donne 5 cmc. intraveineux, 2 cmc. par la même voie 10 minutes plus tard, puis des injections intramusculaires toutes les demi-heures, jusqu'à amélioration nette.

Dans le coma barbiturique de l'adulte, Carrière, Huriez et Willoquet donnent, si l'obnubilation est légère, 5 cmc. intraveineux suivis de 3 cmc. par même voie toutes les 2 heures ; dans les cas de gravité moyenne, 10 cmc. intraveineux et 5 cmc. intramusculaires simultanément, que l'on renouvellera une demi-heure plus tard si nécessaire.

Dans les comas très graves, W. Berger injecte très lentement 10 à 15 cmc. intraveineux et 5 à 10 cmc. intramusculaires, que l'on renouvellera si nécessaire une demi-heure ou une heure plus tard. Crohn a pu, dans de tels cas, donner en 4 jours 60 cmc. intraveineux et 45 cmc. intramusculaires.

Dans des insuffisances cardiaques et des arythmies, Gobecki a pu donner à la place d'huile camphrée 1 à 5 cmc. intramusculaires par dose et atteindre de la sorte 13 cmc. en 24 heures.

Le plus souvent, on administre le médicament *per os*, lorsque la rapidité d'action n'est pas une condition essentielle de succès.

Lorsqu'on ne cherche qu'un *effet tonicardiaque* durable, il suffira en général de donner per os 1 *à 2 cmc. de solution à 25 p.* 100, soit vingt-cinq à cinquante gouttes.

La coramine peut s'associer aux autres tonicardiaques (digitale, strophanthus, quinine, quinidine) ou alterner avec eux. On peut l'associer à la respiration artificielle ou au carbogène contre des troubles asphyxiques menaçants.

Le médecin dispose ainsi d'un médicament précieux tant comme tonicardiaque que comme stimulant respiratoire, précieux dans l'asthme en particulier. A noter enfin l'action particulièrement favorable tant préventive que curative de la coramine vis-à-vis des complications pulmonaires si fréquentes et parfois si graves qui accompagnent l'intoxication par les barbituriques.

R. LEVENT.

SOCIETÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 20 AVRIL 1937)

Rapport. — M. SIREDEY donne lecture de son rapport sur les travaux des stagiaires aux eaux minérales.

Contre l'alcoolisme. — M. SIEUR dépose sur le bureau de l'Académie, une proposition de vœu qui lui paraît très justement s'imposer au moment où la loi de 40 heures donne chaque semaine de nouveaux loisirs aux travailleurs des villes.

En voici le texte :

« L'Académie émet le vœu que le Gouvernement, tenant compte des graves dangers que le trop grand nombre de débits de boissons fait courir à la morale, à la santé et à

la fortune publiques, en favorisant l'alcoolisme dans toutes les classes de la société, prenne dans le plus bref délai possible, les dispositions nécessaires pour :

1° Limiter le nombre des débits de boissons et supprimer le privilège des bouilleurs de cru ;

2° *Fermer* le samedi et le dimanche les débits, estaminets, comptoirs, bars et cafés-bars, en application de la loi sur la semaine de 40 heures ;

3° Défendre de servir dans les débits, de quelque nature qu'ils soient, des boissons alcooliques à consommer sur place aux enfants au-dessous de 16 ans ;

4° Organiser des lieux de réunions populaires hygiéniquement et agréablement installés sur le type du Foyer du soldat et de l'Abri du marin, où les boissons alcooliques seront exclues et remplacées par des boissons hygiéniques, telles que café, thé, infusions diverses, jus de fruits divers et en particulier jus de raisin, sirop de fruits préparés avec les fruits que notre pays produit en abondance et qui peuvent agréablement être consommés à l'état naturel sans avoir subi la fermentation alcoolique ;

5° Multiplier les terrains de jeux où la jeunesse pourra subir un développement physique trop négligé jusqu'ici et où la pratique des sports éloignera de la consommation de l'alcool ;

6° Créer des habitations hygiéniques et des cités-jardins destinées à remplacer les anciens taudis et à donner au travailleur, dans ses heures de loisir, le goût du jardinage et de la vie en plein air, saine et naturelle. »

Ce vœu, mis aux voix, est adopté à l'unanimité.

Les eaux minérales et le B. coli commune. — M. CRUVEILHIER et Mme MAGNIER DE LA SOURCE, montrent que les eaux minérales, quel que soit leur type de minéralisation, ne constituent pas un milieu incompatible avec la vie du *B. coli commune*.

Carences eutrophiques. — MM. MOURIQUAND, TÈTE, WENGER et VIENNOIS. — Les maladies par carence alimentaire n'évoluent pas obligatoirement vers la cachexie et la mort. Si la plupart sont des carences dystrophiques, la clinique montre qu'il peut exister des carences eutrophiques. Les auteurs sont parvenus à réaliser expérimentalement une carence eutrophique par avitaminose C.

Cette carence eutrophique prolongée finit vers le 100e jour par déterminer un syndrome rhumatismal ankylosant. Ainsi est mise en lumière la genèse de terrains chroniquement carencés, dont la pathologie humaine fournit d'autre part des exemples.

Non-transmission à l'homme du typhus murin par piqûres de puces infectées. — MM. BLANC et BALTHAZARD.

NOTES POUR L'INTERNAT

ARTÈRE HONTEUSE INTERNE (1)

Périnée antérieur. — Au bord postérieur du muscle transverse profond, l'artère va cheminer dans le périnée antérieur. Elle est alors légèrement ascendante alors qu'elle longe la branche ischio-pubienne. Elle est dans le récessus rétropubien prolongement antérieur de la fosse ischio-anale ; elle est au-dessus du *plancher uro-génital* et se ménage un canal aponévrotique dont les parois sont :

— *En dehors*, l'aponévrose du muscle obturateur interne ;

— *En haut*, le releveur de l'anus avec son mince périmysium ;

— En bas, c'est le plancher ur-génital, ensemble de muscle et de feuillets aponévrotiques dans lesquels ils faut distinguer :

(1) Fin. Voir *Gaz. Hôp.*, n° 32, du 21 avril 1937.

Un feuillet inférieur très résistant :

Latéralement, il s'attache sur la face interne des branches ischio-pubiennes tout près du bord inférieur et au-dessus de l'insertion des corps caverneux auxquels il adhère ;

D'arrière en avant il va former :

Le feuillet de recouvrement inférieur du muscle *transverse profond ;* puis en avant de l'urètre il forme le ligament transverse du pelvis qui est très épais ; enfin tout en avant il forme le *ligament de l'entre-cuisse* qui va s'étaler à la face supérieure des corps caverneux pour constituer sous la symphyse la *lamelle sus-urétrale ;*

Un feuillet supérieur qui est très mince : c'est une toile aponévrotique qui :

Latéralement va s'insérer à la face interne des branches ischio-pubiennes au-dessus du muscle transverse profond ;

D'arrière en avant il recouvre la face supérieure du muscle transverse profond ; puis en avant de l'urètre s'unit au feuillet profond et enfin tout en avant, s'isole à nouveau pour former la *lamelle sous-pubienne* qui se perd au bord inférieur du ligament arqué sous-pubien.

Par rapport à ces éléments aponévrotiques on a discuté sur la situation de l'artère :

Farabeuf et Grégoire la placent entre les deux feuillets aponévrotiques.

Pour Rouvière le canal est formé, en bas par le feuillet supérieur, en dehors par l'aponévrose de l'obturateur et en haut par un mince feuillet fibreux réunissant les deux précédents éléments. L'artère est donc au-dessus de l'aponévrose moyenne, mais si l'on considère la paroi supérieure comme émanée du feuillet supérieur de l'aponévrose moyenne, on peut dire que l'artère est comprise entre les deux feuillets de cette aponévrose.

Dans ce canal, le paquet vasculo-nerveux est constitué par :

L'artère ;

La veine qui est située en dedans de l'artère ;

Le nerf dorsal de la verge ; il a contourné les vaisseaux par en dehors, si bien qu'il est devenu externe et sous-jacent à l'artère.

Terminaison de l'artère. — A la partie antérieure du périnée, l'artère devient artère dorsale de la verge ou du clitoris. Elle passe sous le ligament arqué sous-pubien et reste au-dessus de l'aponévrose moyenne qui se prolonge en lame sus-urétrale.

Les veines ont une disposition un peu différentes :

La veine honteuse interne représente la voie de décharge périnéale du Plexus de Santorini que Farabeuf a systématisé en deux deltas :

— L'un sus-urétral formé par la bifurcation de la veine dorsale profonde de la verge ;

— L'autre pré-cervico-vésical formé par la confluence des deux veines vésicales antérieures.

BRANCHES. — Pendant son long trajet l'artère honteuse interne donne de nombreuses collatérales.

Dans sa *portion intra-pelvienne* la H. I. donne quelques petits rameaux au plexus sacré, à la vessie, au muscle obturateur interne et assez souvent l'artère hémorroïdale moyenne.

Dans sa *portion fessière* elle donne de grêles rameaux au muscle jumeau supérieur, au pyramidal et à l'obturateur interne.

Dans sa *portion ischio-anale et périnéale* elle donne ses branches importantes :

Un rameau fessier, qui contourne le bord inférieur du grand ligament sacro-sciatique et se distribue au muscle grand fessier ;

L'artère hémorroïdale inférieure. Le plus souvent au nombre de 2, parfois 3, elles naissent au bord inférieur de l'épine sciatique ; très flexueuses, elles se dirigent au travers de la graisse ischio-anale, obliques en bas et en dedans ; elles sont entourées d'une gaine très résistante. Elles se terminent dans le muscle releveur de l'anus, les sphincter interne et externe et la peau de la marge de l'anus. Elles s'anatomosent avec les symétriques, l'artère sacrée moyenne et les artères hémorroïdales moyennes et supérieures ;

L'artère périnéale superficielle. Elle naît au lord postérieur ou un peu en avant du transverse superficiel du périnée. Elle se dirige en bas, contournant le bord du muscle ou parfois le perforant. Puis elle se dirige, presque horizontale oblique en avant et en dedans ; elle est ainsi superficielle située dans l'interstice qui sépare le muscle ischio-caverneux en dehors du muscle bulbo-caverneux en dedans (ces deux muscles formant avec le transverse superficiel le triangle ischio-bulbaire). Elle arrive ainsi à la racine des bourses dans lesquelles elle se termine en s'anastomosant avec l'opposé et avec les honteuses externes. Elle donne des rameaux postérieurs, des rameaux externes pour l'ischio-caverneux et la peau de la partie interne de la cuisse, des rameaux internes pour le bulbo-caverneux et la peau du périnée. Ses branches terminales se distribuent au scrotum, au dartos et dans la cloison médiane des bourses ;

L'artère bulbaire, c'est la plus grosse des branches de la honteuse interne. Elle naît à plus de 2 cm. de l'artère transverse superficielle, mais en arrière de l'urètre. Oblique en avant et surtout en dedans, elle atteint le bulbe en arrière de l'urètre à 15 mm. en avant de son extrémité postérieure ; à ce niveau elle émet une récurrente qui contourne le bord latéral du bulbe et se dirige alors en avant presque médiane ; elle se perd vers la partie moyenne du corps spongieux, donnant un petit rameau spécial aux glandes de Cooper ;

L'artère caverneuse naît un peu en arrière du bord inférieur de la symphyse pubienne ; elle traverse donc le feuillet inférieur de l'aponévrose moyenne pour se diriger en bas et en dehors vers le corps caverneux ; elle le pénètre par sa face supéro-interne ; au centre du cylindre érectile, elle se divise en deux rameaux : l'un postérieur qui irrigue le tiers postérieur du corps caverneux ; l'autre antérieur qui se distribue aux deux tiers antérieurs de l'organe ;

L'artère urétrale naît derrière la symphyse pubienne : oblique en bas et en dedans elle traverse l'aponévrose moyenne puis atteint l'albuginée du corps spongieux qu'elle perfore ; elle pénètre le corps spongieux, au moment où celui-ci va se placer dans la rainure que lui ménage la juxtaposition médiane des deux corps caverneux. Elle se distribue au corps spongieux atteignant le gland qu'elle vascularise, par son anastomose avec l'artère dorsale de la verge.

A côté de ces branches volumineuses toutes descendantes et destinées aux organes érectiles, l'artère honteuse interne donne des branches ascendantes de très faible calibre .

La brance anastomotique avec l'obturatrice, située en dedans ou dans l'épaisseur du muscle ;

La vésicale antérieure, perforant le feuillet supérieur de l'aponévrose moyenne et qui se distribue à la face antérieure de la prostate et de la vessie ; elle représente à peu près la seule anastomose entre le système artériel pervien et le système périnéal ;

L'artère graisseuse, qui se perd dans la loge de Retzius ;

La rétro-symphysaire ;

Et enfin la très grêle et souvent inconstante *pré-symphysaire.*

Au niveau du bord inférieur de la symphyse, l'artère honteuse interne change de nom et devient *artère dorsale de la verge.*

Cette artère passe entre les fibres externes et internes du faisceau profond du ligament suspenseur de la verge ; elle suit la face supérieure du corps caverneux correspondant sous le fascia pénis ; elle se termine à la couronne du gland.

Elle est accompagnée de deux fines veinules satellites et du *nerf dorsal de la verge*, qui est situé en dehors d'elle.

La veine dorsale profonde de la verge est médiane dans la gouttière supérieure que limitent les deux corps caverneux.

Dans son trajet, l'artère dorsale de la verge fournit trois ordres de rameaux :

Des rameaux superficiels pour les téguments ;

Des rameaux profonds qui plongent dans le corps caverneux ;

Des rameaux externes qui sont toujours très grêles et qui, contournant les corps caverneux, se distribuent au corps spongieux.

A la base du gland, elle forme avec l'opposée une couronne, dont les rameaux superficiels se distribuent au prépuce, et les rameaux profonds au gland.

Artère honteuse chez la femme. — Les rapports de l'artère sont identiques.

Ses branches sont moins volumineuses, sauf la périnéale superficielle qui se distribue aux grandes lèvres, aux petites lèvres et à la fourchette.

L'artère bulbaire se distribue au bulbe du vestibule. L'urétrale et la caverneuse irriguent le vestibule et les corps caverneux du clitoris. Enfin l'artère dorsale du clitoris est de volume très réduit.

ROGER-JEAN CHEVALLIER.

PRATIQUE MÉDICALE

A PROPOS DE LA C-VITAMINOTHÉRAPIE

par le docteur J. FAGUET (de Paris)

La carence en Vitamine C détermine, comme on le sait, la dystrophie scorbutique chez l'homme et chez l'animal et le professeur Mouriquand a démontré, dans une série d'études très importantes, que cette dystrophie peut être affirmée, fruste ou inapparente.

La dystrophie affirmée est, pour ainsi dire, spécifiquement combattue par la Vitamine C : toute la question du scorbut est là et c'est justement en étudiant la maladie scorbutique que les cliniciens et les chimistes sont arrivés à identifier le rôle de la Vitamine C, à isoler cette vitamine, puis à la préparer synthétiquement de telle sorte qu'aujourd'hui on peut, à coup sûr, traiter correctement tous les cas de scorbut affirmé ; il est inutile de rappeler ici les si nombreux et si importants travaux consacrés à cette question ; qu'il suffise de savoir qu'en utilisant la laroscorbine, on a à sa disposition l'acide ascorbique gauche, c'est-à-dire la Vitamine C synthétique cristallisée à l'état chimiquement pur.

Les dystrophies frustes ou inapparentes sont infiniment plus fréquentes qu'on ne le supposait autrefois et les symptômes qui trahissent ces états sont à tel point variables qu'il n'est pas possible d'en donner une description caractéristique ; il faut bien savoir qu'aucune affection, pour ainsi dire, ne présente un certain déficit en Vitamine C et même les états physiologiques comme la grossesse, le vieillissement, la puberté, la pratique exagérée des sports sont accompagnés d'une hypovitaminose C plus ou moins intense.

Nous n'avons pas la place ici d'examiner tous les cas où il est important d'administrer à l'organisme débilité de la Vitamine C, par exemple sous forme de laroscorbine. Toutefois nous devons insister sur un point d'une importance capitale : à savoir que la Vitamine C est un élément indispensable du fonctionnement cellulaire normal, absolument comme les albumines, les hydrates de carbone, les graisses et tous les ions nécessaires à la respiration cellulaire.

La Vitamine C augmente la résistance cellulaire ; au contraire, la carence en Vitamine C rend la cellule plus fragile ; par cela même, tout l'organisme est affaibli ; il ne peut plus fournir son travail normal et il devient plus vulnérable au développement de la maladie et surtout des infections.

En somme la Vitamine C synthétique (laroscorbine) apparaît de plus en plus comme le soutien indispensable de l'organisme carencé, qu'on l'utilise sous forme de comprimés ou sous forme d'ampoules.

En effet, l'administration par voie buccale ou parentérale de laroscorbine raccourcit l'évolution de toutes les infections et en particulier de la pneumonie, de la diphtérie ; dans tous les cas de surmenage, ce médicament donne les meilleurs résultats, aussi est-il indiqué dans la pratique des sports et également dans tous ces états d'asthénie qui caractérisent le printemps, par exemple dans toutes les convalescences, la sénilité précoce, de telle sorte qu'on a pu dire très justement que la laroscorbine réalise le rajeunissement général de l'organisme.

En ce qui concerne plus particulièrement le scorbut, on sait que les cas de scorbut deviennent de plus en plus rares ; cependant il en existe de nombreux cas et c'est ainsi qu'en Allemagne, au moment de la grande période où la nourriture était insuffisante, on a pu constater beaucoup de cas de scorbut vrai.

D'autre part, les cas frustes d'avitaminose C justiciables de la thérapeutique par la laroscorbine sont multiples. Comme nous l'avons déja dit, cette pré-carence est difficile à dépister ; elle peut être monosymptomatique, anémique, fébrile, dystrophique, cutanée, hémorragique pure, asthénique simple, dans tous les cas elle est excessivement fréquente et les doses de laroscorbine préconisées contre cette affection varient de 5 centigrammes à 10 centigrammes par jour, c'est-à-dire 1 à 2 comprimés de laroscorbine, doses qui peuvent être facilement dépassées sans aucun inconvénient.

En résumé, on a pu jusqu'ici constater que l'acide ascorbique gauche, Vitamine C synthétique cristallisée, sous forme de laroscorbine, donnait des résultats excessivement nets dans le scorbut, les diathèses hémorragiques, les anémies, dans les dystrophies osseuses et dentaires, dans les maladies infectieuses, dans les intoxications, dans les affections cutanées, oculaires, l'insuffisance surrénalienne et enfin comme médication préventive du choc et dans la cure de désensibilisation.

Un point sur lequel il est très important d'insister, c'est sur l'innocuité absolue de la laroscorbine (Vitamine C synthétique cristallisée). Les doses que nous avons indiquées ci-dessus sont absolument dépourvues de toute toxicité et nous tenons à rappeler que dans certains cas, surtout par voie sous-cutanée ou endoveineuse, des cliniciens ont pu même décupler ces doses sans ennui.

Enfin il est bon de signaler ici qu'en France tout particulièrement l'acide ascorbique gauche (Vitamine C synthétique cristallisée) a été étudié d'une manière très complète par Rohmer, Bezssonoff, Mouriquand et ses élèves, Randoin, Harde, Graciansky, Giroud et Leblond et leur école et que de très nombreuses revues générales ont été consacrées à cette question, notamment par Mandillon dans la Pratique Médicale Française, 1936, N° 12. On trouvera dans ces travaux l'essentiel de ce qu'il est utile de connaître sur la C-Vitaminothérapie : nous avons tenu à signaler ici quelques-uns des côtés les plus intéressants de cette thérapeutique.

Les métrorragies ménopausiques et post-ménopausiques (Etude étiologique, clinique et biologique), par MM. Raymond IMBERT, Michel MOSINGER et H. HAIMOVICI, de Marseille. Préface de M. le professeur J. Fiolle. 1 vol. in-8 de 200 pages avec 28 figures, broché : 20 fr. (J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



N° 35. — SAMEDI 1er MAI 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.



SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — 1er concours de nomination. Séance du 23 avril, à l'hôpital Saint-Antoine consacrée à l'épreuve de thérapeutique chirurgicale : MM. les docteurs Couvelaire, 28 ; Gosset, 28 ; Padovani, 27 ; Gérard Marchant, 28.

Classement des candidats : 1er M. le docteur Gérard Marchant, 94 ; 2e Couvelaire, 94 ; 3e Padovani, 90 ; 4e Gosset, 90.

Sont nommés chirurgiens des hôpitaux : MM. Gérard Marchant et Couvelaire.

2° CONCOURS DE NOMINATION DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Sont nommés membres du jury : MM. les docteurs Roux-Berger, Soupault, Métivet, Braine, Mocquot, Bazy, Crouzon.

Sont nommés membres du jury du CONCOURS POUR DEUX PLACES D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX : MM. les docteurs Macé, Rudaux, Couvelaire, Devraigne, Cleisz, Darré, Ombrédanne.

Hôpitaux d'Alger. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AU CHIRURGICAT DES HÔPITAUX D'ALGER. — A la suite des épreuves du concours ouvert à Alger le 22 mars, ont été nommés MM. H. Liaras et R.-M. Marill, ex aequo.

— CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AU MÉDICAT DES HÔPITAUX D'ALGER. — A la suite des épreuves du concours ouvert à Alger le 15 mars, ont été nommés MM. Huguenin et M. Fabiani.

Hôpital Algérien de psychiatrie de Joinville. — CONCOURS SUR ÉPREUVES POUR LE RECRUTEMENT D'UN CHIRURGIEN. — A la suite des épreuves du concours, ouvert à Alger le 5 avril, M. R.-M. Marill, ancien chef de clinique chirurgicale, a été proposé pour la nomination.

Hôpital de Constantine. — CONCOURS SUR ÉPREUVES POUR LE RECRUTEMENT D'UN MÉDECIN ADJOINT A L'HÔPITAL DE CONSTANTINE. — A la suite des épreuves du concours ouvert à Alger, le 8 mars, a été proposé pour la nomination M. le docteur Attal de Constantine.

Faculté de médecine de Paris. — CONCOURS DE L'ADJUVAT. Séance du 24 avril. Epreuve orale. *Anatomie.* Notes : MM. Guénin, 17 ; Barcat, Debidour, 16 ; Cauchoix, Cordebar, Monsaingeon, 15 ; Coldefy, Lortat-Jacob, Rouvillois, 14.

Légion d'honneur. GUERRE (réserve). — Sont inscrits au tableau de concours de 1937 pour *le grade d'officier :* MM. les docteurs Renaud, du Maroc ; Maratuech, 15e région ; Jeanty, 9e région ; Guibé, 3e région ; Chon, 4e région ; Boisseau, 19e corps ; Lexa, 3e région ; Lucien, 20e région ; Hanns, 20e région ; Van Vyve, 6e région ; Brunhammer, 7e région ; Laurent. 5e région ; Lacoste, 18e région ; Noirclaude, de Paris ; Dupont, de Paris ; Courcoux, 4e région ; Pietkiewiez, de Paris ; Simonin, de Paris ; Loygue, 2e région ; Chalot, 17e région.

Salomon, 11e région ; Fontanel 16e région ; Diffre, 1re région ; Bataille, 20e région ; Revel, 15e région ; Lavelle, 18e région ; Corvisy, de Paris ; Tartanson, 15e région ; Dazin, 9e région ; Pradourat, 7e région ; Laffont-Lacrampe, 19e corps ; Giacardy, 18e région ; Mazel, 14e région ; Dalmes, 17e région ; Privey, 8e région ; Arbez, 13e région ;

Jouffrault, 9e région ; Tapie, 17e région ; Verne, de Paris ; Grunberg, de Paris.

Fouet, de Paris ; Helie, de Paris.

Troupes coloniales : MM. les docteurs Sallet, 17e région ; Collin, 15e région ; Roton, Indochine.

Officiers rayés des cadres : MM. les docteurs Dupuy et Goidin.

Distinctions honorifiques. — MM. les professeurs Jules Bordet, directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles, et Pierre Nolf, président de la Croix-Rouge viennent de recevoir la grand'croix de l'Ordre de Léopold.

Nous prions nos deux illustres confrères de recevoir l'expression de nos très vives félicitations.

Ministère de la Santé publique. — *Médaille d'honneur des épidémies.* — Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 21 avril 1937, la médaille d'honneur des épidémies en bronze a été décernée à Mlle Estibotte (Raymonde), docteur en médecine, interne à l'hôpital civil français de Tunis, pour maladie grave contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Marine marchande. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin militaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris à la Faculté de médecine (laboratoire d'hygiène), le 28 juin 1937.

Les dossiers des candidats devront être adressés, *un mois à l'avance*, au sous-secrétariat d'Etat à la Marine marchande (Direction de la Flotte de Commerce et du Travail maritime), 3, place de Fontenoy (7e).

Cette demande devra être établie sur papier timbré, et revêtue en outre d'un timbre fiscal de 20 fr. pour paiement des droits d'inscription à l'examen.

Hommage à la mémoire du professeur Robert Proust. — Les amis, les collègues et les élèves du professeur Robert Proust, désireux d'honorer sa mémoire, ont eu la pensée de faire exécuter par le sculpteur Landowski un buste qui sera offert à la Faculté de médecine de Paris.

Une souscription a été ouverte à cet effet.

Tout souscripteur de 100 francs recevra une reproduction en héliogravure de ce buste.

Le Comité d'organisation est composé de MM. A. Gosset, Jonard, Houdart, Maurer. — Prière d'adresser les souscriptions au trésorier, M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e). (Compte chèques postaux, Paris 599.)

Premières Journées internationales de pathologie et d'organisation du travail. — Ces Journées se tiendront à Paris, du 1er au 6 juin 1937, sous les hauts patronages des Ministres de la Santé publique et du Travail, et de M. le doyen Roussy, avec la collaboration de la Confédération générale de la Production française et de la Confédération générale du Travail, sous la présidence de M. le doyen V. Balthazard.

La cotisation des membres titulaires est de 100 francs français, donnant droit aux publications, manifestations artistiques, fêtes, visites d'usines et excursions.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 1er juin.

Toutes les demandes de renseignements, les adhésions, cotisations, doivent être adressées au docteur G. Hausser, Secrétaire général, Institut médico-légal, place Mazas, Paris (12e).

Club aéro-médical de France. — A l'occasion des Journées internationales d'aviation sanitaire et de médecine aéronautique, qui auront lieu à Paris en juillet prochain, le Club aéro-médical de France organise pour le 7 juillet les *premières Assises de médecine aéronautique.*

La question proposée est : « *De l'importance comparée du sens stéréoscopique et de l'acuité visuelle pour le pilotage des aéronefs* ».

Tous les membres du corps médical sont invités à assister à la réunion et à participer à la discussion. Les inscriptions et les communications doivent être adressées avant le 1er juin, au secrétariat du Club aéro-médical, 24, rue Pierre-Demours, Paris (17e).

Syndicat des Chirurgiens de Paris et de la Région parisienne. — Le Syndicat des Chirurgiens de Paris et de la Région parisienne a tenu son Assemblée générale le 8 avril, et procédé à l'élection des membres du Conseil d'administration.

Le nouveau Bureau est composé de la façon suivante : Président, docteur Buizard ; Vice-Président, docteur Planson ; Secrétaire général, docteur Masmonteil ; Secrétaire général adjoint, docteur Doré ; Trésorier, docteur Dufourmentel.

Les autres membres du Conseil d'administration sont : MM. les docteurs Briault, Burty, Hautefort, Luquet, Séjournet, Sénéchal, Trèves.

Pour les adhésions et les renseignements, s'adresser au docteur Masmonteil, Maison de santé du Landy, 21 *bis*, rue du Landy, Saint-Ouen (Seine).

Nécrologie. — Le docteur Achille Matza, à Paris.

— Le médecin colonial Jamot, des troupes coloniales, qui fut l'organisateur de la lutte contre la maladie du sommeil en A. E. F., dès 1917.

— Le médecin général G. Saint-Paul, ancien directeur du Service de Santé du 30e puis du 20e C. A. à Nancy. Sous le pseudonyme de G. Espé de Metz, le médecin général Saint-Paul a publié divers ouvrages et a notamment lancé l'idée généreuse des *lieux de Genève*, régions neutres où les non belligérants seraient à l'abri des horreurs de la guerre.

— Le docteur Chales Choyce, professeur de chirurgie à l'Université de Londres.

— Le docteur Henri Nussbaum, professeur honoraire à la Faculté de Varsovie, bien connu par ses travaux de physiologie et surtout de neurologie. Il était âgé de 88 ans.

— Le docteur Auguste Barbanneau à Pouzauges (Vendée).

— Le docteur Paul Bousquet, à Bordeaux.

Le *Concours médical*, si douloureusement éprouvé il y a quelques jours par la mort de son administrateur adjoint, le docteur Pierre Sassier, vient d'être frappé par un nouveau deuil cruel. Le docteur Armand Gassot, directeur honoraire du *Concours* et l'un de ses fondateurs, est décédé le 20 avril 1937 à Chevilly.

Nous adressons à la rédaction du *Concours médical* l'expression de notre bien affectueuse sympathie.

F. L. S.

RENSEIGNEMENTS



REVUE GENERALE

LES ÉPANCHEMENTS GÉLATINEUX DU PÉRITOINE D'ORIGINE OVARIENNE (1)

Par MM. P. DECOULX et G. PATOIR (de Lille)

La surprise du chirurgien est souvent grande lorsqu'à la place du kyste ou de la tumeur végétante de l'ovaire qu'il avait diagnostiqués il découvre un épanchement gélatineux du péritoine.

Il est bien rare, en effet, qu'on fasse le diagnostic de cette affection, et, le plus souvent, sa découverte est inattendue.

« Peu de maladies, disait Péan, sont d'un diagnostic entouré d'autant de difficultés, vu sa rareté, et la mauvaise définition de ses caractères. »

Il nous faut bien avouer que depuis ce temps nous n'avons guère fait de progrès. Nous ignorons encore presque tout de sa nature exacte, des symptômes par lesquels elle se manifeste et sa constatation nous laisse en général étonné, ignorant du pronostic et du traitement à appliquer.

Historique. — Cruveilhier signale en 1848 une maladie ayant pour caractère essentiel de donner issue, lors de l'ouverture du péritoine, à un liquide d'allure gélatineuse. Cette « dégénérescence gélatiniforme du péritoine » était pour lui voisine du « cancer colloïde ». Déjà sans le secours du microscope, sur la foi de ses constatations cliniques, il sentait la nécessité d'une distinction entre cette affection et le « cancer vrai ». Il insistait sur ces faits :

1° Qu'il est sans exemple que cette maladie ait envahi l'organisme tout entier ;

2° Que cette affection était toujours secondaire à la dégénération de quelques-uns des autres organes de l'abdomen... ;

3° Que si l'on veut absolument comprendre cette maladie parmi les cancers, il faut dire qu'elle en constitue la forme la plus lente et la plus inoffensive... c'est le moins vivant de tous les tissus morbides.

En 1871, Péan reprend la question et décrit sous le nom de maladie gélatineuse du péritoine une maladie rare et curieuse dont l'étude se place naturellement entre les tumeurs par ascite et celles par cancers et par kystes. Cette dénomination est un peu vague mais elle a l'avantage incontestable de ne présager en rien de la nature de la maladie et de rendre un compte aussi exact que possible de l'aspect général qu'elle présente. Quelques auteurs lui ont donné des noms plus précis, tels que ceux de « cancer colloïde » et de « péritonite gélatineuse », mais ces expressions ont le tort grave, à notre avis, de préciser la nature d'une affection à laquelle il est encore bien difficile, dans l'état actuel de nos connaissances, d'assigner une origine, une cause à peu près certaine.

Les examens histologiques éclairent à ce moment la question d'un jour nouveau. La différenciation d'avec « le cancer et le sarcome » se fait plus nette et plus nécessaire mais si la nature de l'épanchement commence à être connue, ses origines demeurent incertaines. Péan émet l'opinion d'une origine ovarienne possible, mais n'affirme rien.

En 1884 apparaît avec l'Allemand Werth un terme nouveau et précis « Pseudomyxome », bientôt exclusivement employé à l'étranger, et basé sur l'aspect de ces « masses gélatineuses » et leur non-coagulabilité par l'acide acétique. Ce fut l'époque de l'orientation chimique de la question. La « pseudomucine » de Werth fut étudiée et classée parmi les glycoprotéines par le chimiste allemand Hammarsten.

Un autre auteur essaie d'établir une classification des pseudomyxomes basée sur le degré de solubilité dans l'eau des masses gélatineuses. Avec Peters et Netzel, qui publient de nombreuses observations, la question de l'origine de ces « masses gélatineuses » revient à l'ordre du jour.

Pour eux comme pour Cruveilhier, elles ne se manifestent qu'à la suite d'affections du tube digestif et aussi des ovaires, mais ils mettent au premier plan une notion nouvelle qui aura une grosse répercussion sur les conceptions étiologiques de l'affection : il s'agirait en effet pour eux d'un processus vivace et envahissant imputable à des greffes de cellules mucoïdes d'origine généralement ovarienne.

Jusqu'alors, comme nous l'avons vu, l'origine ovarienne était la plus généralement admise, lorsque l'on considérait que la maladie était la conséquence d'une dégénérescence localisée dans la cavité abdominale. C'est Fraenckel qui, le premier, en 1901, publie un cas d'épanchement gélatineux du péritoine chez l'homme, lié à la perforation d'un appendice en état de dégénérescence pseudokystique.

Pendant plusieurs années la presque totalité des observations citées se rapporte à des cas d'origine appendiculaire.

En 1918, Hartman et Binet arrivent à rassembler une vingtaine de publications dont 3 personnelles: Pour eux, comme pour Lejars d'ailleurs, la forme appendiculaire est moins grave que la forme ovarienne.

En 1929, Coissieux, dans sa thèse, fait une étude très complète de la question et rapporte un grand nombre d'observations dont 3 personnelles. Il insiste sur la plus grande fréquence de la forme ovarienne (60 % des cas) ; la forme appendiculaire étant deux fois plus rare (30 %) cette dernière serait l'apanage du sexe masculin.

La question est traitée à nouveau en 1931 par Monod et Vuillième qui font paraître dans le *Journal de Chirurgie* une communication sur la maladie gélatineuse du péritoine d'origine appendiculaire. A propos d'un cas observé personnellement, ils rappellent les deux étiologies des épanchements gélatineux du péritoine : ovarienne ou appendiculaire ; cette dernière forme inspire encore la thèse de Bulart (Paris 1934).

Etiologie. — Ainsi, les épanchements gélatineux du péritoine, s'ils présentent des caractères communs qui permettent d'en faire un syndrome clinique bien individualisé, reconnaissent cependant deux *étiologies* distinctes. Les uns sont dus à la rupture brutale, ou à

(1) Travail de la Clinique chirurgicale de l'Hôpital de la Charité, à Lille. Prof. R. LE FORT.

la fissuration, quelquefois à des métastases de kystes ovariens ; les autres trouvent leur origine dans une affection particulière de l'appendice vermiculaire : le mucocèle de cet organe ; le cœco ascendant ou l'estomac se trouvent en cause dans des cas beaucoup plus rares.

Cette double étiologie, maintenant admise de façon générale, fut longtemps méconnue. Avant l'ère du microscope on considérait cette affection comme un cancer, en raison de la cachexie profonde de certains malades et des récidives. Vidal, en particulier, signalait l'hérédité cancéreuse fréquente.

Puis on a voulu rattacher cette forme particulière d'ascite à la péritonite. Gosselin retient l'étiologie inflammatoire de cette infection. D'autres causes furent invoquées, qui ne semblent pas devoir être retenues : l'âge, la ménopause ne semblent intervenir qu'en tant que facteurs prédiposant au développement des kystes ovariens. Les traumatismes jouent un rôle certain, mais dans la mesure où ils ont pu favoriser la rupture d'un kyste préexistant. S'il ne faut accorder qu'un crédit limité aux récits des malades qui attribuent volontiers l'origine de leurs troubles à des traumatismes plus ou moins violents, voire même à des émotions, nous pouvons cependant conclure que cette influence est indéniable. Masini rapporte, en effet, à la Société de Chirurgie de Marseille l'observation d'une malade qui, opérée d'une hernie étranglée, a présenté, dès le lendemain de l'intervention, une augmentation progressive du volume du ventre, augmentation due à l'épanchement dans la cavité péritonéale du liquide contenu dans un kyste de l'ovaire gauche rompu au cours de la dissection du sac herniaire.

Nous pouvons donc conclure que, sous l'influence de facteurs multiples qui souvent nous échappent, parfois à la suite d'un traumatisme évident, parfois même spontanément, un kyste de l'ovaire peut se rompre ou se fissurer et créer dans la cavité péritonéale un épanchement plus ou moins abondant pouvant en imposer pour une ascite, de consistance plus ou moins épaisse, variant de celle d'un sirop à celle d'une gelée.

Le mucocèle appendiculaire est une affection voisine mais différente. Nous ne l'étudierons pas dans ce travail. Nous n'aurons en vue que l'épanchement gélatineux d'origine ovarienne dont nous avons observé un cas.

Observation. — Mme N. M..., âgée de 51 ans, entre dans le service de chirurgie de l'hôpital de la Charité (professeur Le Fort), le 14 novembre 1935. Elle y est envoyée par son médecin, qu'elle vient de consulter.

Elle a vu, depuis 4 ou 5 mois, son ventre augmenter de volume, sans y prêter grande attention, car elle n'en éprouvait aucune gêne. Cependant, elle présente depuis peu des mictions difficiles.

Elle n'a pas d'antécédents remarquables, réglée normalement à l'âge de 10 ans 1/2 jusqu'à 49 ans, elle a eu deux enfants, dont l'un est mort à 6 mois 1/2 de méningite.

Ce qui frappe dès qu'on l'examine, c'est le volume de son abdomen : tendu en obusier dans la position debout, il s'étale légèrement dans le décubitus dorsal. L'ombilic n'est pas déplissé. Il n'y a pas de circulation collatérale. La palpation fournit peu de renseignements : l'abdomen est tendu, peu palpable, non douloureux. On a la sensation d'une masse délimitée, volumineuse, occupant la région hypogastrique et dépassant l'ombilic. Il existe un signe du flot très net.

On trouve à la percussion une zone de matité très étendue ; la limite supérieure en est convexe. Il existe une matité mobile dans les flancs. Le foie est de dimensions normales. On pense donc à une lésion génitale et plus particulièrement à un kyste ou à une tumeur végétante de l'ovaire.

L'examen génital montre la présence d'une élytrocèle très prononcée, réductible, qui gêne le toucher. Le col utérin n'est pas perceptible. Il en est de même des annexes. On ne peut pas mobiliser la masse abdominale et préciser ses rapports avec l'utérus. Le toucher rectal confirme ces renseignements sans apporter de précisions autres.

L'examen général est négatif. La malade ne présente au niveau des principaux organes aucune lésion décelable. On recherche en vain les métastases possibles d'une tumeur maligne. On intervient le 18 novembre 1935 (docteurs Decoulx et Patoir).

Une laparotomie médiane sous-ombilicale permet l'écoulement d'un liquide gélatineux jaunâtre, libre dans la grande cavité péritonéale : on aspirera au cours de l'intervention une quantité de liquide qu'on peut approximativement fixer à 10 litres. On aperçoit alors un kyste de la grosseur d'une tête d'adulte, largement perforé, multiloculaire, relié au pelvis par un pédicule mince. On l'enlève. On constate alors l'existence d'un autre kyste siégeant sur le deuxième ovaire, multiloculaire, très volumineux. On pratique une hystérectomie subtotale.

L'exploration de l'abdomen, aussi complètement vidé que possible, ne montre pas d'autres lésions, en particulier aucune altération appendiculaire ; mais il existe sur toute l'étendue de la cavité abdominale, au niveau du foie, de la vessie, de l'intestin, des végétations jaunâtres qui semblent bien être des greffes. On referme sans drainage.

L'examen anatomo-pathologique qui fut pratiqué a montré qu'il s'agissait d'un kyste mucoïde. La paroi externe, riche en fibres élastiques, était peu épaisse. La paroi interne était tapissée de cellules épithéliales surtout caliciformes.

Le liquide gélatineux, pauvre en éléments figurés, ne contenait que quelques rares cellules épithéliales et fibres conjonctives.

Les suites opératoires sont normales, et la malade sort le 1er décembre, en apparence guérie.

La malade, revue au mois de novembre 1936, onze mois après l'intervention, a repris ses occupations habituelles. Elle exerce sans fatigue sa profession antérieure (confectionneuse). Son état général est bon : après un amaigrissement marqué causé par sa maladie, elle a repris du poids depuis l'intervention (4 kgr.). Son appétit est bon, elle ne présente aucun trouble digestif. Elle dit qu'elle ne souffre plus et que son ventre n'a plus tendance à augmenter de volume. L'examen local n'a pu être effectué : la malade, qui se considère comme complètement guérie, a refusé de s'y prêter lors de notre visite à son domicile.

L'*étude anatomique* des épanchements gélatineux d'origine ovarienne a montré que toutes les variétés de kystes de l'ovaire pouvaient leur donner naissance. Ce sont cependant les kystes mucoïdes qui sont le plus souvent en cause.

Nous ne reprendrons pas l'étude détaillée de la formation de ces kystes, mais nous rappellerons les travaux de Lecène (Ac. des Sciences, 1923 ; Soc. de Chir., juin 1928) qui tendent à prouver l'origine endodermique de ces formations. Les cellules qui les constituent n'ont aucun rapport avec les cellules constitutives des glandes génitales, et Lecène a mis en évi-

dence au niveau des parois kystiques l'existence d'une sucrase aussi active que celle des cellules intestinales du fœtus. Cette origine endodermique rapprocherait les épanchements d'origine appendiculaire et ovarienne.

Ces kystes contiennent un liquide gélatineux épais, tremblotant, qui augmente jusqu'à distendre les parois du kyste. Il se produit alors sous une influence quelconque soit une rupture brusque, soit une fissuration de cette paroi. L'épanchement envahit alors le péritoine.

Cet épanchement de volume variable est le plus souvent alimenté par le kyste ovarien qui continue de se développer et l'on observe alors ces épanchements abondants qui atteignent jusqu'à 15 litres.

Un autre phénomène peut se produire également. Au moment de la rupture, des cellules épithéliales peuvent être détachées du kyste et tombent dans la cavité péritonéale. Elles se greffent sur les feuillets du péritoine viscéral ou pariétal et prolifèrent pour leur propre compte reproduisant un liquide colloïde analogue à celui de la tumeur mère.

Ces deux éventualités expliquent l'existence d'épanchements gélatineux d'évolution lente, progressive mais bénigne.

L'examen anatomo-pathologique ne montre d'ailleurs aucun signe de malignité.

Le liquide jaune ambré, verdâtre ou délicatement teinté de rose, a la consistance visqueuse de la gelée de pommes. Il tapisse les organes auxquels il adhère et il est à peu près impossible d'en débarrasser complètement la cavité péritonéale. On trouve souvent de petites grappes en « frai de grenouille » adhérant intimement au péritoine.

Le liquide n'a pas de caractères biologiques spéciaux. La chaleur ne le modifie pas et Werth en constatant l'absence de coagulation par l'acide acétique en a fait une pseudomucine.

Ces masses gélatineuses sont relativement fixées par un fin et fragile réseau de fibres conjonctives. Pauvres en éléments figurés elles contiennent de rares éléments cellulaires altérés, probablement des débris de cellules épithéliales. Enfin, rarement, on a pu mettre en évidence des cellules de type cylindrique parfois caliciformes isolées ou groupées.

Les greffes se sont montrées de même nature que la tumeur originelle.

A côté de cette forme bénigne de l'épanchement gélatineux on peut rencontrer une forme maligne néoplasique. Les masses gélatineuses sont alors essaimées par un kyste papillaire ou une tumeur végétante de l'ovaire. Des bourgeons épithéliaux pseudoglandulaires se fixent sur les organes sur le péritoine, l'épiploon est épaissi. Il s'agit ici d'une véritable implantation métastatique. On a enfin cité, c'est une rareté, les kystes dermoïdes accompagnés d'un tel épanchement.

Pratiquement, il existe deux variétés différentes de l'affection, l'une bénigne due à la rupture d'un kyste mucoïde, l'autre maligne, due aux métastases d'une tumeur végétante de l'ovaire.

La symptomatologie ne présente le plus souvent rien de caractéristique. Bâtarde, elle emprunte des signes à la tumeur ovarienne, d'autres à l'épanchement intra-péritonéal sans qu'aucune manifestation lui soit spéciale et puisse faire penser au diagnostic.

Le début peut se manifester de façons différentes :

1° La malade qui vient consulter le chirurgien sait qu'elle porte un kyste de l'ovaire dont le diagnostic a été fait par un médecin quelquefois très longtemps auparavant. Brusquement, parfois à l'occasion d'un effort, elle ressent une vive douleur dans les flancs. Dans les jours qui suivent, elle constate la disparition de la gêne causée par la tumeur, mais le ventre prend une forme nouvelle et augmente rapidement de volume.

Plus rarement l'épanchement se constitue par à-coup, lentement, qu'il s'agisse soit d'une fissuration, soit de la rupture successive des poches d'un kyste multiloculaire.

2° A la suite d'un traumatisme violent ayant porté sur l'abdomen, la malade sent une gêne persistante presque une douleur et voit son ventre augmenter de volume. Quelques observations (Masini, Bailly, Waren) nous ont permis de constater que, dans certains cas, ce traumatisme était réalisé par une intervention chirurgicale (cure radicale de hernie ou appendicectomie), qui avait précédé la formation de l'épanchement de quelques jours à quelques mois.

3° Dans d'autres cas, sans cause apparente, silencieusement sans douleur, la malade voit son ventre augmenter de volume. Cette forme évolutive qui, plus que tout autre, correspond à la fissuration d'un kyste avec greffes sur le péritoine de cellules mucigènes peut donner en plusieurs années des épanchements d'un volume véritablement impressionnant (10 litres dans notre observation personnelle).

Toutes ces formes, lorsque la maladie atteint un stade plus avancé de son évolution présentent des caractères communs qui amènent la malade à la consultation : amaigrissement contrastant avec le développement considérable de l'abdomen, pâleur cireuse du visage, coliques, constipation opiniâtre alternant avec des crises de diarrhée profuse, indigestions fréquentes, vomissements répétés.

Période d'état. — C'est souvent à la période d'état que nous sommes mis en présence des malades.

L'examen montre un ventre distendu à l'extrême, la peau en est luisante avec de nombreuses vergetures. La circulation veineuse sous-cutanée est très marquée. La cicatrice ombilicale est déplissée, retournée en doigt de gant. Les flancs s'étalent. Si on fait lever la malade, on est surpris de constater que ce ventre prend un aspect imprévu si l'on tient compte de ce qu'il était dans le décubitus dorsal : au lieu de pendre, il est tendu en avant plus ou moins fort suivant la tonicité de la paroi abdominale, simulant celui d'une femme enceinte et réalisant l'aspect décrit par certains auteurs sous le nom de « ventre en obusier ».

La palpation de l'abdomen permet d'apprécier la tension de la paroi qui est habituellement très grande. Celle-ci ne se déprime que difficilement sous les doigts qui vont à la recherche des viscères profonds, beaucoup moins perceptibles encore que dans l'ascite. Pourtant, dans une grande partie des cas, surtout

quand le liquide n'est pas en trop grande abondance, il est possible d'identifier dans l'une ou les deux fosses iliaques une ou plusieurs masses de consistance tumorale, facilement mobilisables dans l'épanchement. Le volume varie beaucoup suivant leur nombre : les tumeurs dépassent rarement la grosseur du poing, quand elles sont multiples, mais une tumeur isolée peut atteindre et même dépasser de beaucoup le volume d'une tête d'adulte.

La consistance de l'épanchement est peut-être la seule manœuvre qui permette dans certains cas de faire suspecter la maladie gélatineuse.

La paroi est élastique de façon uniforme, mais le liquide déplacé sous le doigt qui s'enfonce donne une impression inhabituelle de viscosité. La fluctuation est très nette, et le signe du flot est particulièrement marqué et prolongé. Si comme le prétendent certains auteurs, parmi lesquels Goursolas (Thèse 1911), ce signe est négatif, c'est qu'on a affaire à des épanchements sans doute anciens dont la consistance trop épaisse ne permet pas la propagation en onde d'un choc sur la paroi. La malade perçoit parfois elle-même une vibration lorsqu'elle remue. Olshausen a même décrit une sensation spéciale : le froissement colloïde.

C'est encore cette viscosité qui donne à la *percussion* ses caractères particuliers : pratiquée très légèrement elle permet de sentir, sous le doigt percuté, une vibration spéciale, une sorte de tremblotement. Mais ce signe est inconstant et ne peut être considéré comme pathognomonique de l'affection.

La matité est la règle, mais au lieu de se déplacer comme elle le fait dans l'ascite lorsque l'on fait mettre la malade dans le décubitus latéral, elle n'atteint le flanc déclive que progressivement, témoignant par là de la difficulté que le liquide, en raison même de sa consistance, éprouve à se déplacer dans la cavité abdominale. Une sensation de ballonnement, de choc par contre-coup (Cruveilhier) permet de soupçonner l'existence d'un kyste.

Le toucher vaginal, lorsqu'il est possible, donne de bons renseignements, mais il faut souligner la difficulté, voire même l'impossibilité fréquente de cet examen. En effet, en raison des phénomènes de compression, la région vulvaire est œdématiée et il existe souvent des prolapsus des organes génitaux. Valin rapporte le cas d'un prolapsus utérin accompagné de cystocèle. Dans le cas rapporté par Macan, il y avait un prolapsus du vagin tout entier. La malade que nous avons observée présentait une élytrocèle réductible qui gênait considérablement l'examen. Quand celui-ci est pratiquable, il permet de percevoir dans le Douglas et dans les culs-de-sac latéraux la présence de liquide dont la tension est d'autant plus forte qu'il est plus abondant. Quelquefois, dans les cas heureux, on sent à côté de l'utérus, et séparée de celui-ci par un sillon, la tumeur ovarienne génératrice de la maladie.

Il est toujours utile de pratiquer un toucher rectal même lorsque le toucher vaginal a pu être fait : il confirme dans ce cas la présence de liquide dans le Douglas, et permet d'atteindre le fond de l'utérus. Quand le toucher vaginal est impossible, lui seul permet de noter avec certitude les modifications survenues dans la sphère génitale : augmentation de volume d'un ou des deux ovaires, augmentation qui peut être telle qu'elle vienne complètement obstruer le pelvis.

La ponction n'est pas indiquée comme moyen de diagnostic.

Elle a pu être faite cependant. Si, dans des cas très rares, elle a éclairé le tableau clinique, en permettant de retirer du liquide filant, dans lequel nageaient les particules plus denses rappelant par leur consistance le frai de grenouille, il n'en est pas moins vrai qu'on doit la déconseiller formellement d'autant plus que, dans la majorité des cas, cette gelée contenue dans l'abdomen ne peut s'évacuer même par un trocart de gros calibre, et que la ponction reste blanche. Elle est très dangereuse, c'est une porte d'entrée à l'infection, infection d'autant plus grave qu'elle s'attaque à un péritoine déjà lésé ; les péritonites étaient autrefois fréquentes après une telle manœuvre, des cas mortels à brève échéance ont été publiés (Bailly 1854, Spiegelberg, etc.).

La constitution de l'épanchement s'accompagne de signes généraux et subjectifs de plus en plus marqués ; une douleur sourde, continue, s'installe et présente des poussées paroxystiques que Coissieux explique par des phases de distension aiguë et qui se reproduiraient, d'après lui, à l'époque des règles. Nous n'avons, personnellement, trouvé nulle part d'arguments en faveur de cette interprétation : la péritonite gélatineuse survenant dans l'immense majorité des cas après la ménopause, il ne saurait être question de rechercher ses rapports avec les périodes cataméniales.

Les signes d'insuffisance cardiaque se manifestent assez tardivement, ils s'accompagnent de congestion passive des bases. L'œdème qu'on observe assez précocement et qui envahit les membres inférieurs et la paroi abdominale, n'est pas un œdème cardiaque, il est dû à la compression de la circulation de retour par l'épanchement gélatineux.

Les troubles digestifs qui sont apparus très rapidement s'aggravent ; ils ne tardent pas à conduire les malades à la cachexie. L'anorexie n'est pas habituelle mais les vomissements et les diarrhées post-prandiales rendent l'alimentation insuffisante et même impossible. Les malades maigrissent tandis que leur œdème augmente. Le facies décharné et ridé est d'une pâleur cireuse, rappelant celui de certains cancéreux et témoignant de l'intoxication profonde de l'organisme tout entier.

Le décubitus prolongé, les œdèmes, ne tardent pas à provoquer la formation d'escharres qui prennent parfois des proportions énormes.

Les complications infectieuses, en particulier les affections pulmonaires aiguës, sont relativement rares : 2 cas sur 17 observations et la mort survient le plus souvent dans un état d'épuisement complet.

Nous venons d'insister suffisamment sur les caractères d'emprunt des différents symptômes pour n'étonner personne en disant que les erreurs de diagnostic sont fréquentes.

On songe à une ascite, à un kyste de l'ovaire, à

un kyste végétant, voire même à une péritonite tuberculeuse, presque jamais à un épanchement gélatineux.

Ceci s'explique tout d'abord par la rareté de l'affection, puis par la difficulté de l'examen, le ventre pâteux se prête peu à l'exploration clinique, le toucher vaginal est pénible en raison de l'œdème vaginal et vulvaire. Toutes ces raisons jointes à la banalité des symptômes trompent le clinicien.

Il est assez facile de déceler la tumeur ovarienne, de faire le diagnostic de rupture, mais la nature de l'épanchement péritonéal reste insoupçonnée.

Nous insisterons sur deux faits qui, sans être pathognomoniques, peuvent faire penser au diagnostic.

C'est tout d'abord l'existence fréquente soit d'un prolapsus utérin, soit d'un glissement des culs-de-sac antérieur ou postérieur du vagin qui viennent faire hernie à la vulve (Macan, Scanroni, Tripier, Valat, Coissieux). Les masses gélatineuses accumulées dans le petit bassin et les culs-de-sac vaginaux semblent avoir une tendance beaucoup plus marquée que les autres épanchements intra-péritonéaux à abaisser et repousser les organes génitaux et leur péritoine.

Il faut aussi faire remarquer le caractère qu'affecte le signe du flot. Il prend une intensité remarquable (nous l'avions observé chez notre malade, sans en tirer de conclusion). Il acquiert une qualité spéciale voisine du tremblotement qui persiste très longtemps après la chiquenaude provocatrice.

Y a-t-il là un signe permettant d'affirmer le diagnostic ? Non, mais suffisant à en éveiller l'idée lorsqu'on est averti. Il n'en reste pas moins vrai que l'épanchement gélatineux du péritoine est une affection qu'on découvre par surprise au cours d'une laparotomie sans qu'aucun signe spécial n'ait attiré l'attention.

L'évolution n'est pas la même pour tous les épanchements gélatineux du péritoine.

Lorsque cet épanchement est dû à la rupture d'un kyste mucoïde, il croit progressivement accompagné du cortège de symptômes que nous avons décrit. Il ne devient dangereux que par son abondance et sa répercussion sur l'état général.

Lorsqu'il existe des greffes intra-péritonéales, l'évolution est moins lente. Au contraire s'il s'agit d'une tumeur maligne, l'évolution est celle de la tumeur, c'est-à-dire qu'elle sera rapide, accompagnée d'une altération considérable de l'état général, puisque l'épanchement témoigne de l'activité humorale et de l'existence de métastases.

Le traitement consiste à faire une exérèse aussi totale que possible, mais la technique variera avec les lésions trouvées.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un épanchement d'apparence récente qui n'a pu encore se greffer et que les lésions kystiques sont unilatérales, on peut se permettre — surtout si la malade est jeune — de ne pratiquer qu'une ovariotomie. Il va sans dire qu'il faut faire une toilette soigneuse du péritoine et vérifier attentivement l'intégrité de l'autre ovaire et de l'appendice.

Dans la majorité des cas on est pourtant amené à faire une hystérectomie subtotale. Il est en effet impossible de garantir cette intégrité. Il vaut donc mieux pour éviter une récidive supprimer l'autre ovaire.

Lorsque les lésions ovariennes sont importantes, l'épanchement abondant, il faut pratiquer toujours une hystérectomie subtotale. Le temps le plus important est ici la toilette péritonéale. Elle est parfois facile, mais souvent des masses gélatineuses ou des greffes adhèrent au péritoine pariétal et aux organes. Il faut vider, autant qu'il est possible, l'abdomen, mais s'acharner à l'enlèvement des masses ne servirait qu'à léser les tissus auxquels elles sont fixées.

Lorsqu'elles sont de nature bénigne, elles disparaissent d'ailleurs souvent. Il serait de plus indiqué de pratiquer quelques séances de radiothérapie qui parferait l'œuvre chirurgicale.

Le drain comme la ponction doit être proscrit. Sans effet considérable sur l'évacuation du liquide, il ne servirait que comme vecteur de germes et risquerait de contaminer une cavité péritonéale jusque-là aseptique.

Si l'intervention découvre une tumeur maligne, chacun se conduira suivant ses propres tendances, le degré d'évolution de la tumeur, l'état général de la malade. Lorsque l'hystérectomie est possible, il faut la pratiquer, mais il faut savoir aussi que cette intervention ne peut avoir qu'une influence relative sur l'évolution d'une affection propagée ainsi qu'en fait foi l'épanchement péritonéal.

Les suites opératoires et le pronostic sont en fonction de l'origine de l'épanchement. Lorsqu'il y a rupture simple la guérison est la règle, mais il est bien rare qu'on puisse affirmer au moment de l'intervention l'absence de greffe. On est donc en général obligé d'attendre l'épreuve du temps pour fixer définitivement un pronostic.

Lorsqu'il y a des greffes on assiste souvent à la récidive, mais pour les raisons qui viennent d'être dites, il est impossible de fixer le chiffre exact des récidives. Il semble qu'elles surviennent dans 50 à 60 % des cas. Elles sont assez tardives et on en a observé jusqu'à 11 ans après la première intervention. Il importe donc d'être très réservé dans le pronostic et de ne parler qu'avec prudence de guérison.

Enfin le pronostic des tumeurs malignes est particulièrement sombre, et la maladie est fatale à brève échéance.

Les malades chez qui l'on découvre un épanchement gélatineux doivent être donc longtemps surveillés. Il est difficile de porter un pronostic précis. L'examen anatomique renseignera sur la malignité ou la bénignité du processus, mais dans ce cas, il n'est pas possible de prévoir les récidives. Force est donc d'attendre l'épreuve du temps.

La ponction de la rate, par P. Emile VEIL, P. ISCH-WALL et Suzanne PERLÈS. Un vol. de 148 pages avec 23 figures, à Paris, chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain (6e). Prix : 35 fr.

Gestes et procédés techniques de chirurgie générale, par Jean BERGER. Un vol. de 138 pages avec 124 figures, à Paris, chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain (6e). Prix : 32 fr.

CONGRÈS DE LA FÉDÉRATION DES SOCIÉTÉS DES SCIENCES MÉDICALES DE L'AFRIQUE DU NORD

Alger, 22-23-24 mars 1937

TYPHUS ET PSEUDO-TYPHUS (1)

Dans son rapport sur les rickettsioses humaines, M. le professeur Burnet résuma les caractères morphologiques et biologiques des *Rickettsia*. La réaction de Weil-Félix est un phénomène heureux, mais fortuit. Aussi est-il difficile de donner une classification rationnelle des *Rickettsia* dont la liste n'est peut-être pas close. On peut cependant les rassembler en admettant :

Le groupe des *Rickettsia* du typhus transmises par les poux et les puces, avec trois sous-groupes dont celui des *Typhus murins*.

Le type pourpré avec la fièvre du même nom, le typhus de São Paulo et la fièvre boutonneuse.

Le type tsutsugamushi du Japon, avec la fièvre fluviale du Japon et le scrub typhus de Malaisie.

Il faut en outre ajouter les rickettsioses récurrentes : fièvre des tranchées et maladies de Weigl, et les rickettsioses récemment décrites dans le trachome et qui seraient transmises par les poux.

Dans un tableau d'ensemble de l'évolution des rickettsioses, Burnet émit à titre d'hypothèse l'idée d'une origine asiatique de toutes ces rickettsioses avec migration vers l'Europe et l'Amérique et adaptation aux différents hôtes vecteurs actuels.

Ces vues furent examinées, ainsi que celles de MM. Donatien et Lestoquard, dans une vaste discussion à laquelle prirent part MM. Brumpt, Sergent, directeur de l'Institut Pasteur d'Algérie ; Olmer, Bonjean, Belfort, etc.

En fin de séance, M. Nataf exposa, dans une communication, les recherches qu'il poursuit à l'Institut Pasteur de Tunis avec M. Cuénot sur le trachome, qu'on tend actuellement à considérer comme une rickettsiose.

Cette communication souleva une vive polémique entre les auteurs et M. Parrot (Alger), sur l'identité des « plastilles » de Cuénot et les rickettsia. Intervinrent dans la discussion MM. Burnet (Tunis) et Pages (Casablanca).

L'après-midi fut consacrée à deux conférences, où M. Marcais, professeur à la Faculté des lettres d'Alger, dans « l'Alger barbaresque », et M. Lefèvre Paul, président de la Société de géographie de l'Afrique du Nord, dans les « Femmes de France en Algérie », montrèrent brillamment aux congressistes des aspects historiques d'Alger ou des problèmes psychologiques qui se posent actuellement en Algérie.

Mercredi 24. Dans la séance du matin furent présentés les derniers rapports :

« La fièvre boutonneuse en Algérie », par le docteur Lemaire, comporte d'abord des vues d'ensemble sur les rickettsioses, et un tableau divisé en *Virus murins*, *Virus boutonneux* et *Tick Bite fever*, ainsi qu'un historique et un exposé épidémiologique.

L'auteur pense avec quelques réserves à la valeur diagnostique de l'escarre, qu'il étudie longuement dans ses rapports avec l'agent transmetteur de la maladie.

Le rapport du docteur Blanc, directeur de l'Institut Pasteur de Casablanca, sur la vaccination contre le typhus exanthématique, fut présenté par le docteur Baltazard, du même Institut.

Ce rapport fait d'abord l'historique de tous les essais d'immunisation tentés contre le typhus : virus *virulents* et *non virulents*, virus *tués*, *sérums* de *malades* et de *convalescents*, etc.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 33, du 24 avril 1937.

Il s'attache plus particulièrement au vaccin de Zinsser et de Castaneda (organes de cobayes infectés de virus murin vivant) et au vaccin de Weigl (contenu intestinal de poux).

Il montre ensuite les avantages de la méthode du vaccin bilié de G. Blanc et expose les résultats obtenus au Maroc.

Un très beau film, réalisé par l'Institut Pasteur de Casablanca, vint illustrer très heureusement cet exposé.

Notons plusieurs communications : celle de M. Laigret (Tunis) sur le vaccin de l'Institut Pasteur de Tunis pour l'immunisation contre le typhus exanthématique, et celle du professeur Brumpt sur la biologie des insectes vecteurs des rickettsioses.

Dans la brillante discussion qui suivit ces exposés, MM. Laigret et Baltazard, notamment, soutinrent les mérites de leurs procédés respectifs.

L'après-midi, dans une spirituelle conférence sur les « Images d'Alger », M. Hardy, recteur de l'Université d'Alger, montra impartialement et sans malice excessive, les petits travers et les grosses qualités des Algérois.

Immédiatement après se tint l'Assemblée générale de la Fédération, qui décida :

1° Que le prochain Congrès aurait lieu en 1938, à Tunis ;

2° Qu'il serait consacré à l'étude du trachome ;

3° Que son bureau serait ainsi composé :

Président de la Fédération et du Congrès de 1938 : professeur Burnet (Tunis) ;

Secrétaire général permanent de la Fédération, professeur Senevet (Alger) ;

Secrétaire général annuel (Congrès), docteur Lamarche (Tunis) ;

Trésorier de la Fédération, docteur Liares (Alger) ;

Trésorier du Congrès, docteur Perez (Tunis).

Le banquet de clôture du Congrès, le même soir, à l'hôtel Saint-George, groupait 150 convives, parmi lesquels le professeur sénateur Portmann, président du Congrès des médecins amis du vin, qui se déroulait à Alger parallèlement à celui de la Fédération.

Deux excursions, sans parler de la randonnée à travers le Sahara vers les territoires des Oasis, permirent aux congressistes de connaître les divers aspects de l'Algérie : la Mitidja, l'Afrique romaine de Tipasa, la côte Turquoise et les souvenirs du débarquement de 1830 à Sidi-Ferruch.

Enfin une échappée vers le sud, les Gorges de Palestro, l'oasis de Bou-Saada, les danses Ouled Naïl, les chameaux dans les dunes, précédèrent l'inéluctable dislocation.

G. S.

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME

Alger, 21-22 mars 1937

Les 21 et 22 mars 1937 a eu lieu à Alger la première réunion de la Ligue tenue en dehors de Paris.

Un certain nombre de membres de la Ligue, sous la présidence de M. H. Forestier, s'étaient rendus à Alger où ils étaient reçus par les professeurs Aubry, Dumolard et Lebon et leurs collaborateurs, organisateurs de la réunion. Le docteur J. Van Breemen, d'Amsterdam, secrétaire général de la Ligue internationale contre le rhumatisme, avait bien voulu honorer ces réunions de sa présence.

Le 21 mars, la première séance eut lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, sous la présidence du professeur Leblanc, doyen de la Faculté. Trois rapports furent présentés :

— « Considérations générales sur les affections rhumatismales chroniques en Algérie » par MM. Dumolard, Lebon, Sarrouy, Tillier.

— « Les rhumatismes aigus en Algérie. Maladie rhumatismale. Rhumatismes infectieux », par MM. Georges Aubry et Jean Thiodet.

— « Les stations hydrominérales algériennes dans le traitement des rhumatismes », par M. Ed. Benhamou.

Ces trois rapports, tous très richement documentés et bourrés de faits, apprirent aux visiteurs de la Métropole beaucoup de faits ignorés quant à la fréquence, aux formes cliniques et au mode de traitement des rhumatismes tant aigus que chroniques en Algérie. Ils démontrèrent l'importance de ces manifestations morbides au point de vue social et la nécessité d'entreprendre dans l'Afrique du Nord une lutte contre les maladies rhumatismales sur un plan analogue à celui qui vient d'être élaboré en France.

Cette première séance s'est terminée par une présentation de clichés radiographiques de goutte par M. P. Weil, de Paris, qui fit passer devant les yeux de ses auditeurs une remarquable collection.

La deuxième séance eut lieu le lundi 22 mars, à l'hôpital civil de Mustapha, dans le service du docteur Dumolard. La discussion des rapports donna lieu à des interventions de MM. Van Breemen, F. Coste, Weissenbach, Lamy, H. Forestier, J. Forestier et Terray.

Une série de présentations de cas cliniques et de radiographies furent faites par le docteur Dumolard, le professeur Aubry et le docteur Tillier.

Après cette séance, les médecins d'Alger organisateurs de ces Journées, reçurent les Médecins de France à l'Hôtel Aletti, où un déjeuner succulent leur fut servi.

Le lendemain, une excursion en autocar permit aux congressistes de visiter la vieille station toujours renommée d'Hammam-Righa et la station toute nouvelle récemment transformée d'Hammam-Mélouane près de Rovigo, à vingt-cinq kilomètres d'Alger.

Tous les congressistes venus de France se déclarèrent enchantés de leur séjour, de la réception très cordiale qui leur fut offerte et la documentation pleine d'intérêt qui leur fut présentée.

Un tel début fait bien augurer de l'avenir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 AVRIL 1937)

Au sujet de l'expérience Philippeaux-Vulpian. — MM. André Tournade et Marc Chevillot. La réaction pseudo-motrice de Philippeaux-Vulpian peut être obtenue au cours d'une faradisation prolongée du nerf de Héring. La libération d'acétylcholine résulte aussi bien des excitations *réflexes* que *directes* du tympanico-lingual.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 27 AVRIL 1937)

Le Chuchuhuasha. — MM. Emile Perrot, L. Millat et R. Colas présentent le résultat de leurs travaux sur le « Chuchuhuasha », arbre de la famille des Célastracées, dont les écorces sont utilisées comme tonique, fébrifuge et aphrodisiaque par les Indiens des affluents supérieurs de l'Amazone.

A la grande surprise des auteurs, l'activité de la drogue semble être due, pour partie au moins, à la présence de la vitamine C à divers états.

Pour la première fois en effet, ce produit si puissamment actif est signalé dans une écorce et ceci est un élément de plus pour la vérification des vertus thérapeutiques des drogues utilisées par les indigènes de nos colonies.

La défense contre les moustiques. — M. J. Legendre expose que la défense mécanique contre les moustiques des fosses d'aisance, si elle est complète, supprime totalement ces moustiques.

Le pétrolage de la fosse ne peut être efficace que si la chasse d'eau étale l'huile en un voile, sans trous, asphyxiant les larves. Ceci ne paraît réalisable que dans les fosses de petite surface.

L'auteur se demande si le *Culex pipiens* de surface de nos stations balnéaires, inoffensif et ignoré, va se comporter comme la variété urbaine du même moustique, devenir souterrain et agressif aujourd'hui qu'on lui construit des closets à chasse d'eau dits sanitaires. C'est une *peste* à éviter.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 14 AVRIL 1937)

Guérison par drainage interne d'une occlusion de gastro-jéjunostomie. — M. Bergeret rapporte deux observations de M. André (Marseille), qui, dans deux cas de sténose, a pu faire avec succès un drainage interne, le drain étant maintenu en place par deux points.

Un cas de méniscite temporo-maxillaire. — MM. Bercher et Guillermin (armée) ont guéri un de leurs malades qui avait présenté une luxation temporo-maxillaire dans l'enfance, ils ont constaté des lésions du ménisque, et M. Ménégaux, rapporteur, insiste sur ces lésions.

M. Truffert montre le rôle de la luxation temporo-maxillaire dans ces lésions et celui de la carie dentaire sur l'articulé dentaire.

M. Baumgartner a observé, après ablation d'un ménisque dans un cas analogue, une récidive évoluant vers la luxation habituelle : une butée précondylienne a définitivement guéri le malade.

Fracture du col huméral associée à une luxation postérieure. — M. Picot rapporte cette curieuse observation de M. Sarroste (armée). La réduction sous anesthésie générale ayant échoué à plusieurs reprises, l'auteur est amené à intervenir tardivement et pratique l'ablation de la tête par incision antérieure ; le résultat fonctionnel est remarquable et des radiographies montrent une véritable reconstitution de la tête humérale.

A propos des traumatismes craniens. — M. Fèvre apporte les résultats de son observation personnelle : il montre la valeur remarquable de la mydriase unilatérale qui ne l'a jamais trompé, celle de la ponction lombaire et de l'épreuve de Queckenstedt. Il signale le signe de Chvosteck qui l'a guidé dans un cas et l'existence du ptosis dans certaines conditions qu'il n'a pas élucidées.

Calculs du cholédoque et diverticule du duodénum. — MM. Bergeret et Caroli, par un cas personnel, montrent l'importance considérable de l'exploration lipiodolée après cholécystostomie jointe à l'exploration barytée du duodénum. Ils rapportent par ailleurs deux cas de diverticule duodénal opérés avec succès.

Lithiase pancréatique. — M. Bergeret est intervenu et a pu extraire de nombreux calculs par voie rétro-duodénopancréatique. Le cholédoque se trouvant complètement obstrué, il dut dans un second temps pratiquer une cholédoco-duodénostomie. La guérison est complète.

Artériotomie de l'artère fémorale avec ablation d'un caillot oblitérant le vaisseau. — M. Cadenat a pu, après artériotomie, pratiquer l'ablation du caillot qui mesurait trois centimètres de longueur. Les suites opératoires furent compliquées par l'apparition d'une collection profonde et aseptique du mollet. Le malade est actuellement guéri, mais conserve un important déficit circulatoire.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 19 *avril.* — Jury : MM. Clerc, président ; Marcel Labbé, Sergent, Donzelot. — M. PELLARIN. Les leucémies aiguës à monocytes. Etude critique. — M. OLIVIER. L'entérorragie solitaire d'origine colique. — M. SITRUK. Paralysie périodique et maladie de Basedow.

Mardi 20 *avril.* — MM. Balthazard, président ; Brindeau, Claude, Piédelièvre. — M. LICHTENDORFF. L'assurance-maladie privée et facultative concernant les classes moyennes et les professions libérales. — Mlle VACHEZ. Contribution à l'étude de la micrognathie inférieure congénitale. — M. CERTHOUX. Le traitement de l'état de mal épileptique par l'acétylcholine. — M. FERDIÈRE. L'érotomanie (illusion délirante d'être aimé). — M. MARQUET. Le traitement des psychoses schizophréniques par le choc insulinique. Méthode de Sakel.

— Jury : MM. Fiessinger, président ; Tanon, Lavier, Joannon. — M. MESBAH. Cytologie de l'hypophyse antérieure et diabètes cliniques et expérimentaux. — M. DOUYAU. Action antiphlogistique du mercure employé en suppositoires dans les affections du petit bassin. — M. FRANCESCHI Y JULIA. Contribution à l'étude de la filariose (Wuchereria Bancrofti, à Puerto-Rico). — M. HOMSY. Contribution à l'étude de l'épidémiologie et de la prophylaxie de la méningite cérébro-spinale épidémique. — M. MOHAMED ALI HEKMAT. Epidémiologie générale de l'Iran. — M. SIX. Les maladies professionnelles dans l'industrie de la soie artificielle. — M. ZILBERMAN. Livret individuel de santé et d'état civil.

Mercredi 21 *avril.* — Jury : MM. Gosset, président ; Robert Debré, Cathala, Quénu. — M. AGHILI. Le diagnostic du cancer de l'estomac est-il toujours possible au cours de la laparotomie ? — M. BELLOY. Le pronostic des vomissements périodiques avec acétonémie.

Jeudi 22 *avril.* — Jury : MM. Roussy, président ; Gougerot, Verne, Huguenin. — M. RÉMY. Contribution à l'étude du traitement des cancers du col utérin. — M. GEORGET. Tuberculinothérapie transcutanée de l'érythème induré de Bazin. — M. STEWART. Anémie hypochrome achylique essentielle : manifestations cutanées et muqueuses. — M. ZALBERG. Contribution à l'étude du lichen plan infantile. — M. BASTIEN. Les méningites lymphocytaires curables. Maladie ou syndrome ?

— Jury : MM. Lemaître, président ; Terrien, Halphen, Moulonguet. — M. ALLAUD. Contribution à l'étude des angines. L'angine à microbes anaérobies. — M. COUSSIEU. Essai de traitement de la polypose nasale. — M. MUTEL. L'agranulocytose. Ses manifestations en stomatologie. — M. GUILLAUMAT. Les méningiomes supra-sellaires. Contribution à l'étude du syndrome chiasmatique.

Samedi 24 *avril.* — Jury : MM. Bezançon, président ; Carnot, Nobécourt, Gastinel. — M. BATIER. Etude sur la bactériophagie dans le traitement des colibacilloses. — M. VALLÈS. Contribution à l'étude pathogénique de la goutte. — M. YANOWSKY. Contribution à l'étude de la valeur des aliments au point de vue de leur potentiel énergique. — M. ASPOTOLIDÈS. La paraplégie spasmodique hérédo-syphilitique chez les grands enfants. — M. PILPEL. L'érythrodermie vésico-œdémateuse chez l'enfant, provoquée par le sulfarsénol.

Lundi 26 *avril.* — Jury : MM. Clerc, président ; Fiessinger, Loeper, Bariéty. — M. RIOU. Contribution à l'étude de la dissociation gastro-colique. — M. MANDEL. Etude sur le traitement des ulcères gastro-duodénaux par les injections de pepsine.

Mardi 27 *avril.* — Jury : MM. Mocquot, président ; Tanon, Brocq, Joannon. — M. COULOMBEIX. Diagnostic et traitement des polypes intracavitaires de l'utérus. — M. LAMY. Les beurres de crèmes maturées au point de vue hygiène.

Mercredi 28 *avril.* — Jury : MM. Couvelaire, président ; Mathieu, Strohl, Dognon. — M. SAULAY. Contribution à l'étude des accidents dystociques secondaires à des applications caustiques au niveau du col utérin. — M. ASSADOLA ZAHETI. Traitement de la paralysie du deltoïde par l'arthrodèse de l'épaule. — M. TARDIVEAU. Etat actuel de la question de la protection contre les rayons X et l'électricité en radiodiagnostic.

Samedi 1er *mai.* — Jury : MM. Lereboullet, président ; Rathery, Boulin, Gastinel. — M. JACOB. Sur cent cas de troubles digestifs du nourrisson traités par la transfusion sanguine. — M. SOMMER-HOUDEVILLE. A propos d'un cas d'agranulocytose infantile. — M. WILLOT. Les résultats éloignés de l'opothérapie thyroïdienne dans le myxœdème infantile précoce. — M. RADULESCO. Lésions osseuses au cours du mal perforant d'origine diabétique.

THESES VETERINAIRES

Lundi 19 *avril.* — Jury : MM. Brumpt, président ; Henry, Lesbouyriès. — M. BOULAY. Babesiellose bovine en France.

Mardi 20 *avril.* — Jury : MM. Brindeau, président ; Lesbouyriès, Robin. — M. ROYER. Entéro-toxémie de gestation chez la brebis.

Mardi 27 *avril.* — Jury : MM. Mocquot, président ; Coquot, Lesbouyriès. — M. ORBICHON. Nymphomanie chez la vache, la jument et la chatte.

Jeudi 29 *avril.* — Jury : MM. Gougerot, président ; Henry, Maignon. — M. SAMIER. Pouvoir acaricide des crésols.

Samedi 1er *mai.* — Jury : MM. Maurice Villaret, président ; Maignon, Robin. — M. CADENOT. Agents cosmo-météorologiques en pathologie comparée.

PRATIQUE MÉDICALE

UN MOYEN EFFICACE ET PRATIQUE DE COMPENSER LES EFFETS SECONDAIRES DE L'ADRÉNALINE DES SOLUTIONS ANESTHÉSIQUES

d'après le docteur GINGOLD (1),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'adrénaline renforce le pouvoir insensibilisant des solutions anesthésiques et prolonge la durée de leur action par une vaso-constriction qui s'oppose à leur rapide diffusion. Mais la présence de l'adrénaline favorise les hémorragies post-opératoires, à son action vaso-constrictive primitive succédant une vaso-dilatation secondaire. Contre ces accidents hémorragiques, le pansement compressif est d'un faible secours et le drainage de la plaie n'est que palliatif. Pour compenser la tendance à l'hémorragie secondaire post-adrénalinique, l'auteur emploie le Coagulène, extrait hématique renfermant les principes coagulants du sang et notamment des plaquettes. Son utilisation systématique pour chacune de ses interventions, soit préventivement par ingestion de Coagulène ou injections d'Hémo-Coagulène, soit *in situ* par injection entre deux points de suture de quelques centicubes d'Hémo-Coagulène, lui a donné une entière sécurité quant aux suites opératoires.

(1) *La Clinique*, mai 1936, B.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 36. — MERCREDI 5 MAI 1937. 110e ANNÉE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. (Nomination). — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. Séance du 27 avril 1937 : MM. les docteurs : Mme Roudinesco, 19,45 ; Oumansky, 19,63 ; Kaplan, 19,45 ; Merklen, 20 ; Michaux, 19,63.

Séance du mercredi 28 avril 1937 : MM. Oumansky, 19,45; Michaux, 19,54 ; Merklen, 20.

Classement : MM. les docteurs Merklen, 40 ; Michaux, 39,17 ; Oumansky, 39,08.

Sont nommés médecins des hôpitaux : MM. les docteurs Merklen et Michaux.

La retraite de M. Louis Mourier. — Le *Journal officiel* du 30 avril a publié l'arrêté ministériel suivant :

« M. Serge Gas, conseiller d'Etat en service extraordinaire, directeur général au ministère de la Santé publique, est nommé directeur général de l'administration de l'assistance publique à Paris, en remplacement de M. le docteur Louis Mourier, admis à faire valoir ses droits à la retraite, à dater du 1er mai 1937. »

L'annonce de cette nouvelle a soulevé, la semaine dernière, une vive émotion au Conseil municipal de Paris, où M. Mourier jouit d'une grande estime. M. de Fontenay, chargé par ses collègues d'intervenir auprès du ministre de la Santé publique, a reçu l'assurance que M. Mourier restera en fonctions jusqu'au jour où le Conseil d'Etat, consulté, se sera prononcé sur la légalité de cette mise à la retraite.

M. Louis Mourier conserve donc jusqu'à nouvel ordre, ses fonctions.

D'autre part, on annonce que M. Paul Laffont, sénateur, se propose d'interpeller le ministre de la Santé publique au sujet de cette mise à la retraite.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Les chaires de clinique chirurgicale, anatomie, pathologie et microscopie clinique, physique médicale et pharmaceutique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, sont déclarées vacantes (derniers titulaires : MM. Bégouin, Sabrazès et Sigalas).

Faculté des Sciences de Paris. — Les chaires de chimie biologique, physique, anatomie et histologie comparées (derniers titulaires : MM. G. Bertrand, Fabry et Wintrebert), de la Faculté des Sciences de l'Université de Paris, sont déclarées vacantes.

Légion d'honneur. — COLONIES. — *Chevalier :* M. Levot, médecin inspecteur de l'Assistance indigène en Indochine.

— SANTÉ PUBLIQUE. — *Officier :* M. Brandes, à Lézardrieux.

— *Chevaliers :* MM. Caire, à Manosque ; Leroy, à Neuilly-sur-Seine ; Marmasse, à Blois ; Pelletier, à Nanterre ; Mlle Lemaire, à Paris.

Ministère de la Santé publique. — Le *Journ. off.* du 24 avril 1937 publie le règlement sanitaire départemental prescrit par l'article 1er du décret-loi du 30 octobre 1935.

Le règlement s'applique aux constructions nouvelles et aux habitations : aux eaux d'alimentation et aux bains publics ; aux mesures de salubrité générale ; aux habitations collectives (vacances, loisirs, sports), enfin à la prophylaxie

des maladies transmissibles astreintes à la déclaration obligatoire ou facultative.

— *Le Journ. off.* du 28 avril publie une circulaire concernant la *chirurgie thoracique dans les sanatoriums.* Cette circulaire prescrit aux préfets de soumettre à l'approbation du ministre, conformément à l'avis de la commission de la tuberculose, le nom des médecins ou chirurgiens appelés à procéder à des interventions thoraciques dans les sanatoriums publics et assimilés, et dans les sanatoriums privés, qui reçoivent des malades de l'assistance médicale gratuite. Cette circulaire doit être communiquée aux médecins des sanatoriums et dispensaires d'hygiène, ainsi qu'aux groupements et organismes médicaux dans chaque département.

Asiles d'aliénés. — Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Lafond (Charente-Inférieure), par suite de la nomination de M. le docteur Lerat en qualité de médecin directeur.

Sanatoriums publics. — Mlle le docteur Boudon, médecin adjoint des sanatoriums publics, a été nommée médecin directeur stagiaire au sanatorium interdépartemental de Saint-Gobain (Aisne).

COURS ET CONFÉRENCES

Faculté de médecine de Paris. — COURS DE PATHOLOGIE MÉDICALE. (Professeur ABRAMI). — M. Etienne BERNARD, agrégé : *Maladies de la plèvre et du poumon.* — M. Paul CHEVALIER, agrégé : *Maladies du sang et intoxications.*

M. Etienne BERNARD commencera ses leçons le mercredi 5 mai à 18 h., et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure au petit amphithéâtre.

M. Paul CHEVALIER commencera ses leçons le jeudi 13 mai à 18 heures et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure au grand amphithéâtre.

— ECHANGES UNIVERSITAIRES FRANCO-BELGES. — M. le professeur E. ZUNZ, de l'Université de Bruxelles, fera les trois conférences suivantes :

1° Le mardi 11 mai, à 16 heures, à la Faculté de médecine (amphithéâtre Vulpian) : *Comment l'organisme assure-t-il le maintien de sa composition chimique ?*

2° Le mercredi 12 mai, à 10 h. 1/2, à la clinique de M. le professeur Carnot, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau) : *Action des hormones sur la coagulation du sang.*

3° Le jeudi 13 mai, à 11 heures, à la clinique de M. le professeur Loeper, à l'hôpital Saint-Antoine : *Effet des alcaloïdes de l'ergot de seigle dans l'organisme.*

Ces conférences seront accompagnées de projections.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CONTRE L'ALCOOLISME

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine,

Considérant que la tâche la plus urgente au point de vue de la santé publique est la lutte contre l'alcoolisme ;

Que la fermeture deux jours par semaine des lieux de travail favorise son extension ;

Qu'en conséquence, pour l'application de la semaine de 40 heures, la première mesure à prendre eût été la fermeture deux jours par semaine des débits ;

Demande, d'accord avec l'Académie de médecine, à Monsieur le ministre de la Santé publique, la réalisation prochaine de cette réforme, devenue indispensable dans l'état actuel des choses.

(Vœu adopté par la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine dans sa séance du 22 avril 1937.)

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau traitement des arthropathies chroniques par l'usage de hautes doses de glycérophosphate de soude. (Monographies médico-chirurgicales d'actualité, par Tommaso LUCHERINI. Collection de « Il Policlinico ». Rome, Luigi Pozzi, 1937, XV.

L'auteur présente ici, avec de nombreuses observations personnelles, appuyées de belles radiographies et de très nombreux dosages chimiques, les intéressants résultats obtenus chez les sujets atteints d'arthropathies chroniques douloureuses par les injections intraveineuses de glycérophosphate de soude à 25 % à raison de 10 cmc. par jour. Ce médicament, qui est l'agent cardinal du traitement, peut dans certains cas s'associer à la strychnine et au méthylarsinate de soude mélangés au moment de l'administration et injectés simultanément. La réaction locale est faible ; la réaction générale nulle.

Si le rhumatisme articulaire aigu ne présente aucun changement, les arthropathies chroniques, quelle qu'en soit l'origine, semblent heureusement influencées par une ou deux séries de 20 injections quotidiennes de 10 cmc. de glycérophosphate. Si la douleur d'abord et ultérieurement d'autres symptômes sont rapidement atténués, les lésions anatomiques persistent.

Il n'en demeure pas moins que cette intéressante méthode dépasse le cadre de la thérapeutique purement symptomatique. Les recherches cliniques patiemment et longtemps poursuivies montrent en effet l'influence du traitement sur la nutrition générale ; la calcémie s'abaisse, l'élimination rénale des phosphates est augmentée.

Il y a donc là des recherches fécondes dans le présent et susceptibles d'ouvrir ultérieurement des voies intéressantes aux progrès thérapeutiques.

L. BABONNEIX.

Administration Générale de l'Assistance publique à Paris

SOUS-DIRECTION DES HÔPITAUX ET HOSPICES.
SERVICE DE L'EXPLOITATION

Le jeudi 27 mai 1937, à 15 heures, il sera procédé publiquement au chef-lieu de l'Administration générale de l'Assistance Publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication d'une fourniture d'articles de pansements nécessaires au service des hôpitaux et hospices civils de Paris pendant six mois, à partir du 1er juillet 1937.

Cette fourniture comprend des articles de coton cardé et coton hydrophile, gaze mousseline apprêtée et sans apprêt, cellulose hydrophile et des tampons hygiéniques en cellulose.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation, 3, avenue Victoria, bureau n° 8, tous les jours non fériés de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures. Les échantillons-types sont déposés au Magasin central des Hôpitaux, 89, boulevard de l'Hôpital.

Dépôt des demandes d'admission jusqu'au mercredi 12 mai 1937.



QUELQUES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES A PROPOS DE L'ANXIÉTÉ

Par le docteur GUY-PIERRE TOYE
Médecin-chef des Asiles

L'anxiété n'est le plus souvent qu'un symptôme, et pour en apprécier l'importance, le psychiatre doit étudier ses connexions avec les autres concomitants psychiques et biologiques et établir un diagnostic mental avant de poser un pronostic et des indications thérapeutiques.

L'anxiété se rencontre en effet dans de nombreux états.

I. Plus rarement qu'il ne semble, l'anxiété paraît exister seule. Il s'agit alors :

— Soit d'une bouffée chez des *anxieux constitutionnels* auxquels M. Lévy-Valensi a consacré un récent article fort documenté (1). Sujets déséquilibrés, présentant la constitution hyperémotive de Dupré, avec ses stigmates mentaux, neurologiques, endocriniens et neuro-végétatifs, ce sont le plus souvent de *petits anxieux*. Le paroxysme anxieux qui entraîne la consultation médicale domine et parfois même semble occuper seul le tableau clinique. Mais l'existence d'obsessions, le fonds mental particulier, le comportement de ces hyperémotifs rattachent l'anxiété au processus constitutionnel.

— Soit d'un accès de *grande anxiété*, souvent lié d'ailleurs à l'évolution d'un accès mélancolique mais qui peut paraître exister seul, sans le cortège psycho-biologique de la mélancolie.

Néanmoins pour Kraepelin, l'anxiété, dans ce cas, serait en réalité un état mixte maniaco-dépressif.

II. Dans d'autres cas, au contraire, on aperçoit d'emblée qu'à côté de l'anxiété, il existe d'autres symptômes, troubles intellectuels, affectifs ou volitionnels, idées délirantes, troubles psycho-sensoriels, etc.

Le cas le plus fréquent est la *mélancolie anxieuse*, délirante ou non. Assez souvent observée à la ménopause, où elle prend alors l'aspect un peu particulier de la mélancolie d'involution, la mélancolie anxieuse se caractérise par la symptomatologie mélancolique : tristesse, désir de la mort, refus d'alimentation, aboulie et hypoactivité idéatoire et motrice, troubles hypocondriaques et cénesthésiques, idées d'auto-accusation et de culpabilité, troubles biologiques (ralentissement des échanges, troubles digestifs, etc.), intriqués et parfois neutralisés par les réactions anxieuses.

Mais l'anxiété existe aussi :

— Dans la démence précoce : anxiété à froid, paradoxale, aux réactions pauvres et stéréotypées, s'accompagnant de dissociation idéo-affective, d'autisme, d'athymhormie, de troubles psycho-sensoriels, de discordance dans le comportement mental et physique ;

— Dans les délires chroniques, hallucinatoires ou non, où l'anxiété est souvent déclanchée par les idées délirantes ou les troubles sensoriels. L'anxiété anidéique peut ici être considérée comme un signe d'automatisme mental ;

— Dans les états démentiels (P. G., démences préséniles, démences séniles et artério-scléreuses, démences post-traumatiques, etc.) ;

— Dans les confusions mentales aiguës, où les réactions anxieuses, panophobiques sont fréquentes. Telle est, au cours d'un accès subaigu, l'anxiété de l'alcoolique qui, en proie à son onirisme terrifiant, se voit menacé par des serpents, des monstres, des hommes masqués et cherche à fuir parmi les flammes d'un incendie hallucinatoire ;

— Dans les états post-traumatiques et post-émotifs. La guerre y a montré la fréquence de l'anxiété ;

— Dans l'épilepsie, soit dans les prodromes ou l'aura, soit dans la phase crépusculaire.

III. Enfin l'anxiété accompagne certains troubles physique. Le type en est l'angine de poitrine.

Il est difficile et inutile de décrire l'anxiété. Disons, avec Guiraud, que « c'est une douleur psychique spéciale extrêmement vive, avec attente d'un danger, souvent inconnu, à laquelle s'ajoutent d'importantes modifications cénesthésiques ». Généralement on distingue l'*anxiété*, trouble mental, de l'*angoisse*, trouble physique caractérisé par de la tachycardie, des réactions vasomotrices et sécrétoires, de la gêne précordiale, de la dyspnée, etc.

L'anxiété s'accompagne le plus souvent d'angoisse. Tremblant, gémissant, l'anxieux marche à grands pas, il desserre ses vêtements, il a besoin d'air, il est tout essoufflé, parfois tout ruisselant de sueur, souvent tout tremblant. Il a peur. Cette peur est parfois si intense que le malade est presque pétrifié, « les yeux sont grands ouverts et immobiles, le corps est figé dans une attitude en flexion rappelant le parkinsonisme avec tremblement généralisé à faibles oscillations » (Dide et Guiraud).

Parfois, sous l'influence d'un raptus impulsif, l'anxieux se suicide avec une brutalité d'exécution stupéfiante.

De nombreux auteurs tels Euzière, Tinel, Santenoise, Desruelles, et leurs collaborateurs ont montré l'importance des troubles neuro-végétatifs dans l'anxiété.

Les tests cliniques et pharmacodynamiques soulignent fréquemment l'hypervagotonie et Tinel distingue l'anxiété pure, avec grande vagotonie, de la fausse anxiété ou névrose hyperémotive avec sympathicotonie.

Par ailleurs Tinel et Santenoise ont montré que les accidents maniaco-dépressifs, auxquels Kraepelin rattache l'anxiété, coïncident avec de l'hypervagotonie.

Santenoise et Abély séparent nettement l'anxiété des psychoses périodiques accompagnées d'hypervagotonie des autres anxiétés avec réflexe oculo-cardiaque faible ou nul.

Cependant Euzière et Margarot ont considéré l'anxiété comme « la traduction subjective d'un état sympathicotonique ».

En fait, certains anxieux présentent des réactions vagotoniques, d'autres des réactions sympathicotoni-

(1) LÉVY VALENSI. « Les états anxieux constitutionnels primitifs », in *Paris Médical*, 19 septembre 1936.

ques, d'autres des réactions amphotropes ou dystoniques.

Cependant il semble que l'anxiété liée aux états maniaco-dépressifs s'accompagne d'hypervagotonie.

Quoi qu'il en soit, les troubles neuro-végétatifs sont très fréquents et on comprend d'autant plus qu'on ait voulu voir en eux la cause de l'anxiété, qui ne serait que leur « traduction subjective », que la thérapeutique qui vise à rétablir l'équilibre neuro-végétatif, calme l'anxiété.

Ayant rapidement envisagé ce qu'est l'anxiété et où on la rencontre, nous voici arrivés aux indications thérapeutiques.

Toute thérapeutique digne de ce nom doit être :

— Symptomatique ;

— Etiologique ;

— Pathogénique.

I. Thérapeutique symptomatique. — D'abord l'*isolement* et l'*alitement*.

Ils visent à calmer le malade, à éviter chez lui tout raptus impulsif, à faciliter sa surveillance.

Les *bains prolongés tièdes* calment souvent le malade.

Dans les cas de grande anxiété, quand il faut aller vite, l'injection de morphine est souvent nécessaire. S'en méfier chez les cachectiques, les vieillards, les hépato-rénaux.

Le laudanum à doses croissantes est fréquemment utilisé dans l'évolution d'une mélancolie anxieuse. On donne progressivement de 20 à 100 gouttes et plus en augmentant de 5 gouttes par jour.

II. Thérapeutique étiologique. — S'il s'agit d'un *anxieux constitutionnel*, rechercher la cause de la dysgénèse (hérédo-syphilis, hérédo-tuberculose) — ce qui n'est pas facile — et la traiter — ce qui est trop souvent inefficace.

Mettre alors cet anxieux hyperémotif, dans les conditions de vie les plus favorables : hygiène physique et mentale, psychothérapie.

Dans les cas d'*anxiété acquise*, on s'attaquera à la cause de la psychopathie, dont l'anxiété n'est qu'un symptôme. La connaissance de toute la thérapeutique psychiatrique est alors nécessaire.

Nous n'envisagerons rapidement et schématiquement que deux cas :

— L'anxiété apparaît chez un *confus onirique alcoolique*.

Suppression absolue de tout toxique.

Nécessité de soutenir le cœur, le foie et d'obtenir la diurèse.

En conséquence : boissons abondantes chaudes et sucrées, toni-cardiaques. Extraits hépatiques et rénaux. Sérum physiologique ou hypertonique.

On laissera une veilleuse allumée si l'obscurité favorise les troubles psycho-sensoriels (onirisme terrifiant) qui peuvent créer l'anxiété.

— L'anxiété apparaît chez un mélancolique d'involution.

Lutter contre le processus d'auto-intoxication et de ralentissement métabolique. Corriger les viciations endocriniennes et humorales (opothérapie, hyposulfite de magnésium, iode, etc...).

Stimuler le foie et surveiller l'intestin.

Lutter contre l'hypertension artérielle si elle existe et l'artério-sclérose. Surveiller le système cardio-rénal.

III. Thérapeutique pathogénique. — C'est celle qui tend à considérer l'anxiété comme la « traduction subjective » d'un déséquilibre neuro-végétatif.

Dans cette conception, traiter le trouble neuro-végétatif, c'est couper la racine biologique de l'anxiété.

Cette pathogénie est la transposition psycho-physiologique de la théorie de Williams James sur l'émotion. Ce n'est qu'en apparence que les mouvements sont des effets des émotions et les expriment. Pour Williams James, c'est au contraire l'état affectif qui réflète les mouvements dans la conscience.

L'anxiété n'est à vrai dire qu'une émotion pathologique, qu'une peur pathologique. Et par analogie, l'explication subsiste.

Cependant la théorie paradoxale de Williams James, pour ingénieuse qu'elle soit, ne saurait par la valeur du raisonnement par analogie, nous convaincre du rôle pathogène du déséquilibre neuro-végétatif, si les faits thérapeutiques ne venaient pas en quelque sorte l'appuyer.

Toute thérapeutique qui s'oppose au déséquilibre neuro-végétatif de l'anxieux soulage son anxiété.

C'est dire que l'examen du système neuro-végétatif chez tout anxieux (en tenant compte des précautions recommandées par Santenoise et P. Abély) doit être une étape nécessaire du diagnostic.

Les procédés d'exploration doivent être : le réflexe oculo-cardiaque pour le système para-sympathique et le réflexe solaire pour le système ortho-sympathique.

Des détails plus abondants sur la technique qu'il convient d'employer sont dans le travail de Desruelles et ses collaborateurs « A propos de quelques cas d'anxiété guéris ou améliorés par la vagotonine ».

Les auteurs y concluent que chez des anxieux fortement sympathicotoniques, la vagotonine, hormone pancréatique excitant le système para-sympathique et isolée par Santenoise et ses collaborateurs, provoque des améliorations.

Mais une malade observée par eux, atteinte de psychose périodique avec anxiété, n'a pas été améliorée. Or, Santenoise a montré, nous l'avons dit, que la psychose périodique s'accompagne d'hypervagotonie.

Ces faits ont une réelle importance.

Par eux, nous voyons que :

L'anxiété vagotonique n'est pas influencée par la vagotonine.

L'anxiété sympathicotonique est améliorée par la vagotonine.

Encore que la vagotonine, bien que parfaitement définie par Santenoise au point de vue des constantes physico-chimiques, ait une action biologique assez complexe, en particulier sur les mécanismes humoraux, on peut admettre que cette hormone agit surtout en exaltant l'activité du système para-sympathique et en diminuant celle du sympathique. D'où son succès dans les anxiétés où existe de l'hypersympathicotonie.

Mais dans les *anxiétés vagotoniques*, qui sont, sinon les plus nombreuses, du moins les plus tapageuses, puisque ce sont celles de la mélancolie anxieuse et d'une façon générale de tous les états qui ressortissent à la psychose maniaque dépressive, on doit chercher à calmer l'éréthisme du système vague. Aussi Dide et Guiraud dans leur Précis de psychiatrie conseillent-ils le gardénal qui, aux doses usuelles, est un frénateur du vague. Et, de fait, on obtient ainsi souvent de bons résultats.

J'ai eu l'occasion d'expérimenter dans mon service grâce à l'obligeance de M. Crozet, docteur en pharmacie, et de Mme le Docteur Crozet, médecin-chef de l'Asile de Saint-Venant, une synergie médicamenteuse à base de belladone activée, le Vagogastryl.

Sur une vingtaine de malades anxieuses, toutes celles qui présentaient des réflexes oculo-cardiaques positifs ont été améliorées par le Vagogastryl. J'ai même constaté chez une hypocondriaque hyperémotive et sympathicotonique une amélioration indéniable par le Vagogastryl. Mais peut-être ici un élément psychothérapique, la suggestion, entrait-il en jeu.

Quoi qu'il en soit, dans les quelques faits que j'ai observés, j'ai constaté que les anxiétés avec réflexe oculo-cardiaque positif étaient améliorées par un frénateur du système para-sympathique : le Vagogastryl.

Cause, concomitance ou effet, la perturbation neuro-végétative accompagne l'anxiété. Tout ce qui la combat calme l'anxiété. Si on admet la conception de Eppinger et Hess au sujet de l'antagonisme vague et sympathique, on se doit d'opposer l'anxiété vagotonique à l'anxiété sympathicotonique.

Cette dernière est améliorée par la vagotonine ainsi que le prouvent de nombreux travaux.

L'anxiété vagotonique est améliorée par les frénateurs du vague, ainsi que j'ai pu le constater.

BIBLIOGRAPHIE

Claude, Dublineau et Dorolle. — Action de la vagotonine sur le R.O.C. dans quelques cas d'anxiété. *Soc. Médic. Psych.*, octobre 1933.

Deschildre. — Recherches de pharmacodynamie clinique avec la vagotonine. *Thèse de Lille*, 1933.

Desruelles, Léculier, Gardien-Jourd'heuil. — Effet de la vagotonine sur 200 aliénés. Etude biologique et thérapeutique. *A. M. P.*, 1933, II, p. 371.

Desruelles, Léculier, Gardien-Jourd'heuil et P. Gardien. — A propos de quelques cas d'anxiété guéris ou améliorés par la vagotonine. *Ann. Médic. Psych.*, oct. 1934.

Dide et Guiraud. — La psychiatrie du médium praticien.

Euzière et Margarot. — Le réflexe oculo-cardiaque dans les états anxieux. *Gazette des Hôp.*, 19 juin 1919.

Gardien-Jourd'heuil. — La vagotonine dans les états anxieux. *Thèse Lyon*, 1935.

Hamel et Buisson. — Anxiété chez un déprimé hypocondriaque. Heureux effet de la vagotonine. *A. M. P.*, 1936, I., p. 823.

Hamel, Desruelles, Gardien-Jourd'heuil. — Thérapeutique de l'anxiété par la vagotonine. *Comptes rendus du Congrès des Alién. et Neurolog.*, XLe session, p. 533.

Logre et Devaux. — Les anxieux.

Santenoise et P. Abély. — Recherches sur l'état du système neuro-végétatif chez les anxieux. *A. M. P.*, 1923, I, p. 365.

CONGRÈS

RÉUNION HYDROLOGIQUE ET CLIMATOLOGIQUE DE MONTPELLIER

(SÉANCE DU 13 MARS 1937)

1er *Rapport.* — J. Vidal. — **Etude clinique de la coxarthrie.** — La coxarthrie est une ostéo-arthrite dégénérative de la hanche caractérisée par sa localisation mono ou oligo-articulaire, son évolution chronique et progressive, son étiologie non infectieuse. Il s'agit donc d'une arthrose. L'aspect clinique se résume en une tétrade symptomatique : 1° douleur ; 2° impotence fonctionnelle, limitation des mouvements actifs et des mouvement passifs, en particulier de l'abduction, de la rotation interne, de l'adduction associée à la flexion forcée et surtout de l'hypertension ; 3° amyotrophie ; 4° craquements articulaires. L'évolution, qui est progressive et implacable, se fait vers une ankylose incomplète, le raccourcissement du membre par subluxation, la bilatéralisation.

Le diagnostic différentiel est facile avec l'arthrite du genou, la coxalgie, la spondylose rhizomélique ; il est plus délicat avec la névralgie sciatique ou les coxites subaiguës d'origine infectieuse. Une exploration méthodique et systématique de l'articulation coxo-fémorale suffit à l'établir. L'examen radiographique le confirme ensuite avec évidence.

2e *Rapport.* — P. Lamarque. — **Le diagnostic radiologique de la coxarthrie.** — L'auteur étudie le problème de la coxarthrie du point de vue radiologique en passant d'abord en revue les différents signes que l'on peut rencontrer dans cette affection et dont les combinaisons peuvent donner les différents types décrits.

En donnant un aperçu sur le diagnostic différentiel, il montre combien le diagnostic radiologique de coxarthrie est facile.

Il cherche ensuite à voir si les rayons de Roentgen peuvent apporter des renseignements sur l'étiologie de l'affection, et ses conclusions sur ce point sont que les rayons X ne peuvent apporter de preuves formelles.

Somme toute, pour lui, le diagnostic radiologique apparaît d'autant plus facile que l'étiologie et la thérapeutique de l'affection sont très délicates.

3e *Rapport.* — Docteur R. Merklen (d'Aix-les-Bains). — **Traitement thermal de la coxarthrie.** — Cette affection peut être traitée dans un grand nombre de stations possédant des eaux chaudes et radio-actives. Dans ces stations sont appliquées des formules de bains et de douches très variées qui permettent d'adapter le traitement thermal à l'état général et local de chaque malade. C'est la souplesse de ces méthodes de cure qui fait la supériorité des stations thermales françaises.

Le traitement thermal, renforcé au besoin par l'application d'agents physiques, permet d'apporter un grand soulagement aux malades atteints de coxarthrie. Il contribue à leur éviter les invalidités graves qui sont trop souvent l'aboutissant de la coxarthrie, lorsqu'elle est livrée à elle-même.

4e *Rapport.* — M. Teulon-Valio (d'Uriage). — **Les injections intratissulaires d'eau d'Uriage dans le traitement de la coxarthrie.** — C'est avec l'eau d'Uriage, isotonique — non hémolysante — que la thérapeutique par les injections intratissulaires d'eau minérale préconisée par Fleig a réalisé le plus complètement les espoirs qu'elle avait fait naître. Elle lui conféra de nouveaux pouvoirs à l'égard de divers états morbides des plus dissemblables. Son action remarquable sur le rhumatisme et le zona, étudiée par le doc-

teur Teulon-Valio dans de nombreuses publications, constitue un exemple concret de ces faits paradoxaux.

L'efficacité des injections d'eau d'Uriage dans le rhumatisme, véritable maladie sociale, constitue la plus importante réalisation clinique des conceptions de Fleig. L'expérimentation du rapporteur, qui porte aujourd'hui sur plus de 1.600 malades, ne laisse aucun doute sur les services que cette méthode, dont il poursuit la diffusion depuis 11 ans, est appelée à rendre dans la lutte engagée contre ce véritable fléau.

La coxarthrie est une des plus fréquentes et des plus sérieuses localisations du rhumatisme. A la hanche, les lésions dégénératrices, les productions ostéophytiques déterminées par les poussées fluxionnaires rhumatismales, ont des conséquences particulièrement graves pour la capacité de mouvement des malades. Les douleurs provoquées par les contacts irritants des surfaces articulaires déformées se surajoutent aux algies résultant des poussées congestives.

L'eau d'Uriage ne modifie en rien les lésions ostéo-cartilagineuses existantes, mais elle exerce une action particulièrement efficace sur les désordres humoraux qui sont à l'origine des poussées fluxionnaires du rhumatisme et une sédation remarquable des phénomènes douloureux. Intervenant en temps utile, avant que les déformations osseuses aient compromis trop gravement le fonctionnement de la jointure, elle donne des résultats qui peuvent être complets et définitifs. Dans les formes plus évoluées, bien que les résultats ne puissent être que partiels, les injections d'eau d'Uriage apportent aux coxarthriques, dans la grande majorité des cas, une précieuse amélioration de leur impotence et de leurs souffrances.

5e *Rapport.* — M. Castagné. — **Radonthérapie de la coxarthrie.** — Le rapporteur passe très rapidement en revue les divers moyens physiothérapiques mettant en jeu les radiations pour le traitement de la coxarthrie.

Il étudie ensuite plus spécialement l'emploi du radon présent dans les produits hydrominéraux, et examine quelques exemples de technique utilisée dans des stations françaises et étrangères. Afin de préciser ensuite l'action si complexe du radon dans l'affection étudiée, il examine les procédés radonthérapiques purs par opposition aux radonthérapies associées utilisées dans les sources thermales. Il passe ensuite en revue les diverses techniques de cette catégorie. Enfin il propose quelques rapprochements suggérés par les divers processus physicochimiques et biologiques qui ont pu être observés.

Communications

M. Joyeux (de Bourbonne-les-Bains). — **Diagnostic de la coxarthrie dès son début.** — L'auteur insiste sur le signe d'apparition très précoce, qu'il a décrit : l'arrêt brusque de la rotation en dedans du pied, lorsque, le sujet atteint de coxarthrie étant dans le relâchement musculaire le plus complet, on roule le membre malade comme un rouleau à tartes.

M. Joyeux (de Bourbonne-les-Bains). — **La kinésithérapie spéciale de la coxarthrie.** — Deux mouvements actifs complètent heureusement la cure thermale de la coxarthrie : la flexion de la cuisse sur le ventre et l'abduction correcte du membre, exécutés alternativement, sans vitesse, le malade étant debout, les mains appuyées soit au pied d'un lit, soit sur un petit meuble, le buste étant droit sans raideur

M. P. Valdiguié (d'Ax-les-Thermes). — **L'injection d'eau thermale axéenne dans le traitement de la coxarthrie.** — Le traitement thermal de la coxarthrie peut être complété à Ax-les-Thermes par l'injection parentérale d'une eau sulfurée sodique isotonisée avec du glucose.

L'injection d'eau détermine :

Expérimentalement, une action hyperémiante superficielle qui doit entraîner une vaso-constriction profonde et une action modificatrice de l'équilibre vago-sympathique ;

Cliniquement, une action antalgique et une action d'arrêt sur l'évolution de l'ostéoarthrite dégénérative.

L'auteur rapporte trois observations de coxarthrie traitées à la fois par voie externe et parentérale.

Il conclut que l'injection d'eau sulfurée sodique semble pouvoir prendre une place importante parmi les agents thérapeutiques de la coxarthrie.

M. Cauvy. — **Le traitement de la coxarthrie à Lamalou.** — Ce traitement, suivant certaines modalités, amène une amélioration de la coxarthrie qui porte avant tout sur la douleur. Plusieurs cures successives peuvent enrayer l'évolution de la maladie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

(Séance du 23 janvier 1937)

Essais de mise en évidence de tuberculine dans le sérum de lapins au cours de la tuberculose Yersin. — MM. F. van Deinse et M. A. Domanski, ayant observé que des lapins, inoculés avec de fortes doses de bacilles tuberculeux, meurent souvent en pleine santé apparente avec des symptômes de shock tuberculinique, ont essayé sans succès de mettre en évidence la tuberculine dans le sérum de ces lapins, pris vers la fin de la maladie, en l'injectant, soit par voie intradermique, soit par voie péritonéale à des cobayes tuberculeux.

Les microbes anaérobies. — M. Weinberg présente, au nom de MM. Nativelle et Prévot ainsi qu'en son propre nom, le livre sur « Les Microbes anaérobies » qu'ils viennent de publier à la librairie Masson.

Cet ouvrage représente une véritable encyclopédie de tout ce qui concerne ces microbes.

Les auteurs ont trouvé mention, dans la littérature mondiale, d'environ 600 espèces anaérobies.

Dans leur livre, qui sera très utile aussi bien aux médecins et vétérinaires qu'aux agronomes, la description de chaque microbe se termine par des indications précises sur la technique de son isolement ainsi que par un chapitre traitant de la préparation du vaccin et du sérum homologues et de leur emploi en thérapeutique humaine ou vétérinaire.

Rapprochement des injections d'anatoxine staphylococcique et développement de l'immunité antitoxique chez le lapin. — MM. R. Richou et P. Mercier. L'immunité antistaphylococcique provoquée chez le lapin par trois injections d'anastaphylotoxine est plus élevée lorsque ces injections sont pratiquées à cinq jours d'intervalle, que lorsqu'elles sont espacées de quinze jours.

Ces résultats mettent en lumière l'influence favorable du rapprochement des injections d'anatoxine staphylococcique sur la production de l'antitoxine spécifique.

Influence de l'immunité antistaphylococcique naturelle sur le développement de l'immunité provoquée par l'anatoxine spécifique. — MM. G. Ramon, R. Richou et M. Djourichicch. Pour mesurer l'activité immunisante de l'anatoxine staphylococcique comme d'ailleurs des anatoxines diphtérique et tétanique, il convient de s'adresser au dosage *in vitro* de la valeur antigène intrinsèque par floculation.

Greffes de tumeurs leucémiques à des poules immunisées contre la leucémie. — MM. Ch. Oberling et M. Guérin ont greffé des sarcomes obtenus par inoculation de virus

leucémique à des poules neuves et à des poules immunisées contre la leucémie. Parmi les 16 poules neuves utilisées, 14 sont mortes de leucémie et 10 ont présenté au point d'inoculation des nodules tumoraux. Les poules immunisées par contre, n'ont présenté ni leucémie, ni sarcome. Ces mêmes animaux greffés avec un sarcome non leucémique développent des tumeurs.

Les poules immunisées contre la leucémie sont donc réfractaires aux sarcomes leucémiques dérivés de la même souche mais réceptives à l'égard d'un autre sarcome.

Ainsi les sarcomes obtenus par inoculation d'un produit leucémique sont dus aux virus leucémiques et non à la contamination avec un virus sarcomatogène latent, comme Stubbs et Furth l'avaient prétendu.

Etude des variations humorales post-opératoires. — MM. Larget, J.-P. Lamare, A. Meunier et R. Lecoq ont pratiqué systématiquement, la veille de l'opération, le lendemain, puis cinq et dix jours plus tard, les déterminations de l'urée sérique, de la polypeptidémie, de la glycémie, des chlores plasmatique et globulaire, du rapport chloré érythro-plasmatique, du chlore du sang total et de la réserve alcaline. Ces déterminations ont été suivies chez des sujets présentant des suites opératoires normales et anormales. Les variations humorales normales comportent une hyperurémie, une hyperpolypeptidémie, une hyperglycémie, le plus souvent transitoires. L'hypochlorémie est liée surtout à la présence d'émonctoires anormaux ; elle est habituellement peu sensible ou nulle dans les suites opératoires simples normales. La chute du rapport chloré érythroplasmatique est constante, mais semble sous la dépendance de produits de désintégration azotée. Une chute persistante de la réserve alcaline peut devenir une cause d'accidents graves en permettant la production, aux dépens des polypeptides, d'amines toxiques, dont les effets sont à redouter chez un sujet présentant par ailleurs un déséquilibre humoral important.

MM. H. Bonnet-Saint Thieffry et Mlle Sabetay précisent la **nature des réactions intradermiques à la toxine staphylococcique chez l'homme.** — La réaction cutanée n'est pas due aux constituants du milieu de culture qui sert à la préparation des toxines. Par contre, la durée d'incubation intervient nettement dans le pourcentage des réactions positives : ce pourcentage est d'autant plus élevé que la durée d'incubation est plus longue.

Le chauffage de la toxine à 100° qui fait disparaître les propriétés toxiques du filtrat agit de façon différente sur la réaction cutanée : il la fait disparaître le plus souvent, parfois ne la modifie pas, exceptionnellement l'exalte.

Ces différents essais viennent à l'appui de la conception première défendue par les auteurs : la réaction du derme à la toxine staphylococcique apparaît avant tout comme une réaction allergique aux protides microbiennes. Il y aurait évidemment avantage à essayer l'injection intradermique de fortes doses de toxine, mais les violentes réactions observées dans ces conditions rendent difficile ce procédé. Aussi les auteurs se proposent-ils d'étudier les réactions dermiques à la toxine purifiée.

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1937)

Préparation des sérums antigangréneux avec les antigènes englobés dans la lanoline. — M. Weinberg et Mlle Guillaumie. 1. Les chevaux peuvent fournir des sérums convenables dès la première injection d'antigènes.

2. Leur sérum est utilisable dès la deuxième injection.

3. Les titres de ces sérums peuvent atteindre un niveau auquel on n'est jamais arrivé par les autres procédés d'immunisation.

4. De mauvais chevaux, repris par les antigènes englobés dans la lanoline, ont fourni à la longue des sérums convenables.

Sur la floculation dans les mélanges de bouillon tétanique filtré et de sérum antitétanique. — M. G. Ramon. Le phénomène de floculation, avec son mode d'apparition et sa signification, sert de base à un procédé commode de mesure de la valeur antigène intrinsèque de la toxine et de l'anatoxine tétaniques.

Sur l'évaluation du pouvoir antigène intrinsèque de la toxine et de l'anatoxine tétaniques par la floculation. — MM. G. Ramon, E. Lemétayer et R. Richou. La méthode de floculation apparaît bien comme la méthode vraiment pratique pour évaluer le pouvoir antigène intrinsèque de l'anatoxine aussi bien que de la toxine tétaniques. Mise en œuvre dans des conditions convenables, elle donne toutes facilités pour apprécier en unités antigènes la valeur de l'anatoxine tétanique.

Action protectrice des éthers phénoliques au cours de l'intoxication histaminique. — M. D. Bovet et Mlle Staub. Toute une série de dérivés aminés appartenant à la série des éthers phénoliques permettent de protéger le cobaye contre des doses toxiques d'histamine et s'opposent aux effets de cette hormone sur les muscles lisses de l'intestin et des bronches.

L'excitabilité des fibres sympathiques cardio-accélératrices. — M. A. et Mme B. Chauchard et M. Paul Chauchard, étudiant à l'aide de la méthode chronaximétrique, l'excitabilité des fibres sympathiques cardio-accélératrices, trouvent une chronaxie de 2 à 2,5 m.sec. et un temps de sommation de 6 sec., chiffre élevé qui traduit un grand hétérochronisme entre le nerf et l'organe terminal, et très supérieur au temps de sommation des fibres cardio-inhibitrices.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Réunion de Lyon

(SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1937)

Du pouvoir infertilisant des essences d'ail et de moutarde sur les cultures homogènes de bacille de Koch. — MM. Paul Courmont, A. Morel, L. Perrot et Mlle S. Sanlaville. Les recherches ont été faites en incorporant au bouillon de culture des solutions alcooliques à concentrations croissantes des essences d'ail et de moutarde.

Le bacille employé était le bacille de Koch S.A.P.C. en culture homogène.

Les résultats peuvent se résumer ainsi par rapport aux concentrations nécessaires en grammes, par litre de bouillon, pour obtenir l'infertilisation :

Pouvoir infertilisant vis-à-vis du bacille de Koch en cultures homogènes :

Essence de moutarde : 0,153 à 0,231 p. 1.000 ;

Sulfure d'allyle (essence d'ail artificielle) : 0,195 à 0,322 pour 1.000.

Nous rappelons qu'il fallait 1 gr. 60 d'essence de moutarde par litre de bouillon pour empêcher le développement du bacille d'Eberth. Il en fallait 0,46 à 0,86 pour le colibacille et le proteus X 19. Pour l'essence d'ail artificielle, il fallait des concentrations comprises entre 1 gr. et 2 gr. 30 par litre de bouillon, pour empêcher le développement de différents microbes (recherches de A. Morel et A. Rochaix).

Ces résultats montrent que, vis-à-vis du bacille de Koch en cultures homogènes, les essences d'ail et de moutarde jouissent d'un pouvoir infertilisant notable et nettement plus grand que vis-à-vis des autres microbes (8 ou 10 fois plus grand). Ce pouvoir infertilisant est, malgré tout, beaucoup plus faible que celui du 8-hydroxyquinoléine, pour lequel nous avons vu que 1 centigramme de substance par litre suffisait à empêcher la pousse du bacille de Koch dans les mêmes conditions expérimentales.

Le titrage du pouvoir alexique des sérums humains. Une technique personnelle. — M. F. Meersseman, faisant la critique des techniques jusqu'ici utilisées pour le dosage de l'alexine des sérums humains, insiste sur le fait que toute technique correcte doit tenir compte, pour en éliminer l'action, des sensibilisatrices naturelles des sérums humains. Il propose une méthode dont le principe est le suivant : dans un premier temps, l'on titre la sensibilisatrice naturelle anti-mouton d'un échantillon du sérum à examiner ; l'on ajoute ensuite à ce sérum une quantité de sérum hémolytique anti-mouton telle que la teneur totale en sensibilisatrice atteigne une valeur constante, choisie une fois pour toutes, de 30 unités hémolytiques par 10e de cmc. de sérum ; il ne reste plus ensuite qu'à titrer le pouvoir hémolytique sur les globules de mouton du sérum ainsi traité. L'on opère ainsi *en présence d'une quantité constante de sensibilisatrice anti-mouton*.

Le pouvoir alexique des sérums humains à l'état normal et pathologique. — MM. F. Meersseman et H. Perrot, utilisant la technique décrite dans la note précédente, trouvent que, chez le sujet normal, le pouvoir lexique représente une valeur relativement fixe ; il oscille entre 4 et 6 et sa valeur moyenne est de 5. Dans les différents états pathologiques, les variations du pouvoir alexique n'obéissent pas toujours à des règles fixes ; elles peuvent d'ailleurs faire défaut. Le taux alexique est cependant assez régulièrement abaissé dans le rhumatisme articulaire aigu, au cours du paludisme, dans les affections hépatiques, dans les états anaphylactiques. Au cours de la tuberculose, ses variations paraissent présenter un certain intérêt pronostique.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 5 février 1936)

Etude anatomo-clinique et physio-pathologique d'un cas de glomérulo-néphrite subaiguë mortelle chez une tuberculeuse. — MM. Bernard, Laudat et Gauthier-Villars. Femme de 37 ans, tuberculeuse, présente après une thoracoplastie, les symptômes d'une néphrite se terminant par la mort après deux mois et demi. En dehors des signes d'une néphrite infectieuse aiguë, apparut une chute progressive de la diurèse, puis une période d'anurie de 28 jours. Le taux de l'urée monta à 4 gr. 13 et la malade présenta les symptômes de la grande azotémie. Anatomiquement, lésions des glomérules, aucun ne paraissant intact. En somme, glomérulo-néphrite d'allure infectieuse chez une tuberculeuse. Etant donné la baisse importante de la réserve alcaline, les auteurs eurent recours à la médication bicarbonatée qui amena une amélioration.

Ces faits, dit M. Rist, sont analogues à ceux de néphrite allergique étudiés avec Léon Kindberg.

Image radiologique de l'œdème aigu des poumons. — MM. Lelong et Jean Bernard. Cliché radiologique fait en pleine crise, a donné une image ayant les caractères suivants : diminution générale de la transparence pulmonaire, prédominant dans la région hilaire ; en incidence frontale, vaste opacité juxta-hilaire, à bords flous ; prédominance unilatérale droite ; homogénéité de l'ombre ; progression rapide en quelques jours de la périphérie vers le hile.

M. Laubry fait remarquer qu'il y a deux variétés d'œdème pulmonaire : celle où la défaillance ventriculaire est le « primum movens » ; et celle où la cause est périphérique, néphrite.

Deux faits d'hydarthrose périodique. — MM. Weissmann et Netter. Chez la première malade, l'hydarthrose se reproduisait tous les 13 jours, la fluxion durant 2 à 3 jours. L'administration de tartrate d'ergotamine par voie buccale permit de supprimer les crises, sans toutefois amener la guérison. Chez le deuxième malade, l'hydarthrose se reproduisait tous les 10 jours et durait 3 à 4 jours. Le tartrate d'ergotamine provoqua une poussée réactionnelle intense après la première injection, puis fit disparaître les crises pendant 4 ans. Elles revinrent ensuite.

Cortico-surrénalome malin à métastases multiples et fièvre ondulante. — M. Puig (Perpignan). Malade présentant de l'anémie, de la cachexie, des douleurs lombaires et crurales et une fièvre de caractère ondulant ayant fait porter le diagnostic de mélitococcie. L'autopsie montra un cortico-surrénalome bilatéral avec métastases multiples.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(Séance du 12 février 1937)

A propos de la présentation d'une radiographie. — M. Sedillot discute le diagnostic de coxarthrie généralement admis depuis près de vingt ans. La luxation en haut est complète, et cependant les lignes d'arthrite sont minimes. Une chute sur la hanche, au front, pendant la guerre, a motivé une pension. En réalité, il y a eu fracture du col méconnue, avec engrènement des fragments et position vicieuse de la tête fémorale. Ultérieurement, luxation complète, mécaniquement, parce que l'articulation était désaxée, mais sans coxarthrie.

MM. Massart, Roederer, Séjournet sont d'avis qu'il s'agit d'une subluxation.

Deux observations pour servir à l'histoire des cellulites. — M. Le Lorier étudie : 1° sous l'étiquette de « cellulite fibroïde pelvienne », un cas de pseudo-tumeur implantée sur l'acétabulum chez une femme enceinte de six mois, et assez grosse pour faire craindre une dystocie sérieuse. Mais, contrairement à toute attente, cette masse s'est entièrement résorbée en l'espace de deux mois environ. M. Le Lorier a trouvé des observations analogues dans l'ouvrage de Thure Brandt ; 2° sous le nom de « cellulite fibroïde sous-cutanée thoracique en ficelle », il décrit un cas curieux où il existait sous la peau de la paroi latérale du thorax une bride de consistance presque fibreuse tout à fait comparable à une ficelle tendue dans le tissu cellulaire sous-cutané, longue de 25 à 30 cm., allant verticalement de l'aisselle aux côtes inférieures et creusant dans le sein, par adhérences profondes, une véritable gouttière verticale où se produisait le phénomène de la peau d'orange par plissement. Ces cellulites fibroïdes paraissent évoluer spontanément vers la guérison.

M. Lenglet a observé un cas analogue au deuxième cité par l'auteur.

Psychisme et physio-pathologie cardio-vasculaire. — M. P.-N. Deschamps rapporte un cas d'hypertension dans lequel la poussée hypertensive est déclenchée par l'émotion ou une excitation cérébrale quelconque, et qui se caractérise par une tolérance parfaite au point de vue fonctionnel.

Cette observation se rapproche du cas d'hypertension volontaire récemment publié par Abrami et des travaux de Laubry et Thérèse Brosse sur l'interférence de l'activité corticale sur les phénomènes cardiaques et vaso-moteurs. Un tel type d'hypertension paroxystique mérite le nom d'hypertension paroxystique de type neurotonique, opposé à l'hypertension paroxystique du type surrénalien.

Blennorragie chronique. — M. Pierre Barbellion.

Ultra-sons et biologie, par MM. A. Dognon, professeur agrégé de physique à la Faculté de médecine de Paris, et E. et H. Biancani, directeurs de la *Revue de Physiothérapie*. 1 vol. in-8 (23 × 17,5), de 80 pages, avec 22 figures. Prix : 25 fr. Librairie Gauthier-Villars, 55, quai des Grands-Augustins, Paris (6e).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 4 mai. — Jury : MM. Cunéo, président ; Gougerot, Terrrien, Velter. — M. ALTAR. Contribution à l'étude de la tuberculose pubienne (osseuse et ostéo-articulaire). — M. JÉGOUREL. Etiologie des arthrites à pneumocoques de cause extra-pulmonaire. — M. GEORGET. Tuberculinothérapie transcutanée de l'érythème induré de Bazin. — M. ROUHER. Un procédé opératoire de l'ectropion sénile.

Mercredi 5 mai. — Jury : MM. Gosset, président ; Harvier, de Gaudart d'Allaines, Turpin. — Mme KRUMBOLZ. Remarques sur le rétrécissement cardio-œsophagien. — Mme CONGY-AUDIBERT. Contribution à l'étude de la coxite gonococcique à forme grave de l'adulte.

Lundi 3 mai. (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Fiessinger, président ; Maignon, Panisset. — M. GUERRET. Chimiothérapie de la gourme.

Mardi 4 mai (Thèse vétérinaire). — MM. Tanon, président ; Lesbouyriès, Letard, Verge. — M. LARDÉ. Réglementation de la monte publique des taureaux. — M. MAITROT. Les œufs. Salubrité et inspection. — M. RENARD. Race bleue du Nord dans l'Avesnois.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

Hospices. — Hôpitaux. — Responsabilité civile. — Infirmière. — Faute. — Dommage à un malade.

1° Responsabilité personnelle du médecin. — Absence de contrat avec le malade. — Nécessité d'un fait se détachant du service public.

2° Responsabilité du médecin du fait de l'infirmière. — Lien de commettant à préposé (non). — Art. 1384, par. 4 C. civil inapplicable. — Faute de l'infirmière. — Exercice de sa profession. — Responsabilité directe du service hospitalier.

1° Le médecin d'un établissement public soigne les malades, non comme médecin privé, mais en vertu des fonctions qui lui ont été conférées par l'hôpital. Il ne peut donc faire l'objet de la part d'un malade d'une action de droit civil que si celui-ci établit à sa charge un délit ou un quasi-délit constituant une faute personnelle, c'est-à-dire une faute se détachant du service public auquel il est affecté.

2° En l'absence de tout contrat, soit avec le malade, soit avec le personnel infirmier, le médecin chef de service ne peut avoir sur les infirmiers de l'hôpital qu'une autorité hiérarchique qui n'est pas celle du commettant.

La faute d'une infirmière, dans l'exercice normal de sa profession, ne peut donner lieu à responsabilité civile personnelle, ni par suite, à l'application de l'art. 1384 par. 4 C. civ. contre un autre agent du service. La conséquence de cette faute ne pourrait être que la responsabilité directe du service hospitalier.

(Cour d'appel de Colmar, 24 déc. 1936. *Gaz. Pal.*, 23 février 1937.)

Hospices. — Hôpitaux. — Responsabilité civile. — Administration hospitalière. — Personne publique. — Gérance du service. — Obligation d'assurer marche normale. — Faute du médecin. — Erreur de diagnostic. — C. civ. art. 1384 inapplicable.

L'action contre la personne publique, gérante du service, introduite devant la juridiction administrative, peut s'exercer, sans qu'il soit besoin d'apporter la preuve d'aucune faute, et ce, contrairement aux principes qu'applique l'autorité judiciaire, en vertu de l'art. 1384 C. civ. : en effet, les administrations publiques, et notamment l'administration hospitalière, doivent être considérées comme contractant vis-à-vis des administrés une véritable obligation d'assurer la marche normale de leurs services, à raison des risques redoutables que comporte le traitement médical dans les hôpitaux.

L'application de ces principes conduit à admettre la responsabilité de l'établissement public non pas secondairement, mais principalement comme gérant du service ; c'est pourquoi, même dans l'hypothèse où un accident serait dû à une faute imputable aux médecins (telle une erreur de diagnostic), ladite faute personnelle ne saurait être détachée du service, lequel a procuré le moyen de la commettre et exposé la victime à ses conséquences regrettables.

Il n'y a lieu d'avoir égard à cette circonstance que le libre choix du médecin n'appartient pas à l'administration hospitalière, laquelle ne peut agréer que les candidats désignés par le concours.

(Conseil de préfecture de Marseille, 18 déc. 1936. *Gaz. Pal.*, 23 février 1937.)

Hospices. — Hôpitaux. — Responsabilité civile. — Enfant. — Accident mortel. — Agent de l'administration. — Faute personnelle grave. — Condamnation pénale. — Fonctionnement normal du service.

Lorsque la responsabilité civile de l'administration est retenue pour faute de ses agents, elle ne peut être régie par les principes qui sont établis dans le Code civil pour les rapports de particuliers à particuliers. Cette responsabilité n'est, en effet, ni générale, ni absolue et est soumise à des règles spéciales. De plus, le dommage moral, seul et par lui-même, n'est pas de nature à être évalué en argent par la juridiction administrative.

Même en cas de condamnation pénale de l'agent du service, qui s'est rendu coupable d'une faute grave ayant entraîné le décès d'un enfant hospitalisé dans un préventorium, la juridiction administrative conserve toute sa liberté d'action et toute son indépendance, la responsabilité de l'administration ayant une cause différente de celle qui engage la responsabilité de l'agent.

En conséquence, lorsqu'on ne relève aucune faute dans l'organisation du service public, dont le fonctionnement a été normal, la faute grave de l'agent, n'ayant aucun lien avec les ordres reçus et ne rentrant pas dans l'exercice normal de la fonction, constitue un fait personnel, trahissant plutôt l'être humain avec ses faiblesses et ses imprudences, et se détachant de la fonction. C'est pourquoi l'acte dommageable ainsi accompli ne saurait engager la responsabilité de l'administration.

(Conseil de préfecture de Lille, 25 janv. 1937. *Gaz. Pal.*, 23 février 1937.)

Responsabilité civile. — Accidents du travail. — Frais médicaux et pharmaceutiques. — Soins en clinique privée. — Limite des obligations du chef d'entreprise.

Les dispositions du par. 3 de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par celles des 31 mars 1905, 5 mars 1917 et 6 juill. 1928, sont conçues en termes généraux et s'appliquent aussi bien aux établissements de l'Assistance publique qu'aux cliniques privées.

Les expresssions « frais d'hospitalisation, tout compris » excluent toutes prétentions des médecins ou chirurgiens qui réclameraient des honoraires pour soins donnés dans des établissements hospitaliers.

(Cour d'appel de Bordeaux, 3 déc. 1936. *Gaz. Pal.*, 18 févr. 1937.)

C. NATTAN-LARRIER,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour de Paris.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DES PÉRICARDITES AIGUËS

Les péricardites aiguës sont des affections de diagnostic toujours difficile, de pronostic toujours grave.

ETIOLOGIE

Elles sont de natures variables : sèche, sérofibrineuse, hémorragique ou purulente.

De l'âge du malade on peut cependant déjà présumer de la nature de la maladie.

1° Chez un nourrisson ou un enfant très jeune, il s'agit presque sûrement de péricardite purulente à penumocoque, venant compliquer une pneumopathie aiguë.

2° Chez l'enfant plus âgé, l'adolescent et l'adulte jeune, les péricardites ont deux grandes causes :

Le rhumatisme,

La tuberculose.

3° Chez l'adulte après 40 ans, une péricardite est presque toujours le fait d'une néphrite azotémique à la période terminale.

Enfin toutes les septicopyohémies à germes aérobies ou anaérobies peuvent déterminer une péricardite aiguë.

Exceptionnellement enfin, la péricardite pourra être d'origine cancéreuse ou scorbutique.

I. *La péricardite rhumatismale*

La péricardite rhumatismale est la plus fréquente de toutes les péricardites. Elle peut être sèche ou avec épanchement.

A. *La péricardite sèche*

— Elle peut survenir comme primitive en apparence, accompagnant seulement des arthralgies frustes, une hydarthrose éphémère et l'on conçoit le maximum de difficulté que pose le diagnostic dans ces cas. Seule l'existence d'antécédents rhumatismaux, l'action du salicylate de soude permettrait, si la péricardite a pu être diagnostiquée, d'en reconnaître la nature.

— L'éventualité précédente est malgré tout exceptionnelle ; en règle, il s'agit d'un enfant entré à l'hôpital pour une crise de rhumatisme articulaire aiguë franche.

Pour prévenir les complications cardiaques, on aura institué un traitement salicylé énergique et chaque jour on ausculte minutieusement le cœur pour s'assurer de l'absence de toute atteinte cardiaque.

Ce sera souvent au cours de rhumatismes traités tardivement ou insuffisamment par le salicylate, mais quelquefois aussi dans des formes très correctement traitées que l'on constatera, vers la deuxième, la troisième semaine, des signes de péricardite.

S. g. — Certes, la persistance de la température, de la pâleur, de l'asthénie malgré la rétrocession des phénomènes articulaires, devra toujours faire craindre une atteinte cardiaque, mais il ne faut pas trop compter sur une reprise de la température, qui est discrète et inconstante, ni sur

S. f. — L'apparition de signes nouveaux ;

Douleurs précordiales ;

Névralgie phrénique ;

Dyspnée ;

Angoisse respiratoire.

Si ces signes surviennent, ils doivent attirer l'attention, mais ils manquent souvent.

S. ph. — Aussi est-ce l'examen systématique du cœur du rhumatisant qui révélera en règle une péricardite qui se produit d'une façon extrêmement latente.

Le signe capital qui signe la complication est :

Le frottement.

C'est un bruit : de *siège mésocardiaque* en pleine région précordiale ou rétro-sternale ;

Très superficiel, qui semble se produire sous l'oreille et peut être retrouvé parfois à la palpation, où il donne une sensation tactile ;

De timbre très variable, depuis le râpement du cuir neuf jusqu'aux plus fins froissements de la soie ;

De temps, ni systolique, ni diastolique, mais à cheval sur les bruits du cœur :

Le plus souvent mésosystolique,

Parfois mésodiastolique,

Souvent double : bruit de va-et-vient.

Il peut simuler un rythme à trois temps.

Enfin, il est caractérisé par l'*absence de propagation* ; il naît et meurt sur place ;

Par *sa variabilité* :

D'une part *avec la position du malade* (le frottement devient plus intense lorsque le malade est assis ;

D'autre part *avec la pression du stéthoscope*, qui l'amplifie chez les sujets jeunes à thorax souple ;

Enfin avec le *moment de l'examen.*

L'examen du cœur d'un tel malade ne révèle d'ailleurs pas que le frottement, il montre souvent aussi d'autres signes liés à l'endo ou à la myocardite, mais, nous y insistons : le frottement est pratiquement le seul signe caractéristique de la péricardite.

— La sensation de pointe engluée à la palpation n'a pas d'intérêt pratique.

— L'augmentation de volume du cœur est le fait de la myocardite associée.

— L'éclat particulier du deuxième bruit au foyer pulmonaire signalé par quelques auteurs comme un signe précoce précédant le frottement est un signe de bien médiocre valeur.

— Beaucoup plus importante pour le pronostic est la constatation de signes d'endo et de myocardite associés :

Assourdissement des bruits ;

Tachycardie ;

Bruits de galop ;

Souffles dont on discutera l'organicité et que l'on cherchera à rattacher soit à la crise actuelle, soit à une crise antérieure.

On prendra le pouls, la tension artérielle.

Le pronostic immédiat est en effet fonction de l'état du myocarde ; le pronostic ultérieur, de l'état du myocarde, de l'endocarde et du caractère évolutif des lésions.

EVOLUTION

Trois éventualités sont possibles pour les phénomènes péricardiques :

— *La guérison* de la péricardite en 8 à 10 jours, avec diminution puis disparition du frottement sous l'action d'un traitement salicylé énergique.

— *La persistance* des frottements malgré le traitement, leur augmentation, et il faut craindre que la péricardite ne laisse des adhérences étendues et une symphyse du péricarde.

— *L'installation à bas bruit d'un épanchement péricardique.*

(*A suivre.*) JEAN FERROIR.

L'anatoxine staphylococcique et le traitement des affections à staphylocoques (Etude clinique et immunologique. Un vol. grand in-8° de 169 pages, chez Vigot Frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris (6e). 1937.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 37. — SAMEDI 8 MAI 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Académie des Sciences. — Dans sa séance du 3 mai 1937, l'Académie a élu, dans la section des membres libres, en remplacement du commandant Charcot, M. Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur à Paris, membre de l'Académie de médecine.

Académie de médecine. — Dans sa séance du 4 mai 1937, l'Académie vient d'élire dans la section des membres libres le docteur Georges Duhamel, membre de l'Académie française, en remplacement de M. Legendre.

Faculté de médecine de Paris. — *Examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime.* — Le prochain examen aura lieu à Paris fin juin.

En vue de préparer les candidats à cet examen un enseignement spécial sera donné au laboratoire d'hygiène, sous la direction du professeur Tanon, professeur d'hygiène, conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique, avec la collaboration de M. le docteur Joannon, agrégé d'hygiène ; M. Lindemann, adjoint au directeur de la flotte de commerce et du travail maritime au ministère de la Marine marchande ; M. Roubinet, chef de bureau à l'Etablissement national des Invalides de la Marine ; MM. les docteurs Cambessèdes, assistant d'hygiène et ancien chef de clinique de la Faculté de médceine ; Clerc, assistant d'hygiène et conseiller technique sanitaire du ministère de la Marine marchande ; Neveu, chef du laboratoire des épidémies à la Préfecture de police ; Navarre, sous-directeur de l'Institut d'hygiène et professeur à l'Ecole de médecine de Caen.

Le cours durera du 31 mai au 16 juin. Il comprendra des leçons qui auront lieu chaque jour, de 16 h. 30 à 18 h. 30, et un cours spécial de bactériologie avec travaux pratiques (de 9 h. à midi).

Peuvent s'inscrire à ce cours :

1° Les docteurs en médecine et par exception les étudiants à scolarité terminée, français et du sexe masculin ;

2° Les docteurs et étudiants en médecine, de nationalité étrangère, qui s'intéressent aux questions d'hygiène maritime et de prophylaxie internationale et qui pourront recevoir un certificat d'assiduité.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat (guichet N° 4), les lundi, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, et salle Béclard, de 9 à 11 heures et de 14 à 16 h., sauf le samedi après-midi.

Le droit à verser est de 200 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser au laboratoire d'hygiène.

Faculté de médecine de Paris. — CHAIRE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE THÉRAPEUTIQUES. — Le Commissariat général au Tourisme met à la disposition des étudiants français 15 à 20 *bourses de voyage* individuelles, qui, cette année (été 1937), remplacent le petit V. E. M.

Le montant de chaque bourse ne sera pas inférieur à 500 francs et ne dépassera pas 1.000 francs.

Les inscriptions des candidats (étudiants de 5e année) sont reçues tous les jours au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 1, de midi à 15 heures), jusqu'au 1er juin 1937.

Les candidats agréés seront convoqués à cette date par le professeur Maurice Villaret, au Laboratoire d'Hydrologie et de Climatologie thérapeutiques, en vue de répartir leur destination et le montant de leur bourse.

Guerre. — Le *Journal officiel* du 2 mai 1937 publie un décret relatif à *l'admission à l'Ecole du Service de santé militaire* d'étudiants en médecine titulaires de vingt inscriptions. Conditions : moins de 29 ans, élu titulaire du brevet de préparation militaire supérieur spécial.

Les étudiants admis ne rejoindront l'Ecole que pour y subir les opérations d'incorporation.

Ils seront détachés dans la ville de Faculté où ils accomplissent leur scolarité et devront passer leur thèse avant le 31 décembre de l'année de leur admission. Les élèves admis à la suite du concours spécial ne portent pas l'uniforme.

Ministère de la Santé publique. — Propagande contre les maladies vénériennes. — Le *Journal officiel* du 2 mai 1937 public un arrêté relatif au carnet médical à délivrer à chaque malade par les services antivénériens.

— Un arrêté relatif aux circonscriptions dans lesquelles s'exerce le contrôle des inspecteurs régionaux des services de prophylaxie.

— Un arrêté fixant les conditions d'organisation des différents services prévus par le décret du 30 octobre 1935.

Préfecture du Département de la Seine. — La Préfecture de la Seine va procéder prochainement à la nomination du Directeur de l'Institut municipal d'Hygiène dentaire et de Stomatologie, créé sur les fonds d'une donation faite à la Ville de Paris par M. George Eastman, philanthrope américain.

Le poste en question, qui comportera la direction administrative et technique de l'établissement, sera confié à un stomatologiste ou chirurgien-dentiste comptant au moins 20 ans de pratique et satisfaisant aux conditions suivantes :

1° Etre Français ;

2° S'engager à se consacrer uniquement à la direction de l'établissement et renoncer à toute clientèle ;

3° Accepter d'accomplir un stage de trois mois environ à la Clinique dentaire de Rochester (Etats-Unis), pour se familiariser avec les méthodes en usage dans cette clinique, premier établissement fondé par le donateur.

Une indemnité annuelle de 86.000 francs, non soumise à retenue, sera attachée à l'emploi.

Le titulaire de l'emploi sera délégué dans les fonctions de directeur, d'abord pour une période d'un an, puis, à l'expiration de la première année d'exercice, pour une période de cinq années, renouvelable ensuite par période de cinq ans, sans limitation de durée quant au nombre des périodes où la délégation pourra être prononcée.

Les candidats devront adresser leur demande, présentée dans les conditions précisées ci-dessus et appuyée de leurs titres et de toutes justifications et références nécessaires, *avant le 1er juin prochain*, à la Préfecture de la Seine (Direction de l'Hygiène, du Travail et de la Prévoyance sociale, Secrétariat, 9, place de l'Hôtel-de-Ville). Aucune candidature présentée après cette date limite ne serait examinée.

La nomination à l'emploi est prévue pour le 1er juillet prochain.

Dispensaires de la Charente-Inférieure. — Un concours sur titres, en vue du recrutement d'un médecin spécialisé, chargé du service des dispensaires du comité d'hygiène sociale et de défense contre la tuberculose du département de la Charente-Inférieure, est actuellement ouvert.

Pour les demandes de renseignements et l'envoi des dossiers, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boul. Saint-Michel, Paris, avant le 31 mai 1937.

XVIIe Banquet du S. M. S. — Samedi 24 avril a eu lieu, dans les salons de l'Hôtel Continental, la fête annuelle, banquet suivi d'une soirée dansante, que donne depuis dix-sept ans, chaque année, le Syndicat des Médecins de la Seine.

Cette année, M. le professeur Roussy, Doyen de la Faculté de médecine, avait bien voulu en accepter la présidence, témoignant ainsi de la solidarité qui unit tous les membres de la grande famille médicale, le corps enseignant de la Faculté et des hôpitaux, les praticiens groupés dans leurs syndicats et leurs associations. La présence de nombreuses dames apportait à la réunion un élément de grâce et de charme familial, complément de cette belle manifestation de vie et de défense corporative.

A la fin du repas, le docteur Tissier, Président du S.M.S. ; le docteur Bourguignon, Président du Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement ; le docteur Baumgartner, Président de l'Union syndicale du Corps médical hospitalier, dans leurs discours très applaudis, firent ressortir la bonne entente de tout le corps médical de la Seine pour conserver à l'art médical ses traditions d'indépendance et son juste renom mondial.

M. le professeur Roussy prit ensuite la parole, disant combien la Faculté se préoccupe d'améliorer sans cesse le niveau des études médicales, favorisant l'enseignement des spécialités et la culture scientifique qui sont de plus en plus nécessaires. Il dit également sa satisfaction de constater la persistance des sentiments de sympathie qui existent entre professeurs et étudiants durant les années d'études et se continuent dans la vie, comme la fête de ce soir en est le témoignage ; il souhaite longue vie et prospérité au S. M. S.

Une tombola avec de nombreux lots, des intermèdes artistiques, puis un bal des plus animés ont terminé la soirée.

Un hommage à M. Siredey. — Désireux de rendre hommage à M. le docteur Armand Siredey et de lui témoigner leur respectueuse et affectueuse reconnaissance, un groupe de ses anciens élèves, de ses collègues et de ses amis a eu la pensée de lui offrir un volume, au cours d'une réunion dont la date sera fixée ultérieurement. Sur ce volume, qui reproduira quelques-unes de ses récentes publications, les signatures des membres présents seront apposées lors de cette réunion.

Une reproduction de cet ouvrage sera imprimée à tirage restreint et comportera deux éditions : l'une de luxe, sur vélin d'Arches, numérotée ; l'autre sur vélin O S N. Un exemplaire sera remis, en souvenir, à tout souscripteur de 100 francs pour la première, de 50 francs pour la seconde. La souscription sera close le 25 mai 1937.

Prière d'adresser les souscriptions à MM. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e), Compte chèques postaux Paris 201.74.

Administration Générale de l'Assistance publique à Paris

SOUS-DIRECTION DES HÔPITAUX ET HOSPICES.
SERVICE DE L'EXPLOITATION

Le vendredi 4 juin 1937, à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance Publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication, sur soumissions cachetées, des fournitures d'herboristerie, droguerie, produits chimiques et préparations pharmaceutiques, produits pour laboratoires et matières colorantes nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant le 2e semestre 1937.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation, de l'Approvisionnement et du Matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au jeudi 20 mai 1937. 790



REVUE GENERALE

Granulies pulmonaires et Opacités granuleuses

Par M. CANTAGRILL,
Assistant au Val-de-Grâce.

L'opacité granuleuse est caractéristique des granulies pulmonaires mais aux examens respiratoires systématiques aux R. X. ces images sont d'observation fréquente. Aussi s'est-on attaché ces dernières années à préciser leur signification. L'étude synthétique ici exposée qui ne revendique aucun droit à l'originalité a pour but de grouper les données essentielles qui permettent d'analyser et d'interpréter de telles images.

I. Etude analytique des images granuleuses

L'appellation « image granuleuse » englobe ici toutes les opacités miliaires, granuliques, micronodulaires, etc... Ce terme nous paraît préférable, il a une signification morphologique alors que les termes miliaires, granuliques, micronodulaires évoquent plus ou moins un type lésionnel histologique et étiologique ; ils sont à rejeter d'une nomenclature purement radiologique...

Le grain, image élémentaire, peut, superposé au réticulum de la trame, constituer à lui seul l'ombre anormale, ou bien faire partie d'un complexe d'images surajoutées. Sergent, Cottenot, Pommeau, Delille ont étudié cette image radiographique qui est dans ce deuxième cas constituée par deux figures élémentaires : *les mailles :* contour opaque de forme polygonale ou irrégulièrement arrondie, de un à deux millimètres de diamètre et les *nœuds :* opacités punctiformes à contours plus ou moins nets de un demi à un millimètre de diamètre. Ces auteurs ont appelé l'ensemble mailles et nœuds aspects en « mailles et filet ».

Diagnostic différentiel. — Il y a des ombres granuleuses *qui ne sont pas pathologiques :* les taches résiduelles de lipiodol par exemple. L'anamnèse et l'aspect brillant de ces taches éviteront une erreur qui a été autrefois commise.

Il y a des fausses images granuleuses. On ne confondra pas avec les images « en nid d'abeilles » de Mantoux et Maingot, aires d'opacité plus ou moins homogène à centre clair et à contour plus ou moins régulier. Ces images le plus souvent contiguës à des spélonques traduisent la fonte cavernuleuse. Certains aspects granuleux et réticulés apparaissent sur des poumons normaux lorsque la pénétration n'est pas suffisante ou que la pose est trop longue.

Envisageons les conditions techniques favorables aux images granuleuses. Il y a intérêt à prendre deux séries de clichés : face et profil avec rayons mous ; face et profil avec rayons durs. Les clichés ne doivent *pas être surexposés.* Dureté des rayons, rapidité d'exposition éviteront deux causes d'erreurs.

1° Une image anormalement visible d'une trame pulmonaire normale.

2° Un faux granité dans certains processus pathologiques par addition de l'image pathologique vraie et de l'image anormalement visible de la trame : exemple dans certaines tuberculoses fibreuses où l'aspect granité apparaît ou disparaît suivant la dureté des rayons ou la surexposition des films.

L'interprétation d'un film radiographique qui présente des opacités granuleuses, nous oblige à connaître :

1° *Le mécanisme de la formation de ces ombres radiologiques ;*

2° *Jusqu'à quel point on peut, de l'aspect radiologique, conclure au substratum anatomo-pathologique.*

II. Mécanisme de la formation des images granuleuses. Signification topographique et anatomo-pathologique

Mécanisme de la formation. — *a*) On conçoit facilement que des lésions micronodulaires intra ou extra-alvéolaires, mais de densité suffisante, pourront donner aux R. X. des ombres granuleuses.

b) Sergent, Cottenot, Pommeau-Delille ont montré que par une construction géométrique simple, on peut expliquer aussi la formation radiologique d'un grain.

Supposons un contour lobulaire opacifié. (Ignorons actuellement les raisons possibles de cette opacification.) Si ce contour lobulaire que nous représentons par un trait épais est dans un plan perpendiculaire au rayon normal et plus ou moins parallèle au film, il se projettera sous forme d'une ombre linéaire. Si ce contour lobulaire opacifié se trouve au contraire pris d'enfilade, c'est-à-dire situé dans un plan parallèle au rayon normal et perpendiculaire au film, il se projettera sous la forme d'un grain qui représentera une vue axiale de ce contour lobulaire.

Ces deux conditions sont simultanément réalisées dans un poumon puisque le faisceau de R. X frappe à la fois plusieurs contours lobulaires, les uns perpendiculaires, les autres parallèles au film. L'ensemble donne l'aspect en « mailles de filet ».

c) Les parois lobulaires épaissies et opacifiées, situées à des niveaux différents, pourront en s'entrecroisant donner sur le film des grains, renforcements optiques qui répondront aux points de contiguïté.

d) Les espaces inter-lobulaires étant opacifiés, les ombres des angles du polygone que forme le lobule donneront par superposition des images granuleuses.

Lorsque le premier mécanisme jouera, les images granuleuses seront des *images réelles* et donneront, si elles sont en nombre suffisant, un *aspect granuleux radiographique pur.* Le grain sera l'ombre élémentaire, typique, superposée au réticulum de la trame. Lorsque les mécanismes *b*, *c*, *d* agiront, les *images seront virtuelles*, puisqu'elles répondront à des superpositions de lignes dans l'espace ou à une disposition géométrique des rayons et des parois lobulaires : le grain ne sera ici qu'une des deux figures élémentaires d'une image qui se composera de nœuds et de mailles. Atypicité, irrégularité des images seront les constantes radiographiques. Le grain est plus ou moins allongé et déformé. *L'aspect qui est autant réticulé que granuleux est constitué de faux grains.*

Signification anatomo-pathologique des images granuleuses. — On peut se demander si chaque type lésionnel histologique ne revêt pas un aspect radiologique typique. Essayons de répondre aux questions suivantes :

1) Où siège la lésion dont le grain est l'expression radiologique ?

2) Quelle est la nature du processus causal ?

3) Peut-on conclure au type histologique de la lésion d'après l'aspect radiologique ?

4) Peut-on parler d'activité et de potentiel évolutif de cette lésion ?

1) Le mécanisme (*a*) montre que la lésion peut siéger en dedans ou en dehors de l'alvéole pourvu qu'elle remplisse les conditions physiques de visibilité aux R. X. Les mécanismes *b*, *c*, *d*, font apel à une opacification des parois lobulaires qui peuvent être densifiées parce qu'un exsudat est déposé à l'intérieur de l'alvéole ou parce que cette paroi est elle-même le siège du processus pathologique. On ne peut donc conclure au siège alvéolaire, lobulaire, péri-lobulaire, tramaire. Certains ont voulu cependant, par l'analyse exacte des signes radiologiques, orienter ce diagnostic topographique : le contour polycyclique de l'opacité granuleuse, le groupement corymbique, la forme non sphérique, en massue, témoigneraient du siège lobulaire ; le dessin réticulé du siège péri-lobulaire et tramaire.

2) On ne peut de même préciser la nature du processus causal. L'opacification du contour lobulaire qui est la condition physique nécessaire pourra relever de causes inflammatoires aiguës ou chroniques, de modifications vasculaires, actives ou passives, d'états lymphangitiques aiguë ou chroniques. Troubles circulatoires et réactions cellulaires agiront donc dans le même sens.

3) Nous reviendrons sur la question de savoir si de l'aspect radiologique on peut identifier le type histologique lésionnel. Nous verrons à propos des granulies combien l'interprétation radiologique a été poussée dans ce sens. Retenons déjà que tous les travaux modernes sont d'accord pour admettre la difficulté d'une telle conclusion. Il y a d'ailleurs à côté de lésions de peu d'importance visibles aux R. X. des lésions de voisinage non visibles qui portent pourtant la signature histo-pathogénique de l'affection causale.

4) Y a-t-il des signes qui plaident en faveur de l'activité et du potentiel évolutif de la lésion ? L'opacité plus ou moins intense du granité distinguerait l'exsudation simple des réactions alvéolaires très marquées, la caséification ou la tendance fibreuse. Le contour net indiquerait la limitation du foyer ; le dessin immuable et permanent, l'organisation fibreuse. Plus importantes nous paraissent les lésions concomitantes; leur allure destructive témoigne d'un haut potentiel évolutif tandis que la présence de grains crétifiés, de bandes de sclérose, de pachypleurite, de scissurite, traduit une tendance spéciale de l'organisme à l'immobilisation des lésions par réaction constructive et proliférative.

Les constatations que nous venons de développer expliquent combien nombreux seront les états respiratoires qui présenteront à l'examen radiographique des images granuleuses. L'étude de ces états respiratoires ne permet-elle pas de pousser plus loin l'analyse et d'arriver, grâce à l'ensemble des signes radiologiques, à la description de véritables *entités radiologiques ?*

III. Etats pulmonaires au cours desquels la radiographie montre des images granuleuses

Pneumopathies tuberculeuses. — *Granulies pulmonaires tuberculeuses.* — On peut d'une façon schématique et synthétique (travaux de Letulle, Bezançon, Braun, Delarue) envisager actuellement les granulies pulmonaires aiguës ainsi :

Au point de vue anatomo-pathologique, pas d'individualité histologique. L'appellation repose sur la *morphologie* des lésions, microformations multiples réparties à tout le champ pulmonaire. Ces lésions ne diffèrent en rien, si ce n'est par leurs dimensions, de celles que l'on retrouve au cours des autres formes de la tuberculose pulmonaire. Les lésions productives (folliculaires ou fibreuses) sont interstitielles ou intra-alvéolaires. Au point de vue pathogénique, l'origine hématogène est généralement admise. Au point de vue clinique, le caractère évolutif des lésions conditionne la forme clinique.

1° La vraie granulie d'Empis est rare et coïncide avec une dissémination des follicules tuberculeux généralisée à tout l'organisme.

2° Les formes suraiguës, suffocantes, asphyxiques sont des alvéolites et des broncho-alvéolites à lésions exsudatives. Elles constituent la « tuberculose miliaire » des poumons.

3° Les formes subaiguës plus ou moins généralisées montrent à l'autopsie des lésions exsudatives, folliculaires et fibreuses.

4° Il y a des formes localisées, lobaires, uni-latérales, des formes curables, des formes discrètes, des poussées granuliques autour de vieilles lésions.

5° Il y a des formes chroniques (Burnand, Sayé 1924, Hautefeuille) rares qui se caractérisent : par une évolution chronique avec des signes toxémiques atténués, état subfébrile ou apyrétique, signes fonctionnels peu marqués, signes physiques discrets, guérison par fibrose ou transformation en forme ulcéro-caséeuse ; une poussée granulique aiguë est parfois l'épisode final. A l'autopsie les lésions sont polymorphes et entièrement remaniées, il y a des nodules miliaires interstitiels ou alvéolaires, des productions caséeuses, fibreuses, des petites cavernes. Au point de vue pathogénique la granulie froide serait une tuberculose lymphogène.

Etude radiologique des granulies pulmonaires. — *Granulies aiguës.* — Delarue dans sa thèse a étudié admirablement l'aspect radiologique des granulies aiguës. On ne saurait mieux faire que résumer à grands traits ses idées. Il ramène les différents aspects radiologiques à 4 types principaux :

1° Les deux champs pulmonaires sont criblés de grains opaques, tous semblables et circulaires, également répartis partout. Ces fines opacités paraissent confluer par endroits et leur limite est imprécise. On peut aussi voir par ailleurs ces micronodules bien séparés les uns des autres, leur contour est particuliè-

rement net dans la clarté environnante. Cette différence d'aspect suivant le point considéré est toute artificielle et s'explique par la différence d'épaisseur du parenchyme.

2° Même dissémination, totale, bilatérale, mais les grains opaques sont plus volumineux et plus foncés. A la loupe, ces opacités sont de tailles inégales ; leur contour est plus ou moins arrondi, polycyclique ; leur forme bilobée, en rosette ; on dirait que trois ou quatre nodules sont conglomérés. Le contour n'est pas très net et ne tranche pas sur la clarté environnante, l'opacité semble « délavée », le centre est sombre et entouré d'une auréole floue.

3° L'irrégularité et le peu de netteté des contours sont encore accentués. Les opacités sont plus volumineuses, plus confluentes, polylobées. La clarté pulmonaire persiste dans l'espace qui les sépare.

4° Voile diffus des deux plages pulmonaires. Cette obscurité n'est pas homogène, mais présente un aspect « sablonneux », finement grenu. A la loupe, on voit d'innombrables grains minuscules juxtaposés.

Quelques remarques d'ordre général compléteront ces aspects bien décrits par Delarue. L'image radiologique peut précéder de plusieurs jours les signes cliniques qui orienteront vers le diagnostic de granulie. On assiste quelquefois à la dissémination totale des images miliaires. L'aspect est d'emblée bilatéral mais à prédominance unilatérale ; très rapidement la répartition est totale. Cette éventualité frappe lorsque la granulie apparaît deux ou trois mois après un épisode pulmonaire qui a placé le sujet sous la surveillance médicale, après une pleurésie par exemple. Au cours d'un examen radiologique de contrôle, sur le cliché d'innombrables images granuliques sont visibles du côté opposé en général à celui où siégeait l'épisode pathologique alors que ce côté montre des images beaucoup moins nombreuses. Le radiologiste dit granulie, le médecin traitant est sceptique... Quinze à trente jours après, le sujet s'alite et meurt au milieu du tableau de la granulie aiguë classique.

L'aspect radiologique une fois constitué peut rester immuable ou bien les premières lésions deviennent de plus en plus apparentes ; de nouveaux essaimages se superposent aux précédents. De nombreuses opacités confluent ; des images cavernuleuses apparaissent. Lorsque la granulie revêt l'allure d'une maladie primitive chez un sujet dont le passé pulmonaire n'a pas attiré l'attention, l'aspect radiologique granulique résume à lui seul toutes les ombres anormales. Si la granulie apparaît chez un tuberculeux avéré et reconnu, les images granuliques sont juxtaposées aux anciennes lésions plus ou moins remaniées. Dans les deux cas, le film exprime parfaitement que l'opacité miliaire est venue réaliser un aspect propre, typique, homogène et essentiel.

L'interprétation radiologique de la granulie a suivi les idées qu'on a eues sur la pathogénie de cette affection. Au début de l'ère radiologique, à la lumière de la conception d'Empis et de ses successeurs, on disait : les micronodules du film traduisent l'éclosion hématogène des formations folliculaires. La réalité des formes discrètes, curables, des poussées granuliques s'imposa peu à peu. On tira des déductions anatomo-pathologiques. L'aspect « sablonneux », finement grenu, caractérisait, disait-on, les lésions exsudatives ; l'ombre délavée à bords flous débordant celle des opacités voisines, était produite par des nodules caséeux entourés d'exsudation alvéolaire ; l'ombre plus petite, plus claire mais à bords nets, répondait à un nodule enkysté. La lésion productive se distinguait par la netteté de son contour, la régularité dans les dimensions de son image. On a vite conclu à la voie d'apport du bacille. On a dit : l'aspect radiologique de lésions exsudatives signe l'origine bronchogène ; celui des lésions productives, l'origine hématogène.

Nous savons combien il est difficile de conclure de l'image radiologique à la nature histologique d'une lésion. Quand on regarde après autopsie les poumons d'un sujet mort de granulie, on est frappé du nombre incalculable de granulations miliaires au sein du parenchyme pulmonaire. Un espace, si petit soit-il, ne semble pas avoir été épargné. Pourquoi ne voit-on pas dans ces conditions un voile homogène et dense à la radiographie ?

Dans les *syndromes granuliques localisés* on retrouve deux aspects radiologiques soit un semis d'images granuleuses semblables groupées en plages de dimensions limitées, soit un semis d'images polymorphes et de teintes différentes. Ces deux aspects sont conditionnés par l'âge des lésions ; le premier répond à des lésions fraîches et de début, l'autre à des lésions anciennes.

Granulies froides. — Le film des états respiratoires étiquetés granulies froides présente les caractères suivants :

Les deux champs pulmonaires sont recouverts de fines lignes ponctuées de petits nodules plus ou moins irréguliers ; tous ces éléments se disposent de préférence en deux éventails symétriques de centre hilaire et occupant plus ou moins la presque totalité des deux plages. *Les images droites et gauches ne sont pas identiques.* L'examen attentif à la loupe donne l'impression d'un granité généralisé. Si on peut suivre l'évolution de cette maladie, peu à peu on voit apparaître un voile léger qui recouvre le sommet et les zones marginales ; vers le hile les taches sont plus grosses ; à un stade plus évolué, des images de destruction ou au contraire de construction se montrent : bandes de sclérose, scissurite, pachypleurite, nodules fins fibro-crétacés.

Les granulies ne sont pas les seules formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire dont l'aspect radiologique est granuleux, il faut citer certaines *broncho-pneumonies tuberculeuses nodulaires diffuses* et certains *états de surinfection accentuée.*

Les épisodes hémoptoïques du poumon collabé et des *tuberculoses fibreuses* sont suivis d'un granité radiologique plus ou moins généralisé au parenchyme. On a cru que la dissémination par voie bronchique dans les parties saines du sang venant du foyer tuberculeux hémorragique en était la cause. Austrian et Willis ont conclu après injection de sang dans les poumons de chiens anesthésiés que ce sang n'est pas visible aux R. X. L'image granitée ne traduit pas la présence de sang dans les alvéoles mais une réaction alvéolaire (D'Hour et Béra) consécutive à l'hémopty-

sie et probablement de nature bacillaire. Il est indiscutable qu'il y a cependant une relation entre l'image granuleuse et l'hémoptysie ; *la tuberculose fibreuse* hémoptoïque présente cette image et cela de façon permanente en dehors des épisodes hémoptoïques qui se produisent suivant un rythme particulier. Du point de vue radiologique cette forme de tuberculose fibreuse faiblement évolutive (Bezançon, Braun et Duhamel) se caractérise par une diminution générale de la clarté pulmonaire, la présence de bandes rectilignes de sclérose, un aspect granité des plages pulmonaires, de fines lignes comme dessinées à la « pointe du crayon » et disposées en éventail autour des hiles. Les grains sont disséminés ou plus confluents suivant les points considérés du parenchyme. Il y a aussi d'autres signes radiologiques importants de symphyse pleurale, d'interbolite, d'attraction du médiastin. La régression de l'image réticulo-granuleuse et la réapparition de la clarté sont possibles.

Tramite et périlobulite : expressions radiologiques de la tuberculose latente et interstitielle, se révèlent aux R. X. par un granité de l'image. La tramite décrite en 1922 par Bezançon se traduit par une diminution de la clarté pulmonaire, un aspect fait de petites images allongées, groupées ou isolées et appendues sur des bandes intriquées en damiers. La périlobulite individualisée par Sergent en 1929 est un processus identique à celui de la tramite s'étendant aux espaces interlobulaires. L'image de périlobulite est une accentuation du réseau interstitiel et dessine des mailles de filet polygonales plus qu'arrondies, de dimensions à peu près égales ; en dedans et en dehors des mailles, la transparence du parenchyme est la même. Tramite et périlobulite, dont les lésions folliculaires constituent le substratum anatomique que suivent ou précèdent les réactions exsudatives, aboutissent à la caséification, à l'ulcération, se compliquent de réactions inflammatoires ou congestives plus ou moins durables ; la sclérose peut en être le terme final.

Les états séquelles tuberculeux sont souvent apparents sous forme de plusieurs images micronodulaires groupées ou disséminées (grenaille), très denses, homogènes, à contours nets, plus ou moins stellaires.

L'infiltrat précoce sous-claviculaire se présente dans certains cas formés de nodules de taille variable ou bien d'un aspect réticulé semblable à la périlobulite.

Pneumopathies non tuberculeuses. — *La pneumonie cancéreuse* est une forme du cancer primaire du poumon, où les cellules cancéreuses remplissent les alvéoles. L'infiltration d'abord localisée en plusieurs centres, diffuse aux alentours, on ignore le point de départ bronchique ou alvéolaire.

Deux aspects radiologiques sont réalisés à la période d'état.

a) Celui bien décrit par Lenck et Mudroch, opacité lobaire comparable à celle de la pneumonie.

b) L'autre, décrit par Schmöller, opacité semblable à celle que donnent les nœuds granuliques ; ces derniers, quoique mal délimités, sont aussi nombreux que dans la granulie. Emile Sanda a repris dans la Presse Médicale (1935) l'étude radiologique de la pneumonie cancéreuse. L'image décrite par Schmöller lui paraît la plus caractéristique ; ombre diffuse, semi-dense, et image de fines mailles de filet.

La carcinose miliaire aiguë : la radiographie montre *une quantité de granulations plus ou moins importantes*, de dimensions variables, miliaires, lenticulaires, nodulaires, confluentes vers les hiles, plus rares à la périphérie. Les granulations tuberculeuses et cancéreuses se différencieraient (Gloor et Walther) d'après leur répartition topographique ; l'élément cancéreux prédominerait aux hiles et aux bases, la granulation tuberculeuse est uniformément disséminée bilatérale. L'inégalité de dimensions des nodules néoplasiques nous paraît un caractère distinctif beaucoup plus important.

Costedoat, Codvelle et quelques auteurs ont publié des cas de *lymphangite aiguë pulmonaire cancéreuse*, complication par généralisation lymphatique secondaire, d'un cancer gastrique ou utérin. L'image radiologique était aussi réticulo-granuleuse.

La granulie pulmonaire syphilitique. — La syphilis granulique vraie serait l'aboutissant possible d'une évolution syphilitique du poumon et ressemblerait aux granulies terminales de la tuberculose. A un certain stade apparaîtraient de multiples gommules miliaires par oblitération vasculaire et nécrose circonscrite consécutive. Nous possédons de rares renseignements radiologiques, on retrouve sur le film des images granuliques noyées dans les lésions polymorphes qui caractérisent la syphilis pulmonaire.

Les scléroses nodulaires du poumon non tuberculeuses. — Nicaud a observé un cas où la radiographie décela un aspect granité et l'autopsie une sclérose nodulaire d'étiologie indéterminée. Les coupes histologiques révélèrent des lésions d'alvéolite oblitérante à tendance fibreuse.

La silicose pulmonaire. — La radiologie a complètement transformé ce chapitre de la pathologie respiratoire ; elle a rendu possible par un diagnostic précoce la guérison en écartant de l'atmosphère toxique les sujets exposés par leur profession ; elle a permis de mieux saisir l'envahissement progressif du parenchyme pulmonaire par les poussières nocives et contribué ainsi pour une large part à connaître la pathogénie.

L'école de Sergent en France a publié de nombreux travaux à ce sujet, récemment le Dr Emiliano Eizaguirre de Saint-Sébastien y a consacré une étude pathogénique et clinico-radiologique dans les *Archives de l'appareil respiratoire.*

Les particules de poussières en pénétrant dans les alvéoles provoquent une réaction alvéolaire légère. Certaines cellules pariétales qui font partie du S.R.E. appelées « cellules à poussières » à cause du rôle qui leur est dévolu, vont se diriger vers les ganglions intrathoraciques en suivant les voies lymphatiques. Sur leur trajet elles donneront aux points d'arrêts des réactions inflammatoires d'autant plus accentuées que l'accumulation de ces cellules augmentera. Ces conditions physiopathologiques nouvelles entraîneront la formation d'un nodule, le « pseudo-tubercule de Maurogordato », zone centrale de tissu d'aspect hyalin entouré d'une épaisse couche de tissu conjonctif. La fibrose sera le terme ultime de ces réactions cellu-

laires, elle sera progressive puisque la stase lymphatique retarde à son tour la migration des cellules à poussières qui se chargeront davantage chaque jour de la silice des alvéoles. Les phénomènes inflammatoires iront de pair en croissant. Trois degrés radiologiques :

1° Premier stade : accentuation des ombres ganglionnaires et bronchovasculaires hilaires. Existence de fins tractus qui suivent les trajets des vaisseaux. Présence de quelques petites granulations disséminées et d'aspect compact.

2° Deuxième stade : image granulique constituée d'innombrables unités nodulaires disséminées dans les champs et variant des dimensions d'une tête d'épingle à celles d'un petit pois.

3° Troisième stade : les lésions se sont encore multipliées, elles confluent, mais il y a en plus de vastes zones d'ombre denses, homogènes, en bandes ou en nappes surtout localisées aux régions moyennes des deux poumons. Peu à peu apparaissent des adhérences pleurales et des attractions diaphragmatiques.

Le premier degré répond à l'accumulation des cellules chargées de poussières dans les voies lymphatiques d'où opacification partielle des espaces interstitiels par les modifications circulatoires qui s'ensuivent. Le deuxième répond à la formation des tubercules de Maurogordato et à la fibrose consécutive. L'apparition des images miliaires découle de deux raisons, l'une anatomique, l'autre physique. Ce n'est pas la silice qui est visible. L'opacité résulte de la fibrose qu'entraîne la formation des tubercules. La fibrose progressive donne ainsi à ces formations qui préexistent à l'état microscopique un volume et une densité suffisants pour qu'elles deviennent visibles aux R. X. Si des particules métalliques sont mélangées aux poussières siliceuses inhalées, elles accentueront en densité et en volume les représentations radiographiques. Si l'atmosphère dans laquelle travaillent les ouvriers est pauvre en silice ou que dans la composition entre du charbon et de l'argile (mineurs, tisseurs, potiers, travailleurs de l'amiante) ce mélange aurait une action protectrice et du point de vue radiologique on en trouverait l'expression dans la moindre densité et la limitation dans la dissémination des nodules et de la sclérose.

La confluence, la multiplication des petites lésions de sclérose intralobulaire qui essaimées dans le parenchyme étouffent les alvéoles, constituent le troisième degré.

La Maladie de Besnier-Boeck est une affection généralisée à allure dermatologique avec des lésions cutanées érythémateuses, violacées, infiltrées, mollasses et des nodules. Tout le système ganglionnaire peut être envahi : ganglions trachéo-bronchiques, poumons, foie, reins.

La radiographie pulmonaire est quelquefois caractéristique : une multitude de petites granulations disséminées dans les deux poumons réalise un aspect granulique typique. Quelques tractus flous relient les nodules.

A l'autopsie Jorgen et Schaumann de Stockholm, Bernterna de Gröningen ont trouvé le tissu pulmonaire parsemé de nombreux foyers compacts du volume d'un grain de millet à celui d'un grain de chenevis et répondant aux images nodulaires de la radiographie. Ces foyers siégeaient dans les septa interalvéolaires, autour des vaisseaux, certains étaient intra-alvéolaires. L'analyse microscopique identifia une réaction cellulaire de nature réticulo-endothéliale.

Pneumopathies aiguës à type granulique. — Deux processus différents nous paraissent capables de réaliser l'aspect granité de certaines pneumopathies aiguës. Dans le premier cas, les lésions alvéolaires et broncho-alvéolaires, par leur nombre, leurs petites dimensions donnent des images granuleuses, par exemple l'image radiographique des *bronchopneumonies nodulaires* est connue depuis longtemps. Les foyers multiples se traduisent par des taches arrondies de la grosseur d'un grain de mil, groupées par territoires à droite et à gauche et disposées au milieu du réticulum renforcé des ombres de la trame. Le nettoyage radiographique suit la guérison.

Dans le deuxième il faut incriminer les troubles de la circulation pulmonaire que nous développerons au chapitre suivant. Ce mécanisme doit agir dans les *pneumopathies grippales* où les phénomènes congestifs sont importants ; au décours de certaines pneumonies, dans ce cas l'aspect réticulé et granuleux prédomine du côté de la pneumonie.

D'après Assmann de nombreuses infections banales donnent un tel aspect et passent inaperçues si on ne fait pas systématiquement des clichés pulmonaires.

Troubles cardio-vasculaires pulmonaires et images granuleuses. — Tous les états congestifs sont suceptibles de réaliser l'image granulique : congestions, spléno-pneumonies chroniques, états respiratoires suivant certaines maladies infectieuses, coqueluche par exemple. Dans ce chapitre, nous aurons surtout en vue les modifications de l'image radiographique pulmonaire à la suite de troubles cardio-vasculaires.

La stase veineuse du rétrécissement mitral et de la défaillance cardiaque accentue les ombres bronchovasculaires et réalise un aspect réticulé et granuleux qui s'étend en éventail vers la périphérie. La silhouette cardiaque anormale signe le diagnostic (Laubry, Chaperon, Thomas).

Cardiopathies congénitales, syndrome d'hypertension de l'artère pulmonaire, artérites pulmonaires s'accompagneront aussi quelquefois d'un renforcement des ombres de la trame dont la visibilité est plus grande. Un fin réticulum et des images granitées prolongent les hiles. Il est rare que l'aspect réticulé et granuleux s'étende également aux deux champs pulmonaires du sommet à la base.

Roubier et Plauchu (Archives médicales de l'appareil circulatoire 1934) ont signalé une forme radiologique de l'*œdème pulmonaire*, des *cardiorénaux* qui soulève un point de pathogénie assez curieux. D'après ces auteurs, les cardiaques azotémiques sont les seuls à présenter ces images radiographiques et diffèrent en cela des cardiaques purs.

1° Aspect pommelé, floconneux surtout du poumon droit, occupant les deux tiers inférieurs des champs, mais épargnant la périphérie des hémithorax.

2° Voile diffus, peu foncé, à limites indécises, à la loupe un fin piqueté analogue au premier abord à celui de la granulie. Sommets et bases sont respectés.

IV. Interprétation radiologique et valeur diagnostique des opacités granuleuses

Résumons les points jusqu'ici acquis :

1° Les images granuleuses sont de constatation banale au cours d'états respiratoires divers. Une revue d'ensemble de ces états montre que d'une façon schématique, en se plaçant du point de vue de la morphologie de ces images, de la place qu'elles occupent dans les champs pulmonaires, de l'homogénéité de l'aspect d'ensemble, deux types radiologiques sont susceptibles d'être réalisés :

a) Un semis granuleux *homogène*, généralisé, rarement localisé ;

b) Un semis granuleux *polymorphe*, localisé ou généralisé, constitué :

Soit d'images *granuleuses dissemblables ;*

Soit d'un aspect *plutôt réticulé que granuleux* (aspect en mailles de filet de Sergent et Cottenot) ;

Soit d'un aspect résultant d'*images dissemblables et du complexe réticulo-granuleux.*

2° Le mécanisme de formation des images granuleuses montre d'autre part qu'il y a des images réelles et des images virtuelles (faux grains). Or les images réelles répondent aux affections où le substratum anatomique est une réaction cellulaire intra ou extra-alvéolaire aboutissant à la formation de *lésions micronodulaires ;* les images virtuelles aux affections qui donnent, soit par les édifications cellulaires, soit par les troubles circulatoires qu'elles entraînent, une *densification et opacification* de la trame. Souvent réactions cellulaires micronodulaires et modifications de la trame vont de pair et expliquent les aspects complexes.

3° En se plaçant d'un point de vue *pratique*, on peut dire que : les semis granuleux généralisés sont d'autant plus homogènes (images grossièrement semblables, de teintes sensiblement égales et caractère primordial, réparties uniformément de façon identique à droite et à gauche) et purs (images réelles) qu'ils répondent à un processus causal qui a été *soudain*. Ces données s'appliquent aux semis localisés. Les semis polymorphes (images dissemblables) et surtout les aspects réticulo-granuleux qu'ils soient généralisés ou localisés se voient au cours des processus qui agissent plus lentement.

4° On ne peut du type radiologique conclure indiscutablement à la nature du processus pathologique. Il n'y a pas d'entités radiologiques, la radiologie ne pouvant donner que des signes purement physiques.

Le radiologiste doit, dans son interprétation, rester objectif. Il s'attachera à l'étude de la morphologie de l'élément granuleux, à définir sa répartition dans les champs pulmonaires et *le caractère d'homogénéité de l'ensemble des images.* Il essaiera d'analyser exactement le complexe d'images surajoutées et juxtaposées qu'il pourra constater. Il conclura au type granuleux total ou partiel, homogène ou polymorphe, par grains ou faux grains (renforcements optiques, recoupements de trame).

C'est au médecin chargé du diagnostic final que revient la tâche de conclure par la confrontation des résultats cliniques et radiologiques si les opacités granuleuses constatées sont des images granuliques, miliaire, etc... et sont l'expression radiologique des lésions des granulies tuberculeuses ou des pseudo-granulies. D'ailleurs ce diagnostic final d'identification s'orientera facilement à condition de ne pas méconnaître les modalités diverses de formation des ombres radiologiques. Un seul cas nous paraît difficile. Il n'y a pas de signes cliniques nets, le film montre un semis granuleux *généralisé.* Ces signes radiologiques précèdent le tableau d'une granulie aiguë. Il faut alors envisager, d'une part, la granulie aiguë et le pronostic qu'elle entraîne et, d'autre part, la granulie froide et les états respiratoires à évolution chronique qui, eux aussi, donnent aux R. X des images voisines : pneumokonioses en particulier, tuberculose fibreuse hémoptoïque, troubles circulatoires d'origine cardio-vasculaire. Une interprétation radiologique exacte, s'appuyant sur un examen aux R. X. présentant toutes les garanties, permet d'éviter le plus souvent les causes d'erreurs. L'image des granulies aiguës d'origine tuberculeuse, si elle ne constitue pas une entité radiologique au sens strict du terme, est en réalité, nous l'avons vu, différente de celle que l'on a pu décrire dans les cas étiquetés granulies froides, ou au cours de certains états respiratoires chroniques. Dans la granulie pulmonaire aiguë, l'aspect granuleux est pur, généralisé et homogène malgré les quelques différences morphologiques de l'image granulique. Dans les cas décrits comme granulies froides, l'étude du film révèle un dessin plutôt réticulé, le fond est gris, les grains sont dissemblables ; les images droites et gauches ne sont pas identiques ; à la loupe cette différence s'accuse, il y a des lésions prolifératives concomitantes ; l'aspect d'ensemble a un caractère granuleux, atypique et polymorphe qui se différencie de celui de la granulie aiguë vraie ou de la tuberculose miliaire, l'homogénéité de l'image étant le caractère essentiel de ces dernières affections. D'ailleurs cet aspect granuleux atypique se retrouve dans la périlobulite, la tramite, la tuberculose fibreuse hémoptoïque, la silicose, la maladie de Besnier-Boeck, les troubles pulmonaires d'origine circulatoire. Granulies froides et granulies aiguës n'ont donc que des images radiologiques voisines, leur processus pathologique semble d'ailleurs différent. A la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, en juin 1934, de nombreux auteurs, étonnés du nombre sans cesse croissant de cas de granulies froides publiés, ont essayé de définir ce terme. C'est une forme très rare de la phtisie chronique (Burnand et Sayé); tuberculose de surinfection endogène, d'origine lymphogène, elle diffère du point de vue pathologique de la granulie vraie ; ce serait une étape de la phtisie qui conduirait à la tuberculose ulcéro-caséeuse commune ou pourrait se transformer en granulie vraie. Ceci expliquerait le polymorphisme des lésions constatées. Il n'y a pas lieu de créer une nouvelle entité radio-clinique à côté de la granulie aiguë. A cette opinion se sont ralliés Léon Bernard, Sergent,

Dufourt, Braun, Foix, Le Bourdellès. Pour Sergent c'est une périlobulite généralisée. Chaumet se basant sur l'aspect radiologique réel et la notion de l'importance des voies lymphatiques au cours de la tuberculose fait de la granulie froide une tramite ; les grains opaques sont des grains virtuels causés par la superposition des lignes de la trame dans l'espace et des grains réels formés par de petits foyers d'alvéolite parcellaire et des nodules fibreux. Ainsi s'explique l'atypicité de l'image granuleuse ; d'ailleurs les examens radiologiques en série montrent une transformation des lésions. La granulie froide répondant au syndrome de Burnand et Sayé est un diagnostic d'exception à n'admettre que lorsqu'on aura éliminé toutes les autres affections respiratoires qui se caractérisent au point de vue radiologique par un lacis réticulé.

Conclusion

Nous nous sommes efforcé au cours de cet exposé à juxtaposer les ombres portées par les R. X et les lésions dont elles semblent être l'expression. S'il n'y a pas d'entités radiologiques, l'examen attentif des clichés permet cependant d'orienter le diagnostic final à condition de grouper d'une façon précise tous les éléments radiologiques. Mais que « les phénomènes optiques générateurs d'illusions » nous gardent d'une logique sans critique ! Quelle que soit l'évolution actuelle du problème des granulies, le vrai syndrome granulique aigu généralisé aux deux champs pulmonaires reste rare et ses formes curables exceptionnelles !

CONGRÈS DE LA FÉDÉRATION DES EXTERNES ET ANCIENS EXTERNES DES HOPITAUX DE PARIS

Lille, 24, 25, 26 avril 1937

Le Congrès de la Fédération des externes et anciens externes des hôpitaux de France s'est tenu à Lille avec un plein succès et un nombre de participants inconnu jusqu'à ce jour, sous la présidence de M. le professeur E. Duhot, président de l'Association de Lille et du Comité d'organisation.

Etaient représentées par des délégations nombreuses les Facultés de Paris, Lyon, Marseille, Bordeaux, Toulouse, Montpellier, Strasbourg, Nancy, Lille et les Ecoles de Médecine de Nantes, Reims, Besançon.

Les rapports ont été présentés par M. Pilla, de Strasbourg, sur « l'Ordre des médecins », et M. Gallavardin, de Lyon, sur « Tuberculose et Externat ».

Ont été adoptés les vœux suivants :

1° Que les externes des hôpitaux nommés au concours dans les Facultés et Ecoles de médecine munis de 16 inscriptions et ayant accompli deux années de service hospitalier soient admis à faire des remplacements médicaux, comme le sont actuellement les internes des hôpitaux et hospices de villes qui ne sont pas forcément sièges de Faculté ou Ecole, et comme le sont les étudiants en médecine à 20 inscriptions n'ayant ni passé de concours, ni accompli de service hospitalier.

2° Que soit assurée la protection des titres hospitaliers (interne, externe nommés au concours dans les Facultés ou Ecoles de médecine), mesure rendue plus urgente par la multiplication des cliniques et hôpitaux privés dont les assistants prennent les mêmes titres sans concours ni contrôle, alors que devrait leur être attribué le titre d'étudiant résident.

3° Que soit définitivement votée la proposition de loi sur l'Ordre des Médecins adoptée par la Chambre, modifiée par le Sénat et votée par lui en seconde lecture sur le rapport de M. le sénateur Gadaud, au cours de l'année 1935.

4° Que, suivant une modalité analogue à celles qui dès maintenant sont réalisées à Paris, Lyon, Marseille, Bordeaux, Strasbourg et Nantes, les externes des hôpitaux atteints au cours de leur service hospitalier, d'accident ou de maladie contagieuse y compris la tuberculose, obtiennent gratuitement l'hospitalisation ou la cure sanatoriale, ou s'ils sont soignés par leurs propres moyens, une indemnité compensatrice.

Ce vœu a tout particulièrement retenu l'attention du Congrès : à l'heure où les lois sociales concernant la protection du travail se multiplient dans toutes les professions, à l'heure où s'élabore un statut du personnel soignant et servant des hôpitaux qui comporte ces dispositions, il apparaît entièrement légitime et hautement désirable que les externes et internes des hôpitaux soient l'objet des mêmes préoccupations.

Ces mesures ont pour corollaire les examens radiologiques à l'entrée déjà appliqués aux fonctionnaires des Administrations publiques et l'application de diverses mesures de prophylaxie également étudiées par le Congrès.

L'arrêté de M. le Directeur général de l'Assistance publique de Paris, en date du 29 juillet 1936, complétant les dispositions antérieures sur les maladies ouvrant droit en faveur des externes et internes des hôpitaux à la garantie des risques professionnels, vient d'y incorporer la tuberculose.

Les commissions des hospices et hôpitaux de Lyon, Bordeaux, Marseille, Strasbourg et Nantes, soit directement, soit par l'intermédiaire de caisses mutualistes, ont assuré à leur personnel médical les mêmes avantages.

Il importe que cette mesure, dont toutes les répercussions sont désormais bien établies, soit rapidement généralisée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1937)

Deux cas d'hémoglobinurie paroxystique. Difficultés du diagnostic clinique et hématologique. — MM. Brulé, Hillemand, Gaube. Le premier malade ne fut observé qu'au cours de poussées d'ictère, alors que la phase d'hémoglobinurie avait cessé, sans attirer l'attention du sujet. Le deuxième malade avait été réformé pour paludisme et néphrite hématurique. Il était syphilitique. En pratiquant la réaction de Donath et Landsteiner, l'épreuve se montra toujours positive. La résistance globulaire était normale en maintenant les hématies à 37° pendant toutes les recherches. Cela est d'importance chez certains hémoglobinuriques, le moindre refroidissement fragilise de suite les hématies. En résumé, il existe une différence essentielle entre l'hémolyse avec fragilité globulaire des ictères hémolytiques vrais et l'hémolyse par action plasmatique de l'hémoglobinurie paroxystique.

Tuberculose de généralisation non miliaire chez un adulte. — MM. E. Bernard, Thieffry et Gauthier-Villars. Femme de 42 ans atteinte d'une tuberculose avec généralisation à presque tous les viscères et aussi à presque tout le système ganglionnaire. Les ganglions abdominaux étaient si volumineux qu'on crut à une tumeur de l'esto-

mac. Il ne s'agissait pas d'une tuberculose miliaire. Tous les nodules avaient la même évolution. Toutes les lésions étaient histologiquement folliculaires et riches en B. K. Cette forme évoque la tuberculose expérimentale type Villemin.

Ostéomalacie grave non influencée par l'ingestion de vitamine D, mais améliorée par l'administration de vitamines A et D en injections intra-musculaires. — M. DECOURT.

Polyradiculonévrite curable avec dissociation albumino-cytologique chez un tuberculeux pulmonaire évolutif. — MM. RECORDIER et BOUDOURESQUE (Marseille). Dans les antécédents du malade on trouve une tuberculose pulmonaire il y a 4 ans, encore en évolution. Les signes nerveux ont régressé ; l'évolution de la tuberculose est moins favorable ; tandis que la polyradiculonévrite guérit, les signes pulmonaires entraînent la mort. Les observations de polyradiculonévrite curable ont une séméiologie comparable, semblant calquées les unes sur les autres. D'après leur caractère, il s'agirait d'un virus neurotrope spécifique dont certains facteurs peuvent favoriser l'action pathogène.

Exploration radiologique du thorax en profondeur par la méthode de la seriescopie. — M. COTTENOT. Cette méthode consiste à regarder plusieurs stéréoradiographies faites dans des conditions déterminées. L'auteur montre comment il a pu, grâce à son sélecteur cardio-respiratoire, faire servir ce procédé d'examen à l'étude des lésions du thorax, lesquelles constituent, semble-t-il, l'indication la plus intéressante de la seriescopie.

L'auteur montre les seriescopies de cavernes tuberculeuses, d'abcès du poumon, de lésions pleurales, indiquant combien, dans chaque cas, il est facile de préciser la forme, l'étendue et le siège des lésions et repérer la distance qui les sépare des plans superficiels et profonds.

Plusieurs membres de la Société, MM. SERGENT, E. BERNARD, AMEUILLE, KINDBERG, insistent sur l'intérêt et la grande valeur de cette méthode.

Lambliase biliaire : vomissements périodiques et troubles nerveux. — M. MORENAS (Lyon). Cas de lambliase biliaire chez un adulte, manifestée par vomissements périodiques avec altération de l'état général. Apparition ultérieure de troubles nerveux du type polynévritique. Guérison clinique, mais non parasitologique, par le stovarsol.

Danse hilaire. Etude radiokymographique. — MM. PEDRO et COSSICO (Buenos-Ayres).

Vélocité sanguine à l'effort. — MM. COSSIO, DEL CASTILDRO et COSSIO (Buenos-Ayres).

(SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1937)

Deux cas d'arthrite gonococcique grave de la hanche avec lésions osseuses (coxite). — MM. JACQUET, TURIAF, RUBENS-DUVAL et Mme CONGY. Deux cas d'arthrite coxo-fémorale avec douleurs atroces, gonflement péri-articulaire considérable, et volumineuses adénopathies inguinales et rétro-crurales. On put craindre une issue fatale à raison de la gravité des symptômes généraux. A la radio, apparition de pertes de substance cupuliforme de la tête fémorale et du rebord cotyloïdien. Il s'agissait de coxites gonococciques sous une forme grave. Dans les formes fébriles on ne peut tabler sur l'existence de gonocoques pour établir le diagnostic. La femme n'eut de gonocoques dans ses pertes qu'à la convalescence. L'homme, atteint de blennhorragie depuis 4 mois, ne présenta pas de gonocoques pendant la durée de son hospitalisation.

Etat cardiaque très grave chez une basedowienne méconnue. Thyroïdectomie. Guérison. — M. DONZELOT. Pour l'auteur, ce n'est pas, malgré l'insuffisance cardiaque, qu'il faut opérer les basedowiens, c'est à cause de cette insuffisance, car ce qui fait la gravité de la maladie de Basedow, ce sont les accidents cardiaques, ceux-ci devant être considérés comme dus à la sécrétion thyroïdienne viciée. Le docteur Donzelot en a apporté, en 1914, la preuve expérimentale.

Endocardite maligne prolongée à forme hépato-rénale. — MM. CHABROL et GALLET. Malade de 32 ans, soigné pendant 15 mois pour une tuberculose rénale, pour une néphrite urémigène, et chez lequel fut établi le diagnostic d'endocardite d'Osler à raison des poussées douloureuses de la rate hypertrophiée et par la découverte anatomique d'infarctus splénique. La valvule mitrale était relativement indemne, présentant seulement sur son bord libre deux nodosités d'endocardite verruqueuse du volume d'un pois. Les reins et le foie présentaient de grosses lésions interstitielles.

Ovaire et hémogénie. — M. BÉCLÈRE. Observation de purpura et de gingivorragies avec signes d'hémogénie chez une malade de 45 ans atteinte de fibromyome utérin avec ménorragies. Ces signes disparurent par la radiothérapie ovarienne. Un autre fait démontre l'origine ovarienne du purpura : malade ayant subi la castration radiothérapique, chez laquelle l'administration d'extrait ovarien après la disparition des accidents provoqua de nouveau du purpura.

Anévrisme volumineux de l'aorte descendante. — MM. PAULIAN, FORTINESCU et TUDOR.

Ponction sternale, méthode de choix pour la recherche des leishmanies. — M. TORANDO (Athènes).

Opérabilité des cancers de l'estomac avancés. — M. GUTMANN. Il ne faut pas considérer qu'une tumeur palpable soit une contre-indication opératoire. Enlevée la tumeur, le pronostic est impossible à poser. Dans les cas en apparence les moins favorables, on peut avoir de longues survies et même des guérisons.

Lymphogranulomatose maligne à début pulmonaire. Excavation du foyer pulmonaire et formation d'une caverne granulomato-tuberculeuse. Mort par tuberculose miliaire. — MM. JACOB, LEBLOIS et MAYER.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE SOLENNELLE ANNUELLE DU 8 JANVIER 1937)

Allocution du Président pour 1937, M. Planson.

Eloge d'Eugène Delaunay, par Clément Roche.

Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1936, par M. Etienne Bernard.

La fausse fracture du cotyle chez l'enfant et l'ischium varum. — MM. LAMY et J. VINCENT.

Guérison par la phagothérapie d'une ostéomyélite aiguë continuant à évoluer malgré trois opérations successives. — M. RAÏGA.

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1937)

L'arthrodèse du genou dans le traitement des arthrites rhumatismales invétérées. — M. Raphaël MASSART présente un film en couleurs naturelles montrant les différents temps opératoires : l'incision sus-rotulienne avec section du quadriceps, l'exposition large de l'articulation, la résection des adhérences fibreuses et des surfaces articulaires ulcérées (fémur, tibia, rotule, etc), puis la prise d'un greffon fémoral et sa mise en place pour réunir le fémur et le tibia et hâter la convalescence des surfaces articulaires réséquées.

Extirpation de la glande sous-maxillaire gauche pour lithiase salivaire. — M. CRESSON.

Trois cas de septicémies prolongées provoquées par le staphylocoque doré. — M. CRESSON.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 38. — MERCREDI 12 MAI 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — 2e CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury de ce concours est composé de MM. les docteurs Loeper, Levesque, Pagniez, Ameuille, Tinel, Sergent, Tixier, Ribadeau-Dumas, Sainton, Louis Ramond ; chirurgien : M. Picot.

Assistance médicale. — Jury du concours de médecin de l'Assistance médicale :

MM. Paraf (médecin des hôpitaux) ; Vigues (accoucheur des hôpitaux) ; Houlnick, Vallée, Jacobson, Viancin, Contet, médecins de l'assistance médicale.

Hôpital d'Argenteuil. — Le concours pour la nomination de 4 internes titulaires, à l'hôpital d'Argenteuil, a eu lieu le 20 avril et a donné les résultats suivants :

— Internes titulaires.

MM. Guillou : 46 pts ; Marinetti : 45 pts ; Renauld : 42 pts ; Gilbert : 37 points.

Ont été nommés internes provisoires :

MM. Vigneau : 35 points ; Patron : 34 pts.

Les questions posées ont été :

A l'écrit : a) Canal cholédoque, rapports anatomiques. — b) Complications de l'ulcère de l'estomac ; signes, évolution, traitement.

A l'oral : a) Le pneumothorax thérapeutique : indications, conduite et complications. — b) Conduite à tenir et traitement des fractures ouvertes des membres.

Hospices civils de Brest. — CONCOURS D'INTERNES EN MÉDECINE. — Trois places d'internes en médecine seront vacantes le 1er novembre 1937.

Le concours aura lieu le 11 octobre 1937, à 9 heures du matin, aux hospices civils de Brest.

Adresser demandes de renseignements et se faire inscrire avant le 26 septembre 1937, au Secrétariat des Hospices de Brest, 8 *bis*, rue Traverse.

Faculté de Médecine de Paris. — A partir du mercredi 19 mai 1937, les conférences de M. le docteur Richet, agrégé, s'adresseront aux étudiants de première année. Sujets : *Chaleur animale. — Sécrétion rénale.*

Faculté de médecine d'Alger. — Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 3 mai 1937, la chaire d'anatomie pathologique (dernier titulaire : M. Poujol) de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, est déclarée vacante.

Faculté de Pharmacie de Paris. — Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 30 avril 1937, la chaire d'histoire naturelle des médicaments simples d'origine végétale (dernier titulaire : M. Perrot) de la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, est déclarée vacante.

Médaille d'honneur de l'Assistance publique. — *Médaille d'argent :* MM. Gernez, Laine, Soleil, Vaesken (Lille), Véron (Montbéliard), Damas, Gassend, Romieu et Rougon (Digne), Jouve (Aiglun).

Médaille de bronze : MM. Dragon (Oraison) et Yves Bardet (Paris).

Ministère de la Santé publique. — Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à la maison de santé de Ilberdt (Bas-Rhin), par suite du départ de M. le docteur Arsimoles, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Ce poste doit être attribué à un médecin ayant connaissance de la langue allemande.

Ministère des Pensions. — Le docteur Sureau, secrétaire général de la Commission spéciale de classement des médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, bénéficiaires de la loi du 19 août 1933, communique la note suivante :

— *Postes déclarés vacants conformément à l'article 5 de la loi du 12 août 1933 et non encore pourvus :*

Ministère des Postes, Téléphones et Télégraphes. — Médecins de circonscription : banlieue parisienne : 2. Médecins consultant des comités régionaux : Montpellier : 1 ; Strasbourg : 1 ; Paris : 1.

Ministère de l'Air. — Médecins spécialistes : à Tunis : 1 médecin neurologue ; 1 médecin ophtalmologiste ; 1 médecin oto-rhino-laryngologiste.

Ministère de l'Education nationale. — Médecin-chef, Lycée Michelet ; médecin adjoint, Lycée Michelet ; médecin titulaire, Lycée d'Aix ; médecin adjoint, Lycée d'Aix ; dentiste adjoint, Lycée d'Aix ; médecin, Lycée de garçons de Marseille ; médecin-chef, Lycée de Nice ; médecin-chef, Lycée de Toulon ; médecin, Lycée de Vesoul ; médecin, Lycée d'Agen ; Lycée de Bordeaux : chirurgien consultant, stomatologiste, oto-rhino-laryngologiste, ophtalmologiste ; médecin, Lycée de Mont-de-Marsan ; médecin, Lycée de Coutances ; médecin, Lycée du Mans ; dentiste, Lycée de Clermont-Ferrand ; médecin, Lycée de Guéret ; médecin, Lycée de Chaumont ; médecin, Lycée de Troyes ; médecin, Lycée de Grenoble ; médecin adjoint, Lycée de Grenoble ; médecin, Lycée de Douai ; médecin, Lycée de Bar-le-Duc ; médecin, Lycée d'Epinal ; médecin, Lycée de Metz ; dentiste, Lycée de Châteauroux ; médecin, Lycée de Niort ; médecin, Lycée de La Rochelle ; médecin-chef, Lycée d'Angers ; médecin adjoint, Lycée d'Angers ; médecin, Lycée de Saint-Brieuc ; dentiste, Lycée de Cahors ; médecin, Lycée de Montauban ; médecin, Lycée de Tarbes ; dentiste, Lycée de Toulouse.

Ministère des Finances. — 2 médecins assermentés (administration centrale).

Ministère de l'Agriculture. — Médecin, dépôt d'étalons de Saintes ; médecin dépôt d'étalons de Compiègne ; vétérinaire à l'abonnement dépôt d'étalons de Lamballe ; vétérinaire à l'abonnement dépôt d'étalons de Pau ; vétérinaire à l'abonnement de Rosières-aux-Salins.

CHRONIQUE

L'EXPOSITION HOSPITALIÈRE DE LA FOIRE DE MILAN

La *Mostra ospedaliera*, qui s'est tenue en avril au cours de la foire de Milan, a remporté un succès très grand, dont il faut reporter le mérite au professeur Enrico Ronzani qui en fut le superintendant, et au comité d'organisation dont faisaient partie les professeurs Mosso, Pulcher, P. Piccinini, MM. Castelli, Portalupi et Visani.

A cette Exposition ont participé non seulement tous les hôpitaux italiens et le Vatican, mais aussi des établissements français et allemands.

En lisant la très intéressante vue d'ensemble que vient de publier le prof. Ronzani, nous pouvons nous faire une idée de l'importance de cette Exposition.

Si la participation de l'ALLEMAGNE fut importante, celle de la FRANCE ne le fut pas moins. Il suffit d'indiquer que le ministère de la Santé publique présentait les modèles des villages sanatoriaux, de nombreux sanatoriums et des instituts du radium.

L'Assistance publique de Paris était représentée par le nouveau Beaujon, la fondation Marmottan, l'hospice Raymond-Poincaré et le sanatorium G. Clemenceau.

A côté : l'hôpital Saint-Louis, l'Institut du Cancer de Villejuif, le Dispensaire de Lunéville, le Centre prophylactique de Strasbourg...

Enfin, de très belles vues d'ensemble sur les hôpitaux de Paris et les établissements de province.

Le VATICAN montrait l'hôpital des maladies infectieuses des enfants (Il Bambino Gesù, à Rome) et la colonie Marine Principessa Jolanda di Savoia à Santa Marinella.

L'Exposition de l'ITALIE était grandiose, comme nous pouvions nous y attendre après avoir visité récemment quelques-uns seulement des nouveaux établissements hospitaliers italiens.

A *Milan*, outre les instituts que nous avons récemment décrits, il faudrait signaler le sanatorium Vittorio Emmanuele III de la ville de Milan, à Garbagnase, les pavillons de spécialité de la rue Francesco-Sforza, l'Ecole professionnelle des infirmières, les instituts cliniques de perfectionnement, l'institut neurologique, etc...

A *Rome*, les hôpitaux, la Polyclinique, l'Hôpital d'isolement, l'œuvre splendide de l'Istituto Nazionale Fascista di Previdenza Sociale, qui, outre l'Institut C. Forlanini) que nous décrivions récemment, comprend 40 instituts de cure, 17 préventoriums, des villages sanatoriaux, etc., et 51 dispensaires antitrachomateux. Ajoutons encore les hôpitaux de l'assurance contre les maladies du travail, les maisons de cure privée, répandues sur tout le territoire, et nous aurons une idée de l'importance du réseau hospitalier de l'Italie.

L'Exposition contenait encore des stands consacrés aux hôpitaux de Turin, Gênes, Bologne, Pavie, Venise, pour ne citer que quelques-unes des vingt universités qui rivalisent non seulement au point de vue scientifique, mais aussi dans leurs efforts pour l'assistance aux malades et aux malheureux.

Nous devons féliciter le professeur Ronzani pour la belle démonstration qu'il vient de donner à Milan. C'est une magnifique préface au Ve Congrès international des hôpitaux qui doit se tenir à Paris du 5 au 11 juillet 1937.

F. L. S.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA SEINE

En cas de cessation de fourniture d'essence, les médecins de Paris et de la banlieue de la Seine sont priés de s'adresser à la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, 28, rue Serpente, à Paris (6e), Tél. Danton 93-42, qui leur donnera toutes indications utiles pour qu'ils puissent s'en procurer au titre médical.

L'INFLUENCE DE LA GRANDE VILLE SUR LA SANTÉ DES ENFANTS (1)

Par M. le professeur P. NOBÉCOURT

L'homme, comme tous les êtres vivants, n'est qu'une parcelle du Monde, du κοσμος. Tout ce qui est en dehors de lui constitue le *milieu extérieur* ; sa propre substance est son *milieu intérieur*.

Sa vie est étroitement subordonnée au milieu extérieur. Il lui emprunte les matériaux nécessaires à son existence. Il subit l'action des éléments nombreux et variables qui le composent et qui ont sur lui, soit des effets favorables, soit des effets nuisibles.

Dans ces conditions, le milieu intérieur se modifie sans cesse ; il est toujours en équilibre instable. L'organisme lutte, sans trêve ni repos, pour le maintenir dans un équilibre relatif, compatible avec la vie.

La facilité avec laquelle l'équilibre se rétablit et se maintient est un des attributs de la *santé*, c'est-à-dire, comme je le disais dans une leçon publiée par la *Gazette des Hôpitaux* du 15 janvier 1936, sur *La santé et ses manifestations extérieures chez les enfants*, de cet « état de l'organisme dans lequel les fonctions s'exercent d'une façon régulière et harmonieuse ».

La réalisation et le maintien de la santé relèvent donc de deux ordres de facteurs, des *facteurs endogènes* et des *facteurs exogènes*.

Les premiers sont une complexion des appareils, des organes, des tissus, des humeurs, une activité vitale, qui assurent l'exercice régulier et harmonieux des fonctions et l'adaptation au milieu extérieur.

Les seconds résident dans un milieu extérieur favorable.

Quand ces conditions ne sont pas réalisées, quand l'organisme ne s'adapte pas au milieu, soit parce qu'il en est incapable, soit parce que le milieu est trop défavorable, la santé est compromise.

Un désaccord entre l'organisme et le milieu extérieur se rencontre souvent chez des sujets de tous les âges. Il est surtout fréquent chez les enfants et les jeunes gens, parce que, du fait de l'accroissement qui est leur caractéristique, leur organisme est particulièrement instable.

Les médecins des grandes villes, notamment, ont, dans bien des circonstances, l'occasion d'observer chez eux les *effets nuisibles du milieu urbain*.

La connaissance de ces effets nuisibles nous intéresse à un double titre.

Du point de vue médical, elle nous apprend à dépister la cause de troubles de la santé mal expliqués par ailleurs et à traiter les enfants et les jeunes gens qui les présentent par l'envoi au plein air.

Du point de vue éducatif et social, elle justifie les efforts poursuivis depuis longtemps pour faire bénéficier les élèves de l'enseignement primaire et de l'enseignement secondaire des vacances et même de l'éducation en plein air.

(1) *Clinique médicale des enfants.* Leçon du samedi 13 mars 1937.

***

L'influence nuisible des grandes villes sur la santé des enfants et les heureux effets de la vie en plein air ont été proclamés depuis longtemps. Au XVIIIe siècle, Jean-Jacques Rousseau écrivait dans *Emile :* « Les villes sont le gouffre de l'espèce humaine. Au bout de quelques générations, les races périssent ou dégénèrent, il faut les renouveler, et c'est toujours la campagne qui fournit à ce renouvellement. Envoyez donc vos enfants se renouveler, pour ainsi dire, eux-mêmes, et reprendre au milieu des champs la vigueur qu'on perd dans l'air malsain des lieux trop peuplés ».

Les dangers des grandes villes ont été en augmentant au cours du XIXe siècle et depuis le début du XXe. Beaucoup de villes — et Paris est dans ce cas — se sont étendues démesurément ; elles forment avec leur banlieue des agglomérations considérables ; la plupart sont devenues de grands centres industriels. Certes les progrès de l'hygiène urbaine contribuent, dans une certaine mesure, à en atténuer les effets nuisibles; mais ils ne les suppriment pas.

Tous les enfants, d'ailleurs, ne sont pas impressionnés au même degré par le milieu urbain. Beaucoup n'en éprouvent qu'un léger dommage ; chez d'autres, au contraire, la santé est fortement troublée. A côté des *adaptés urbains*, il y a des *inadaptés urbains*, bien étudiés par le professeur G. Mouriquand dans une communication à l'*Académie de Médecine*, le 19 avril 1932, et, en 1936, avec M. P. Josserand, dans un livre sur *Syndromes météoro-pathologiques et inadaptés urbains*.

***

Procédons tout d'abord à l'ÉTUDE CLINIQUE.

Les troubles de la santé provoqués par le milieu urbain n'ont, par eux-mêmes, rien de pathognomonique. Ils peuvent relever d'autres causes.

Ce qui les caractérise, ce sont les circonstances dans lesquelles ils s'installent. Ils se montrent ou s'exagèrent quand l'enfant habite la ville ; ils disparaissent ou s'atténuent quand il vit en plein air. Les faits ne sont pas d'ailleurs toujours aussi évidents : souvent des interventions thérapeutiques sont nécesaires; mais les traitements, peu efficaces à la ville, donnent de bons résultats quand l'enfant est envoyé au plein air.

Tel est le critérium qui permet d'admettre le rôle nocif du milieu urbain.

Passons en revue quelques faits particuliers.

Je ne m'occuperai pas des petits enfants qui méritent une étude particulière. J'ai surtout en vue les grands enfants, la période de puberté et les jeunes gens.

Un phénomène caractéristique de l'enfance et de la jeunesse est la *croissance staturale*.

Certains auteurs pensent que les enfants des villes ont une croissance moins forte et sont plus petits que ceux des campagnes.

MM. Noël Patton et Findlay ont fait cette constatation en Ecosse. Ils ont remarqué, cependant, que

l'insalubrité des rues et des maisons n'a aucune influence sur la taille.

D'autres auteurs estiment que le milieu urbain n'entraîne pas de réduction de la stature.

M. Bernard Villaret, en 1936, dans sa *Climatologie médicale de la région parisienne*, rappelle qu'à Paris, de 1816 à 1923, la moyenne des tailles des conscrits est de 168 cm., nombre voisin de la moyenne générale.

Il est bien difficile de se faire une opinion précise. Les habitants des villes, comme ceux des campagnes, ont des tailles moyennes; des tailles petites ou des grandes tailles. On sait, d'autre part, que la taille dépend, avant tout, des facteurs ethniques et familiaux; or, dans les grandes villes, la population est très mélangée.

On signale souvent qu'un enfant, pendant des vacances en plein air, fait une poussée de croissance. Mais avant d'admettre sans conteste l'influence stimulante du plein air sur la croissance, il faut se rappeler certains faits : des poussées semblables de croissance peuvent se faire, chez des enfants du même sexe et de même âge restés à la ville ; d'après Buffon et bien d'autres observateurs, la croissance staturale est plus rapide au printemps et en été qu'en automne et en hiver ; il y a des âges où la croissance est rapide, d'autres où elle est lente ; enfin beaucoup d'enfants ont, sans causes appréciables, soit des croissances précoces, soit des croissances tardives.

La *puberté* est un autre phénomène important. L'âge de son début et de son éclosion, chez les filles et chez les garçons, est souvent très différent de l'âge moyen donné par les statistiques. Il est donc difficile d'apprécier si elle est plus précoce à la ville qu'au plein air, et inversement.

Pour l'âge d'apparition des premières règles, des opinions contradictoires ont été émises. Je n'en citerai que deux.

En 1929, dans *Physiologie gynécologique et médecine des femmes*, M. Henri Vignes écrit : « Les citadines sont réglées un peu plus tôt que les villageoises ».

En 1933, dans *La puberté et ses accidents chez la femme*, M. Derville avance qu' « à la campagne la fillette... est réglée plus tôt que sa compagne de la ville ».

Le *poids* peut être influencé par le milieu urbain.

MM. Noël Patton et Findlay ont constaté qu'en Ecosse les enfants des villes ont des poids inférieurs à ceux des enfants de la campagne.

On observe souvent qu'un enfant, maigre à la ville, augmente rapidement de poids en plein air.

Mais le poids est surtout influencé par l'alimentation. Il faut tenir compte de la valeur calorique et de la composition des rations, d'une part, de l'appétit, de l'activité de la digestion et de la nutrition, d'autre part.

Or, à la ville, l'alimentation est souvent insuffisante et défectueuse. Pour les enfants observés par Noël Patton et Findlay, ceux de la campagne consomment, en moyenne, 12 % de plus que ceux des villes.

D'autre part, à la ville, l'appétit est souvent plus faible, l'existence plus agitée qu'à la campagne.

Toutefois, comme le remarquent MM. G. Mouriquand et P. Josserand, certains enfants sont de « véritables inassimilateurs, ...qui absorbent une ration normale ou forte pour leur âge, qui digèrent bien, mais qui, selon l'expression des mères, ne profitent pas... Ces enfants, dont le poids était stationnaire depuis des mois, se mettent à engraisser quand on les transporte hors des villes, parfois sans qu'il y ait augmentation notable de l'appétit. Tout se passe comme si l'assimilation des aliments se faisait mieux ». En même temps le teint se recolore, les chairs sont plus fermes ; il se produit une amélioration du métabolisme général.

Ces « inassimilateurs sont souvent de petits hépatiques et, comme tels, particulièrement sensibles aux changements de climat ».

Beaucoup d'enfants présentent, à la ville, des *troubles de la santé* qui disparaissent au plein air. Ces troubles revêtent des modalités diverses. Je pourrais multiplier les exemples ; en voici un.

Jean (37-4745) est né le 11 décembre 1924, de parents bien portants. Il est élevé au sein par sa mère et n'a pas d'histoire notable. Il a les oreillons et la rougeole.

Il habite à Poitiers, dans sa famille qui est aisée. Il suit l'école primaire, passe le certificat d'études en 1936, et depuis continue de fréquenter l'école. Il est un élève moyen, ne travaille pas avec excès.

A Poitiers, il ne prend pas de poids, il est pâle ; son appétit est médiocre ; il est difficile. Cependant sa langue est nette, son haleine sans odeur, il n'a qu'une légère constipation. Il est très agité, remue sans cesse, joue avec ardeur. Il se plaint de douleurs et de démangeaisons dans le dos. Il ne s'enrhume pas facilement, n'a pas de fièvre. Ses urines, examinées au début de 1937, ne contiennent ni sucre, ni albumine. Une radiographie du thorax, faite en 1934, ne révèle rien d'anormal.

Or, quand Jean est envoyé au bord de la mer, à Fouras, ou à la campagne, dans l'Allier, il reprend très vite appétit, augmente de poids, se colore, est plus calme ; en un mot, il se porte bien.

Puis, quelques semaines après son retour à Poitiers, les troubles reparaissent.

J'examine l'enfant, le 22 février 1937. Il a 12 ans 2 mois.

Sa taille est de 137 cm. 5, au lieu de 140 cm.; la réduction staturale est de 2 cm. 5, soit 1,7 % ; c'est la taille d'un garçon de 11 ans 8 mois.

Son poids est de 29 kg. 400 au lieu de 28 kg. 750, poids moyen pour sa taille.

Son périmètre thoracique, au niveau de l'appendice xiphoïde, mesure 59-64=61 cm. 5, au lieu de 64 cm. pour sa taille.

Il a donc des mesures sensiblement moyennes. Notons que son père mesure seulement 159 cm.

On est frappé par la pâleur et la décoloration de ses muqueuses, par sa mauvaise tenue. Il présente une légère scoliose dorsale inférieure à convexité droite, qui est facilement réductible.

L'examen des viscères ne décèle rien de particulier. La langue est nette, le pharynx normal.

Il existe de l'hyperesthésie cutanée au niveau des omoplates ; la pression des points cœliaques provoque une réaction vive.

Somme toute, Jean ne se porte bien qu'en plein air. Il veut faire du jardinage et c'est parfait. Mais il faut attendre qu'il ait 14 ans, pour être placé dans une école spéciale, à la campagne.

Très nombreux sont les enfants qui, à la ville, ont des *rhino-pharyngites* à répétition et tenaces, malgré toutes les précautions prises par les parents. Elles s'accompagnent d'une fièvre plus ou moins élevée et, quand elles se prolongent, souvent d'un état subfébrile persistant.

Souvent ils toussent. Comme, d'autre part, ils sont fébricitants, ont mauvaise mine, n'ont pas d'appétit et maigrissent, on pense à la tuberculose.

L'examen du thorax peut révéler dans un espace interscapulo-vertébral un peu de submatité et de résistance, une respiration rude et soufflante, qui éveillent l'idée d'une tuberculose ganglio-pulmonaire. Sur la radiographie on remarque un certain embrument du hile.

Or, en plein air, tous ces phénomènes disparaissent rapidement.

Ces enfants ont, généralement, de l'hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx, de grosses amygdales, des végétations adénoïdes. Il importe d'instituer le traitement local et le traitement du lymphatisme. Un séjour, même prolongé, au plein air ne suffit pas pour faire disparaître la susceptibilité aux infections de leur muqueuse nasale et pharyngée.

Un symptôme commun à la ville est l'*anorexie*.

L'enfant n'a pas faim, n'a pas d'appétit ; il n'éprouve ni le besoin, ni le désir de manger ; il refuse les aliments dont il était friand.

Tantôt l'anorexie est limitée au petit déjeuner ; tantôt elle existe pour tous les repas. Elle survient parfois par périodes ; l'appétit est irrégulier.

En plein air, la faim et l'appétit reviennent.

Comme l'a remarqué le professeur Mouriquand, un *facteur psychique* intervient parfois et celui-ci est influencé grandement par le milieu familial.

Cependant l'anorexie liée à la vie urbaine est différente de l'*anorexie mentale* ou *psychique*. Celle-ci persiste, malgré l'envoi en plein air.

L'anorexie est souvent la conséquence des troubles digestifs dont je vais parler. Mais il n'en est pas toujours ainsi : souvent la langue reste rose et humide, la digestion est bonne ; il y a seulement une légère constipation due à l'insuffisance des aliments et surtout des légumes ingérés.

On rencontre souvent des enfants et des jeunes gens qui ont des *troubles digestifs* rebelles à la ville et n'en ont pas au plein air.

Ils sont surtout atteints de dyspepsie gastro-intestinale ou d'un syndrome colique fétide.

Les *dyspeptiques* ont un appétit médiocre ou irrégulier, parfois de l'anorexie. Leurs digestions sont lentes et accompagnées d'une sensation de pesanteur à l'épigastre, de somnolence, d'asthénie, d'inaptitude au travail intellectuel et à l'effort physique. Ils ont de la céphalée, sont toujours fatigués, leur langue est saburrale. Leurs selles sont irrégulières ; souvent ils ont, soit de la constipation, soit de la diarrhée, soit successivement l'une et l'autre. On constate de l'atonie de la musculature abdominale, de l'estomac et de l'intestin.

Les enfants qui ont un *syndrome colique fétide* ont également des troubles de l'appétit. Leur haleine est fétide ou dégage l'odeur de l'acétone, surtout le matin. Ils ont de la constipation habituelle et de la fétidité des selles, de temps en temps des périodes de diarrhée pendant lesquelles la fétidité s'exagère.

Leur état général est affecté. Ils ont le teint pâle et jaune, perdent du poids, sont toujours fatigués, sans entrain. Souvent ils présentent un état subfébrile persistant et ont une fièvre plus ou moins élevée au moment des poussées aiguës.

Ils tolèrent mal certains aliments, le lait, les œufs notamment. Ceux-ci provoquent souvent de l'urticaire, parfois des accès d'asthme.

Toutes ces manifestations témoignent d'une petite insuffisance hépatique et d'une anaphylaxie alimentaire.

Les grands enfants et les jeunes gens, surtout les filles, à tempérament nerveux, ont parfois des *spasmes douloureux du côlon* et un *syndrome colique muco-membraneux*.

Ces malades s'améliorent souvent quand ils quittent la ville et vivent en plein air. Cependant ce changement ne suffit pas toujours pour faire disparaître leurs troubles : le traitement et l'hygiène alimentaire appropriés sont nécessaires ; ceux-ci toutefois sont plus efficaces au plein air qu'en ville. Toutefois même à la ville, ils peuvent avoir une influence favorable.

L'*intolérance alimentaire* réalise, d'après le professeur Mouriquand, l'exemple le plus typique de l'influence nocive du milieu urbain.

Les enfants qui en souffrent sont, en général, atteints de *petite insuffisance hépatique* ; ils ont ou non de la *cholémie*. Habituellement ils ont un syndrome colique fétide. Ils ne supportent pas les œufs, le chocolat, le lait, les graisses et parfois divers autres éléments. Leur ingestion provoque de l'urticaire, de l'eczéma, des accès d'asthme, des épistaxis, des vomissements, du spasme colique, des selles glaireuses, en un mot des accidents d'anaphylaxie alimentaire.

En ville, ils sont sans cesse malades ; le traitement a peu d'action.

Mais, en plein air, ils deviennent tolérants ; ils tolèrent les aliments qu'ils ne supportaient pas en ville. Leur état général s'améliore.

Reviennent-ils en ville, l'intolérance reparaît.

Les *vomissements périodiques avec acétonurie* subissent souvent aussi l'influence du milieu urbain.

Le syndrome colique fétide, l'intolérance alimentaire, les vomissements périodiques avec acétonurie, surviennent généralement, nous venons de le voir, chez des sujets qui ont une *petite insuffisance hépa-*

tique et qui souvent ont une hérédité hépatique. Il paraît donc justifié d'admettre, avec M. Mouriquand, que le milieu urbain exerce sur les hépatiques une influence nocive.

Beaucoup d'*états nerveux* sont entretenus et exagérés par le milieu urbain. Ces états se présentent sous des modalités différentes. On peut les schématiser en deux types : le *type d'excitation* et le *type de dépression*.

Les enfants et les jeunes gens, qui présentent le *type d'excitation*, ont généralement une hérédité neuro-arthritique et vivent dans un milieu familial agité. Ils souffrent d'une excitation psycho-motrice continuelle ; leur sommeil est mauvais, long à venir, troublé par des cauchemars et des réveils brusques ; ils peuvent avoir de l'énurésie nocturne. Ils n'ont pas d'appétit, mangent peu, sont maigres. En classe, ils sont dissipés, bavards, ne peuvent fixer leur attention, travaillent mal. En récréation, ils jouent avec excès.

Les enfants et les jeunes gens, qui présentent le *type de dépression* sont souvent des lymphatiques, parfois des hypothyroïdiens ou des mongoliens frustes. A l'inverse des précédents, ils sont tranquilles, apathiques. Leur sommeil est profond ; ils peuvent avoir, comme les précédents, mais par un mécanisme différent, de l'énurésie nocturne. Bien que mangeant raisonnablement, leur adiposité est souvent forte. En classe, ils sont sages, « trop sages » même, et se laissent oublier ; ils somnolent et leur travail scolaire est médiocre. En récréation, ils ne participent pas aux jeux actifs.

Au plein air, les premiers se calment, les seconds deviennent plus actifs.

Je m'arrête dans cet exposé des troubles de la santé occasionnés et entretenus par le milieu urbain. Si je voulais dresser le catalogue des maladies et des affections sur lesquelles il exerce une influence fâcheuse, il me faudrait passer en revue toute la pathologie.

On observe des *états fébriles persistants inexpliqués*, indépendants des infections rhino-pharyngées, des troubles digestifs, de la tuberculose, qui cèdent seulement à la vie de plein air.

Le plein air est l'agent essentiel de la cure de la *tuberculose* et, tout particulièrement, des *tuberculoses ganglio-pulmonaires discrètes*, qui constituent la première étape de l'infection tuberculeuse.

Les *albuminuries intermittentes fonctionnelles* ou même des *albuminuries chroniques simples, permanentes*, peuvent disparaître au plein air et reparaître à la ville.

Les *enfants diabétiques* réagissent mieux à l'*insuline*, d'après le professeur Mouriquand, quand ils vivent en plein air que quand ils habitent la ville. A la ville, avec une ration donnée de glucides et une certaine dose d'insuline, la glycosurie et la glycémie se maintiennent. Au plein air, avec le même traitement, la glycosurie diminue ou disparaît, la glycémie baisse; des accidents d'hypoglycémie peuvent apparaître et nécessiter l'interruption de l'insuline.

Nombreux enfin sont les *convalescents* de maladies aiguës qui ne se remettent pas à la ville et recouvrent rapidement la santé au plein air.

L'observation clinique établit donc une relation entre le milieu urbain et de nombreux troubles de la santé.

Il convient de préciser les facteurs étiologiques et pathogéniques qui rendent nuisible le milieu urbain pour les enfants et les jeunes gens.

***

Les FACTEURS ÉTIOLOGIQUES ET PATHOGÉNIQUES, qui concourent à rendre le milieu urbain nuisible pour beaucoup d'enfants et de jeunes gens, sont complexes. Les uns dépendent des sujets eux-mêmes, ce sont les *facteurs endogènes ;* les autres dépendent de la nature du milieu urbain, ce sont les *facteurs exogènes*.

Les FACTEURS ENDOGÈNES jouent un rôle important.

D'une façon générale, les *enfants et les jeunes gens sont prédisposés* à subir l'influence nocive du milieu urbain. Ceux qui possèdent un tempérament lymphatique ou neuro-arthritique, les hépatiques le sont tout particulièrement.

Les rhino-pharyngites à répétition surviennent chez des enfants ayant de l'hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx, les troubles digestifs chez ceux qui commettent des erreurs alimentaires et sont dotés d'un tempérament spécial, d'hypohépatie, les états nerveux chez des prédisposés, etc., etc...

Je ne m'arrête pas sur ces facteurs endogènes malgré l'intérêt de leur étude.

Je ne m'occuperai que des FACTEURS EXOGÈNES, c'est-à-dire de ceux qui dépendent du *milieu urbain*.

Ils se répartissent en trois groupes : les facteurs *climatiques*, les facteurs *atmosphériques*, les facteurs *hygiéniques*.

Les **facteurs climatiques** sont ceux qui caractérisent la région où se trouve la ville ; le mot *climat* vient du grec κλιμα, qui signifie région. Ils peuvent, d'ailleurs, être modifiés, dans une certaine mesure, par la ville. Ils diffèrent suivant la région : Lille, Pau, Lyon, Marseille, Bordeaux n'ont pas les mêmes climats. Leur étude m'entraînerait trop loin.

Certains enfants ne sont pas, suivant la remarque de MM. Mouriquand et P. Josserand, des *inadaptés urbains*, mais des *inadaptés de climat*.

Ces auteurs citent l'exemple suivant. Une fillette a une température subfébrile persistante, non seulement à Marseille, où elle habite, mais encore dans les environs et même dans les montagnes du littoral ; sa température s'abaisse et se régularise quand elle séjourne soit dans la région parisienne, soit au bord de la mer, dans le Pas-de-Calais.

Les **facteurs atmosphériques** contribuent, pour une grande part, à caractériser le milieu urbain. Ils diffèrent, en effet, dans les grandes agglomérations urbai-

nes, de ceux des campagnes de la même région, situées au delà d'un certain périmètre.

L'air y est pollué par les poussières, les fumées provenant des foyers domestiques et des foyers industriels, les gaz dégagés par les moteurs à essence des automobiles, le gaz d'éclairage, la respiration et les exhalations des habitants.

La pollution de l'air diffère suivant les conditions propres à chaque ville.

Je m'occuperai plus particulièrement de Paris qui, avec sa banlieue, réalise une agglomération de trois millions d'habitants environ et un centre industriel important. La thèse de M. Bernard Villaret que j'ai citée tout à l'heure nous fournit une riche documentation.

Les *poussières* sont au taux moyen de 8 milligr. par mètre cube d'air ; ce taux tombe à 6 milligr. après des pluies abondantes, s'élève à 23 gr. en temps de sécheresse. Elles sont inorganiques et organiques. Suivant leur volume et leur forme elles tombent plus ou moins vite ou restent longtemps en suspension.

Les *fumées* forment sur Paris une voûte épaisse de 300 mètres environ ; au-dessus, le ciel est limpide. Il y a des fumées noirâtres, riches en particules solides de carbone, des fumées jaunâtres, riches en soufre et en hydrocarbures.

Les poussières et les fumées absorbent ou diffusent la lumière ; par suite la *visibilité*, la *luminosité*, la *durée du jour* sont diminuées. Elles interceptent les *rayons ultra-violets* et les *rayons infra-rouges*.

Elles entraînent la formation du *brouillard*, car leurs particules les plus fines constituent des noyaux qui condensent l'humidité à l'état vésiculaire. Pendant l'hiver, à Paris, le brouillard est de 50 p. 100 supérieur à celui de la région parisienne.

Dans les villes, l'air a une faible charge en *ions positifs*, tandis qu'à la campagne, surtout à la montagne et à la mer, l'ionisation est fortement positive. Par suite le *potentiel électrique* de l'atmosphère des villes est nul.

Les *analyses chimiques* montrent des différences importantes entre l'air des villes et celui des campagnes.

L'ozone y est en quantité beaucoup plus faible (1 millig. 5 au lieu de 240 milligr. pour 100 cm^3 d'air) et même ne s'y trouve pas en permanence.

L'oxyde de carbone y est en quantité infime ; toutefois, dans les rues encombrées d'automobiles, son taux s'élève, près du sol, jusqu'à 50 volumes pour 100.000.

L'acide carbonique, l'azote ammoniacal, l'hydrogène y sont à des taux supérieurs.

On y trouve de l'aldéhyde formique (1 à 5 pour 100.000), des hydrocarbures, notamment du méthane, des phénols, de l'hydrogène sulfuré, de l'acide sulfureux, de l'acide sulfurique, etc.

Enfin l'air des villes est *malodorant* et contient, en grand nombre des *moisissures* et des *microbes*.

Ces *caractères de l'atmosphère* des grandes villes ne sont d'ailleurs pas fixes ; ils varient suivant les saisons, la sécheresse ou la pluie, l'absence de vent ou le vent, la force et la direction du vent.

Nombreux et complexes sont donc les facteurs atmosphériques qui sont susceptibles de troubler la santé des citadins. Il est bien difficile de les classer suivant leur mode d'action.

D'une façon générale ils interviennent par deux grands *processus pathogéniques :* la *carence* de certains facteurs favorables à la santé ; la *nocivité* de certains autres facteurs.

Il y a *carence de lumière solaire, de rayons ultra-violets et de rayons infra-rouges, d'ions positifs, d'ozone.*

La carence de rayons ultra-violets est une cause du rachitisme des petits enfants ; elle peut intervenir dans la réalisation de certaines dystrophies osseuses de la grande enfance et de la jeunesse, de certains retards de la croissance staturale. Son action est surtout grande quand il s'y associe un régime alimentaire pauvre en vitamines.

La faible luminosité agirait sur le psychisme, provoquerait de la dépression, de l'irritabilité, de l'anxiété.

La faiblesse du potentiel électrique serait un facteur d'angoisse, d'hypersympathicotonie, d'après M. Chaize, de migraines, d'asthénie, de troubles circulatoires, de troubles digestifs, d'après MM. E. et H. Biancani.

Parmi les *facteurs nocifs*, je citerai : les poussières et les fumées qui irritent les voies respiratoires et déterminent de l'anthracose pulmonaire, l'oxyde de carbone et les autres produits toxiques, les microbes.

Les **facteurs hygiéniques** tiennent une grande place dans les caractères du milieu urbain. De bonnes conditions d'hygiène atténuent les effets nocifs des facteurs atmosphériques, de mauvaises conditions les aggravent.

Je ne puis insister sur l'importance de l'*aménagement des villes*, de la *salubrité du logement*, de l'*hygiène des établissements d'éducation, des ateliers, des bureaux, des magasins, des usines*, où travaillent les enfants et les jeunes gens après leur sortie de l'école.

Il ne faut pas négliger l'influence nocive du *mouvement des véhicules*, du *bruit*, qui entretiennent une excitation continuelle de la vue, de l'ouïe, du système nerveux, troublent souvent le sommeil et contribuent, avec d'autres facteurs, à provoquer la fatigue physique et intellectuelle.

Il me faudrait insister encore sur le *genre de vie* que mènent les élèves des établissements de l'enseignement primaire et de l'enseignement secondaire, sur le *travail scolaire* et le défaut d'*activité physique*. Il conviendrait de préciser le rôle du *surmenage* ou du *soi-disant surmenage scolaire*. J'ai montré dans une leçon sur *Malmenage et surmenage scolaires*, publiée dans *Le Concours Médical* du 31 mars 1924, la complexité du problème.

***

J'ai étudié, dans ses grandes lignes, l'influence de la grande ville sur la santé des enfants et des jeunes gens. Cette esquisse suffit à établir la réalité de cette influence, les modalités cliniques par lesquelles elle se traduit, les facteurs étiologiques et pathogéniques qui interviennent. Presque tous les enfants et les jeu-

nes gens éprouvent quelque dommage à vivre à la ville ; leur santé est troublée à des degrés très différents. Le médecin doit chercher à préciser, dans chaque cas particulier, le rôle joué par le milieu urbain et par les divers facteurs étiologiques. De cette précision dépend la décision à prendre, relativement à l'opportunité et à la durée du séjour au plein air, qui peut varier de quelques semaines, pendant les vacances, à plusieurs années, ainsi qu'au choix d'une localité à la campagne, à la mer ou à la montagne ; il ne doit prendre une décision qu'en connaissance de cause.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 AVRIL 1937)

Susceptibilité magnétique du sérum sanguin normal et pathologique. — M. R. JONNARD.

Le plasma des fibres musculaires lisses étudié à l'aide de la méthode à l'acétone aux basses températures. — MM. Ch. ACHARD et Maurice PIETTRE.

Synergie de l'adrénaline et de l'hormone hypophysaire. Rôle de l'hormone hypophysaire dans le mécanisme de l'action glycogénétique de l'adrénaline. — M. Léon KÉPINOV.

Séance publique solennelle des cinq académies. — M. Ch. ACHARD est désigné pour faire une lecture dans la séance publique solennelle des cinq académies le 25 octobre 1937.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 4 MAI 1937)

Sur la récupération des enfants déficients. — Au nom d'une commission composée de MM. Claude, Dumas et Laignel-Lavastine, M. LOIR, rapporteur, a demandé à l'Académie de voter le vœu suivant :

« En vue d'apporter un palliatif à la crise de la natalité et pour remettre en valeur un trop grand nombre de déficients qui sont une charge pour la collectivité, l'Académie de médecine émet le vœu :

Qu'une loi organise la récupération des déficients éducables de toutes catégories. Car une grande partie de ces déficients est justiciable d'une réadaptation intellectuelle, motrice, sensorielle, morale, ou respiratoire. Ceux-ci ont droit à un traitement médical en même temps qu'à une instruction adéquate à leurs possibilités, suivie de l'apprentissage d'un métier, en un mot à une réadaptation aussi complète que possible.

Il faut comprendre dans cette revalorisation non seulement les déficients de l'intelligence ou du caractère, mais l'étendre aux durs d'oreilles, aux demi-sourds, aux malvoyants, aux débiles-moteurs, aux insuffisants respiratoires, etc...

Dans ce but, il est nécessaire que la loi envisage :

1° La création obligatoire, soit par arrondissement, soit par département, des *centres de rééducation*, avec direction médicale.

2° Dans chaque commune ou association de communes, que des classes soient créées où, en dehors de l'instruction, on fournisse à ces déficients des soins médicaux, ainsi qu'une éducation manuelle de préapprentissage et d'apprentissage de métiers adéquats à leur état.

3° Qu'un contrôle sous la surveillance de *médecins et d'instituteurs* soit établi pour opérer la détection et la séparation des inaptes.

4° Auprès de ces établissements figurerait un *Comité de patronage* chargé de suivre ces enfants à leur sortie de l'école.

5° Que sur la liste d'assistance figurent les anormaux sensoriels, moteurs ou psychiques, au même titre que les assistés inscrits comme malades ou aliénés. »

Ce vœu est adopté à l'unanimité.

Fuso-spirochétose broncho-pulmonaire. — M. H. VINCENT présente une note de MM. G. BALTACEANO, C. VASILIU et D. GRAMATOPOL. Ces auteurs ont observé un assez grand nombre de cas d'infection pulmonaire fuso-spirochétienne.

Vérifiant l'action thérapeutique de l'émétine, signalée par Théohari dans les infections qui relèvent de l'association de Vincent, les auteurs ont constaté que l'émétine est un spirochéticide extrêmement puissant. Elle tue immédiatement les spirochètes *in vitro* à la dilution de 1/1.000 et même 1/100.000. L'action de l'émétine est identique à celle du néo-salvarsan.

D'après leurs recherches, le bismuth, la trypaflavine, le tellurate de sodium, la solution de Lugol sont spirochéticides. Le bleu de méthylène, le tellure, le pyridium, le permanganate de K, sont moins actifs que l'émétine, ainsi qu'on peut le vérifier à l'ultra-microscope.

Lèpre. — M. SOREL, dans une note présentée par M. MARCHOUX, rappelle que le traitement de la lèpre par les injections de chaulmoogra neutralisée a été pratiqué par le docteur Labernardie dès 1933 à Pondichéry.

La cure au chaulmoogra a été appliquée depuis dans toutes les circonscriptions de l'Inde française et s'est montrée efficace et sans danger.

Election d'un membre dans la section des membres libres. — Les candidats étaient ainsi classés : en première ligne, M. Georges Duhamel ; en seconde ligne, ex aequo et par ordre alphabétique, MM. Armand Delille, Godlewski, Jayle, Kling et Mme Phisalix.

Au premier tour, M. le docteur Georges Duhamel, membre de l'Académie française, a été élu par 69 voix sur 86 votants. M. Armand-Delille a obtenu 6 voix ; M. Kling 6 voix ; Mme Phisalix 5 voix.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1937)

Actions cryptotoxiques et bactéricides comparées de quelques savons. — MM. M. BELIN et J. RIPERT. Les ricinoléate, oléate et linoléate de soude, ainsi que les savons correspondants de triéthanolamine sont fortement cryptotoxiques et également microbicides pour un certain nombre de microbes. L'abiétate de soude, fortement cryptotoxique, est beaucoup moins microbicide. Inversement, les microbes ricinoléate-résistants, qui sont également linoléate-résistants, peuvent se montrer beaucoup plus sensibles à l'action de l'oléate ou l'abiétate de soude.

Préparation d'un sérum antivenimeux contre le venin de la Vipère du Gabon (Bitis Gabonica). — MM. E. GRASSET et A. ZOUTENDYK, en soumettant le cheval à une immunisation croissante d'anavenin formolé de *Bitis Gabonica*, ont obtenu en 2 mois un sérum antivenimeux doué de propriétés neutralisantes spécifiques et de propriétés neutralisantes de groupe.

Concentré et purifié, ce sérum est suffisant pour pouvoir être utilisé comme sérum thérapeutique contre la morsure de *Bitis Gabonica*.

Action de l'atropine sur l'excitabilité des fibres sympathiques cardioaccélératrices chez le chien. — MM. P. et J. CHAUCHARD. L'atropine, qui augmente le temps de sommation du pneumogastrique, diminue considérablement celui

du sympathique. Renversant par son action périphérique le sens normal de l'hétérochronisme entre le cœur et ses nerfs intrinsèques, son action paralysante pour le pneumogastrique peut être considérée comme favorisante pour le sympathique.

Les variations de l'excitabilité des fibres cardioaccélératrices et cardioinhibitrices chez le chien sous l'influence de la pilocarpine. — MM. P. et J. Chauchard. L'action de la pilocarpine sur les fibres cardioinhibitrices et cardioaccélératrices est inverse de celle de l'atropine : la pilocarpine diminue l'hétérochronisme entre le pneumogastrique et le cœur, facilite donc l'action du pneumogastrique, tandis qu'elle augmente l'hétérochronisme entre le sympathique et le cœur, inhibant l'action du sympathique.

SOCIETE DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(Séance du 25 janvier 1937)

Volumineux calcul du rein. — MM, Lestrade et Lazorthe présentent l'observation d'un malade porteur d'un très volumineux calcul du rein de 12 centimètres de long et pesant 130 gr., ne donnant pas de signes cliniques. Ils insistent sur l'intérêt de la radiographie rénale effectuée avant toute urographie veineuse ou toute uretéropyélographie.

Perforation en péritoine libre d'un cancer ulcéreux rectosigmoïdien méconnu. — MM. Paul Dambrin et André Garipuy. La particularité de l'observation rapportée consiste dans les dimensions de l'ulcération (3 cent. sur 2 cent.). La perforation se fit en deux temps, car elle siégeait sur la zone de l'intestin correspondant au méso, c'est la rupture de celui-ci qui entraîna la péritonite mortelle. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique.

Difficultés de diagnostic entre le kyste de l'ovaire et le fibrome utérin. — M. Gouzi, revenant sur ces difficultés, montre qu'aujourd'hui, grâce aux possibilités modernes, les causes d'erreur (30 p. 100 pour Ducuing), ont considérablement diminué, et cela grâce à la réaction d'Asleim Zondek au lipiodol, à la radiographie, etc.

A propos d'un cas de gangrène juvénile, paraissant avoir intéressé le territoire de la tibiale antérieure, MM. Lefebvre et Rieunau soulèvent une intéressante discussion, au cours de laquelle fut discutée l'étiologie possible d'une septicémie dans cette observation.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 5 mai. — Jury : MM. Clerc, président ; Gosset, Gaudart d'Allaines, Harvier. — M. Jacquet. Les formes anatomo-cliniques de la thrombose cardiaque.

Lundi 10 mai. — Jury : MM. Lemierre, président ; Loeper Mathieu, Ameline. — M. Valat. Acrodynie infantile. — M. Bockman. Foetor exore. — M. Kryczewsz. Contribution à l'étude des lésions stellaires au cours des hépatites. — M. Judet. Traitement chirurgical des pieds bots chez l'adulte.

Mardi 11 mai. — Jury : MM. Bezançon, président ; Laubry, Nobécourt, Mouquin. — M. Courtin. Quelques cas d'images radiologiques pseudo-tuberculeuses du poumon. — M. Rosenberg. Traitement de l'hydarthrose du genou par les injections intra-articulaires de quinine-urée, et en particulier de chlorhydrate double de quinine-urée. — M. Szmuszkowicz. Contribution à l'étude des accidents de la bismuthérapie. — M. Dufour. Syndromes appendiculaires au début de la maladie de Bouillaud chez l'enfant. — Mme de Prat. Mortalité et morbidité infantiles en milieu tuberculeux. Action du B C G.

Jeudi 13 *mai.* — Jury : MM. Léon Binet, président ; Chevassu, Lemaître, Halphen. — M. Goudard. Glutathion et déficience hépatique. — M. Eon. Contribution à l'étude de la torsion du testicule en ectopie. — M. Grévin. Suppurations pharyngées et nasales associées à la diphtérie.

Samedi 15 *mai.* — Jury ; MM. Carnot, président ; Claude, Tanon, Joannon. — M. Baumgartner. A propos des manifestation hépato-biliaires chez les rhumatisants chroniques. — M. Bancoule. Contribution à l'étude des troubles psychosensoriels dans les syndrome de Parkinson encéphalique. — M. Barder. Etude sur l'obésité. — M. Porret. Contribution à l'étude des dérivés acridiniques en thérapeutique. — M. Ségnêlan. Essai de traitement et de prophylaxie de l'urétrite blennorragique par certaines solutions colloïdales métalliques.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DES PÉRICARDITES AIGUËS (1)

B. *Péricardite avec épanchement*

Dans la très grande majorité des cas, elle s'installe insidieusement et l'épanchement reste d'abondance modérée.

Le diagnostic repose alors sur les résultats de la percussion et de l'examen radiologique, mais on ne saurait trop insister sur la difficulté fréquente de leur interprétation.

1. *Il ne faut compter sur aucun signe d'auscultation,*

— Ni sur la disparition du frottement, qui est inconstante ;

— Ni sur l'assourdissement des bruits du cœur, qui peut être dû aussi bien à un fléchissement du myocarde.

2. *Les seuls signes de valeur sont tirés de la percussion :*

Au début, l'extension de la matité cardiaque est difficile à reconnaître ; aussi la recherchera-t-on en un point spécial dans la partie interne du 5e espace intercostal droit (s. de Roth) ;

L'angle cardio-hépatique est émoussé (s. d'Ewart).

Plus tard, on constatera des signes plus nets, un *accroissement excentrique et progressif* de la matité cardiaque, dont on pourra se rendre compte en inscrivant sur la peau, au crayon dermographique, les limites trouvées chaque jour à la matité cardiaque.

— Cette matité devient alors symétrique par rapport au bord gauche du sternum.

— Il y a : augmentation de la matité absolue par rapport à la matité relative.

Abaissement de la limite inférieure de la matité au-dessous du choc apexien, signe de grande valeur, mais souvent impossible à reconnaître :

— Soit que la limite inférieure de la matité se confonde avec la matité hépatique ;

— Soit que le choc de la pointe soit trop affaibli pour être perçu ; aussi Nobécourt préfère-t-il se fier à l'auscultation qui fait percevoir le premier bruit nettement au-dessus et en dedans de l'angle gauche de la matité cardiaque.

On a décrit aussi un autre signe inconstant :

— L'élévation de la limite supérieure de la matité de 2 à 3 cm. lorsque le malade passe de la position couchée à la position assise.

L'examen cardiaque sera toujours complété par :

I. *Un examen de la base gauche,* où l'on pourra constater un syndrome d'atélectasie avec :

Matité,

Diminution du murmure vésiculaire,

Souffle expiration à timbre doux.

Or, il s'agit d'un *syndrome pseudo pleurétique,* car la ponction exploratrice ne ramène aucun liquide.

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 36, du 5 mai 1937.

D'ailleurs, le syndrome s'atténue nettement lorsque le malade se place en position genu pectorale, et il n'est perçu que chez l'enfant et chez certains adultes à thorax étroit.

II. *L'étude de l'état du myocarde,* en surveillant :

— L'accélération du pouls,

— L'abaissement de la tension différentielle, pour associer à la médication salicylée une médication tonicardiaque.

III. *Un examen radiologique,* qui est d'une importance capitale pour confirmer ou infirmer un diagnostic soupçonné.

De face, on voit :

— Une augmentation considérable de l'ombre cardiopéricardique, qui est globuleuse et symétrique par rapport au bord gauche du sternum ;

— La brièveté du pédicule vasculaire ;

— La diminution ou l'abolition des battements cardiaques ;

— L'immobilité du diaphragme.

Il est rare, par contre, qu'on puisse distinguer, au milieu de la pénombre immobile de l'épanchement, l'ombre plus obscure du cœur animé de battements.

En oblique, on constate l'obscurcissement de l'espace clair médian.

EVOLUTION

1. Le plus souvent, la péricardite rhumatismale reste d'abondance moyenne ; la guérison survient en 2 à 4 semaines, mais trop souvent au prix d'adhérences, et ultérieurement on revoit le malade pour une insuffisance cardiaque rapide et précoce avec participation hépatique marquée, asystolie qui contraste avec la discrétion des signes cardiaques locaux et fait penser à la symphyse.

2. D'autres fois, la péricardite est associée à une endocardite, à une myocardite, réalisant une véritable pancardite signant une atteinte profonde qui devra toujours faire craindre le caractère évolutif ultérieur de l'affection.

3. Enfin, beaucoup plus rarement, l'épanchement péricardique, loin de se résorber, ne fait que s'accroître au point de devenir grave par son abondance même.

Il y a alors :

A. *Des s. f. impressionnants :*

Dyspnée extrême imposant au malade des positions spéciales :

— Soit qu'il se penche en avant, la poitrine appuyée sur un oreiller ;

— Soit qu'il se mette en position genu pectorale.

Douleurs angoissantes ou à type névralgique phrénique avec hoquet.

Dysphagie.

Cyanose.

B. *Des s. ph. spéciaux :*

— Voussure précordiale ;

— Turgescence marquée des jugulaires ;

— Pouls paradoxal de Kussmaul, avec affaiblissement ou disparition des pulsations radiales pendant l'inspiration.

Devant l'oppression croissante, les crises dyspnéiques, le cœur qui s'accélère et devient irrégulier, la T. A. qui faiblit, il faut vider d'urgence l'épanchement, qui peut être cause d'une mort subite par syncope ou d'une asystolie aiguë.

Mais, même évacuée, une péricardite avec épanchement aussi important reste fort grave, car elle marque la sévérité de l'atteinte cardiaque, et si le malade échappe à une pancardite évolutive, il sera presque toujours condamné par une smphyse.

JEAN FERROIR.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 39. — SAMEDI 15 MAI 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

AVIS

La répartition des services hospitaliers, que nous donnons aujourd'hui, sera suivie, comme de coutume, d'un index alphabétique.

Cet index paraîtra dans le prochain numéro. Nous prions nos lecteurs d'excuser ce retard, rendu inévitable par les conditions actuelles de travail dans les imprimeries.

— Les noms laissés en blanc correspondent à des postes non encore officiellement pourvus au moment de notre mise sous presse.

INFORMATIONS

Facultés de médecine. — Seront admis à la retraite le 1er octobre 1937 :

Aix-Marseille : MM. les professeurs Imbert et Cassoute.

Bordeaux : M. le professeur Dupouy.

Lille : MM. les professeurs Bué, Le Fort et Potel.

Lyon : MM. les professeurs Nicolas, Nové-Josserand et Villard.

Montpellier : MM. les professeurs Cabannes, Villard et Virès.

Nancy : MM. les professeurs Lambert et Hoche.

Toulouse : MM. les professeurs Bardier et Sorel.

Ecole de médecine de Limoges. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, s'ouvrira, le lundi 8 novembre 1937, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

— Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pathologie médicale et médecine expérimentale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges s'ouvrira, le lundi 15 novembre 1937, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

— Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges s'ouvrira, le jeudi 18 novembre 1937, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

Les registres des inscriptions seront clos un mois avant l'ouverture de ces différents concours.

Dispensaires des Landes. — Un concours sur titres, en vue du recrutement d'un médecin spécialisé, chargé du service des dispensaires du département des Landes, est actuellement ouvert.

Les demandes de candidature doivent être envoyées, avant le 30 juin 1937, à la préfecture de Mont-de-Marsan.

Pour les renseignements, s'adresser au Comité national de Défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris.

Guerre. — Le médecin colonel Goursolas est nommé directeur par intérim du S. S. de la 17e région. Le médecin colonel Mahaut est nommé directeur par intérim du S. S. de la 4e région.

Troupes coloniales. — Le médecin général Botreau-Roussel est nommé directeur de l'Ecole d'application à Marseille.

Le médecin général Pezet est nommé directeur du S. S. et inspecteur des services sanitaires à Dakar.

Le médecin général Frontgous est nommé membre du Comité consultatif de santé.

Ministère de la Santé publique. — Il est constitué, au ministère de la Santé publique, une commission interministérielle, sous le titre de *Commission de coordination des Assurances sociales et de la Santé publique.*

Cette commission est destinée à assurer la coordination entre les organismes d'assurances sociales et les organismes d'hygiène et d'assistance.

Association des anciens élèves de la Faculté de médecine et de Pharmacie de Bordeaux. — Les anciens élèves de la Faculté de médecine et de Pharmacie de Bordeaux, médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sont informés qu'il vient de se créer une Association des anciens élèves, dont le siège social est à la Faculté de médecine et de pharmacie (place de la Victoire).

Adresser les adhésions (avec un mandat-carte de 50 fr.) à M. le Secrétaire de la Faculté de Médecine et de pharmacie place de la Victoire, à Bordeaux.

La première assemblée générale est fixée au samedi 19 juin 1937, à 17 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Croisière helléno-latine (été 1937). — Le XXIVe centenaire d'Hippocrate à Cos, Athènes, Epidaure.

L'UMFIA ou Union médicale latine qui, tout en soutenant la cause de la civilisation latine, n'a jamais oublié d'exalter l'Hellénisme dont cette civilisation et toute celle du bassin méditerranéen sont issues, se devait de fêter le génie grec sur le plan de la médecine auquel il a tant contribué.

L'Union médicale latine ira donc l'été prochain fêter au pays de sa naissance, à Cos, puis à Athènes et à Epidaure, Hippocrate, le plus grand médecin de l'Antiquité.

Cette croisière aura lieu sous les auspices de l'Umfia ou Union médicale latine et d'un grand nombre de personnalités de la médecine de la Grèce et de la Latinité.

On se souvient des beaux articles du docteur Dartigues en faveur de l'Hellénisme qui eurent un grand retentissement en Grèce, et tout dernièrement de la superbe conférence du professeur Laignel-Lavastine, donnée aux Voix latines : Dans le sillage d'Hippocrate. L'Umfia espère que le corps médical répondra largement à l'appel de cette belle manifestation.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Dartigues, Bureau de l'Umfia ou Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (16e).

Les Journées internationales de la Santé publique se tiendront à Paris, du 1er au 10 juillet 1937, sous la présidence du professeur Tanon. Elles comprendront plusieurs sections : Journées de la Maternité et de l'Enfance, Congrès international de Médecine scolaire et d'Education physique, Journées d'Hygiène, de Médecine et de Pharmacie militaires, Journées médicales de la Marine militaire, Journées médicales coloniales, Journées de la Marine marchande, Journées médico-sociales, Journées d'Hygiène dentaire, Journées d'Hygiène générale, Journées d'Aviation sanitaire et de Médecine aéronautique, dont nous donnerons le programme dans nos prochains numéros.

La cotisation est de 100 francs français, 50 francs pour les membres associés, à verser au docteur Planson, 164, rue de Courcelles, Paris.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat général, 2, rue Chauchat, Paris.

L'entrée est gratuite à l'Exposition internationale de Paris.

Pour réservation des chambres, s'adresser aux Voyages Duchemin-Exprinter, 36, avenue de l'Opéra, Paris (1er).

50 p. 100 de réduction sur les chemins de fer français ; 35 p. 100 sur les chemins de fer belges.

Soirée de bridge (avec tournoi facultatif) au profit des Veuves et Orphelins de Médecins (Société F. E. M.). — Le vendredi 21 mai, de 21 heures à minuit, dans les salons de l'Hôtel de la Confédération des Syndicats Médicaux, 60, boulevard de La Tour-Maubourg. (Cartes : 20 francs.)

S'inscrire à l'avance, par téléphone, à Littré 01-08, le matin, ou au siège de la Société F. E. M.

Pour le tournoi les joueurs sont priés de s'inscrire par équipes de deux.

CHRONIQUE

ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE CONSACRÉE A LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Pour ceux qui ont connu le petit laboratoire du Val-de-Grâce, dans lequel le professeur H. Vincent poursuivit tous ses travaux sur la vaccination antityphoïdique, pour ceux qui se souviennent des luttes que le professeur Vincent dut soutenir pour faire adopter une méthode qui, en décembre 1914, devait sauver l'armée française de la plus terrible des épidémies, la matinée de dimanche dernier, à l'Hôtel-Dieu, a été des plus émouvantes. M. le professeur Vincent a pu, en effet, ajouter à ses admirables statistiques l'assentiment unanime des médecins de France.

Jamais une plus belle réunion n'avait eu lieu à l'Hôtel-Dieu. Aux côtés du professeur Vincent, qui présidait, voici le professeur Carnot et notre ami le docteur H. Godlewski, infatigable animateur de l'Assemblée française. Puis MM. Armand Siredey, A. Béclère, E. Lesné, les professeurs J.-L. Faure, Sergent, Lemierre, Clerc, Castaigne, Joannon ; les médecins généraux inspecteurs Sieur, Dopter, Sacquépée, Lévy, Morvan ; le médecin général Paître ; le professeur Le Bourdelès ; MM. Ray, Durand-Fardel, Ch. Fiessinger, Flurin, Babonneix, Huber, X. Leclainche, Jacquet, Bourguignon, Herpin, Mlle S. Lévi, MM. Chauvois, G. Duhamel (d'Agen), R. Dubois (de Sanjon), Marre (d'Orléans), Paul Durand (de Courville), de Léobardy (de Limoges), Ledoux (de Besançon), Aublant (de Versailles), Haudureau, lauréat du prix Debat...

M. le professeur H. Vincent consacra son discours d'ouverture à la fièvre typhoïde. Avec beaucoup de simplicité il rappela l'enchaînement de ses travaux et, très élégamment, il reporta le mérite de ses succès sur les praticiens, dont il fit un magnifique éloge. Mais n'est-ce pas lui qui sut leur donner la foi ?

La discussion très animée qui suivit résuma l'opinion des praticiens sur l'*étiologie* de la fièvre typhoïde, sur le rôle de l'eau souillée (eau des puits), des aliments souillés (coquillages, culture maraîchère avec engrais humain, lait souillé, beurre lavé à l'eau souillée), porteurs de germes.

Pour la *prophylaxie* : unanimité sur l'efficacité de la *vaccination.* La vaccination par voie sous-cutanée est la seule qui donne une sécurité absolue.

En *thérapeutique*, enfin, on accorde beaucoup d'intérêt aux soins dans leur ensemble : glace abdominale, bains, hydratation goutte à goutte, vaccinothérapie à petites doses améliorantes, sérums de Bec et de Rodet, transfusion sanguine, chimiothérapie.

F. L. S.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE
DES ASSISTANTS
DES INTERNES ET EXTERNES
POUR L'ANNÉE 1937-1938

A. HÔTEL-DIEU. — 1. Médecin : M. le prof. Carnot ; chefs de clinique : MM. Fabre (G.), Fiehrer, Courtial, Bons ; chefs de laboratoire : MM. Deval, Coquoin, Lavergne, Dioclès, Mlle Tissier, MM. Dognon, Cachera, Lagarenne (moniteur) ; internes : MM. Grèze (A.), Seguin (M.) ; externes : M. Coury (Ch.), Mlle Kahn (M.), M. Ciaudo, Mlles Lipmann (Ch.), Grégory (D.), M. Dumas, Mlle Brissac (C.), M. Frinault, Mlles Mendras, Bournisien, MM. Pluvinage, Tostivint.

2. Médecin : M. Halbron ; assistant : M. Lenormant ; interne, M. Jaïs (Marcel) ; externes : Mme André (S.), MM. Cohen (A.), Aubouy (R.), Dubost (Ch.), Gauthey (M.).

3. Médecin : M. Baudouin ; assistant : M. Azerad ; interne: M. Rossier (A.) ; externes : Mlles Ravet (J.), Bourcart (J.), MM. Mathé (H.), Perrier (R.), Barré (Y.).

4. Médecin : M. Lévy-Valensi ; assistant : M. de Sèze ; interne : M. Inbona (J.) ; externes : Mlle Woog (F.), MM. Mselati (E.), El Haïk (V.), Salmen (F.), Mlle Faure (Françoise), M. Decormeille.

5. Médecin : M. Henri Bénard ; assistant : M. Merklen ; interne : M. Sikorav (H.) ; externes : M. Legrand, Mme Rosenwald, née Berl ; M. Szpidbaum (I.), Mlle Magallon, MM. Graineau, Umdenstock (R.), Bardon (G.).

6. Chirurgien : M. le prof. Cunéo ; assistants : MM. Jacques Bloch, Jean Sénèque ; chefs de clinique : MM. Zagdoun, Jomain, Milhiet, Beuzart ; chef de labor. : M. Peyel ; internes : MM. Ghozlang (L.), Gillet G.), Billard (J.), Flourens (P.) ; externes : MM. Méplain, Demaugre (M.), Couteru (C.), Périssel (J.), Mlle Kahn-Bruker, MM. Guy (A.), Palacci (V.), Mlle Sikorav (L.), MM. Perraudin (Ch.), Jaïs (P.), Mlle Douroff (N.), MM. Girard (R.), Sénécal (J.), Loupias (P.), Chatelin (Ch.), Dausset (J.).

7. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. le prof. Terrien ; assistant : M. Blum ; chefs de labor. : M. Hudelo, Mlle Seyer (préparateur) ; chefs de clinique : MM. Joseph, Sarrazin ; assistants de consultation : Mme Vallon, M. Guillaumat ; internes : MM. Brissaud (H.), Le Loc'h (H.) ; externes : Mlle Maréchal (E.), MM. P. Drouin, Joly (J.-P.), Mlle Th. Vigneron, M. Orliac (J.-H.), Mme Roujon, née Reverdian, M. Harel (R.).

8. Accoucheur : M. Chirié ; assistant : M. Digonnet ; internes : MM. Le Sueur (G.), Vincent (M.) ; externes : Mlle Siberlin-Blanc (R.), MM. Chabert (L.), Meline (J.), Mordo (A.), Verstrate (Cl.), Bordes-Sue (P.).

9. *Consultation* (*Médecine*) : M. Gutmann ; assistant : M. Beaugeard ; externe en premier : M. Hardel ; externes : MM. Gillet (H.), Krawiecki (Arthur), Pécheux (J.), Legris (J.).

10. (*Chirurgie*). — M. Cahen ; assistant : M. Zagdoun ; externes : MM. Pocoulé (A.), Homsy (A.).

11. *Consultation de Stomatologie* : M. Béliard ; assistant : M. Lebourg ; adjoint : M. Bornet ; externes : MM. Ta-Trung-Quan (élève), Leibowitch (R.).

12. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Lagarenne ; chef adjoint : M. Dioclès (f. f.) ; assistant : M. Colombier (radioscopie).

13. *Hydrothérapie et Thermothérapie.* — Chef de labor. : M. Duhem ; externes : MM. Cousin (R.), L. Thieblot ; chefs adjoints : MM. Chenilleau, Moro ; assistants : MM. Montmignant, Brace-Guillot, Arraud, Pagès ; soir : MM. Jary et Ferrier.

14. *Service de Physiothérapie.* — Chef de labor. : assistants :

B. LA PITIÉ. — 1. Médecin : M. le prof. Rathery ; chefs de clinique : M. Bachman, Mlle Jammet, MM. Sallet, Pautrat ; chefs de labor. : MM. Doubrow, de Traverse ; assistant de consultation spéciale : M. Froment ; interne : M. Turiaf (T.) ; externe en premier : ; externes : Mlles Thiollier (Marie-Louise), Tomachepolsky (B.), MM. Bolo (R.), Vissian (L.), Dreyfus (J.-Cl.), Daumet (H.), Cayrol (J.).

2. Médecin : M. le prof. Clerc ; chefs de clinique : MM. Sterne, Delamare, Zadoc-Kahn, André ; chefs de labor. : Mlle Gauthier-Villars, M. Paris ; interne : M. Chassagne (P.) ; externes : MM. de Fourmestraux (J.), Duval (R.), Chopard (J.), Darricau (J.), Piguet (B.), Blanchon (P.), Chauvin (J.).

3. Médecin : M. Laignel-Lavastine ; assistant : M. Gallot ; internes : M. Mignot (H.), Mme Hector ; externes : Mlle Chaminadas (A.), MM. Coulon, Collard (A.), Tardif (R.), Landau (P.), Hadengue (A.), Hébert (A.), Cachin (Y.).

4. Médecin : M. Aubertin ; assistant : M. Lévy (Robert) ; interne : M. Horeau (J.) ; externes : M. Logeard (J.), Mlle Feder (A.), MM. Pruvost (G.), Boucaut, Lacour (A.), Mlle Brussaux (A.).

5. Médecin : M. Vincent ; assistant : M. Puech ; internes : MM. Trotot (R.), Brunhes (J.), Tardieu (G.), Placa (à titre étranger) ; externes : MM. Lenoir (J.-P.), Libert (R.), Casalta (J.), Mlle Desclaux (G.), MM. Alhomme (P.), Lévy (E.), Dézarnaulds (P.).

6. Médecin : M. Harvier ; assistant : M. de Brun du Bois Noir ; interne : M. Vignalou ; externes : MM. Léger (B.), Clotteau (E.), Fénéon (J.), Girod (R.), Roux (M.), Rathery (M.), Mlle Atcham (M.).

7. Chirurgien : M. Baumgartner ; assistant : M. Banzet ; internes : MM. Challiol (J.), Nastorg (A.), Velez (F.) ; externes : Mlle Bonastre (L.), MM. Le Naour (R.), Halberstadt (H.), Mlle Mossel (G.), MM. Martinet (P.), Narboni (R.), Taieb (J.), Rojas y Lopez (C.), Amirian (A.).

8. Chirurgien : M. Chevrier ; assistant : M. Oberlin ; internes : MM. Laigle (L.), Bergeron (L.), Nabert (Cl.) ; externes : MM. Gonzalez-Ruiz (B.), Jouve (E.), Mlle Noufflard (H.), MM. Ichaïa (A.), Djuvara (R.), Zarrabi (M.), Goltz (S.).

9. Chirurgien : M. Küss ; assistant : ; internes : MM. Streusand (S.), Salvanet (J.), Joly (A.) ; externes : MM. Tran-Hüu-Tuoc, Brandon (M.), Karcher (P.), Bourdy (J.), Pitollet (Ch.), Mlle Colombe (G.), M. Thierry (J.), Mlle Vanhulle (H.).

10. Accoucheur : M. le prof. Jeannin ; chefs de clinique : M. Richard, Mlle Delahaye, MM. Esquirol, Hutin ; chef de labor. : M. Minvielle ; internes : M. Villanova (P.), Mlle Eyraud (G.) ; externe : Mlle Krihtchewsky.

11. *Consultation* (*Médecine*) : M. Escalier ; assistant : M. Bourgeois ; externe en premier : M. Pareau (A.) ; externes : MM. Martin (P.), Dumay (J.-J.), Durand (V.).

12. (*Chirurgie*) : M. Bernard (Raymond) ; assistant : externes : MM. Gibrat (P.), Neumann (A.), Chabert (R.).

13. *Oto-rhino-laryngologie* : M. Ramadier (service et non consultation) ; interne : M. Osenat (P.) ; assistant : M. Eyriès ; premier assistant de consultation : M. Guillon ; deuxième assistant de consultation : M. Baron ; externes : MM. Crèvecœur (F.), Jaupitre (J.), Gluck (E.), Mme Bosc, née Marck, M. Chareire (F.).

14. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Cerise (Service et non consultation) ; assistant : Mlle Kaz ; assistant de consultation : M. Desprez ; interne : M. Offret (G.) ; externes : MM. Poggioli (V.), Delormeau (P.).

15. *Consultation de Stomatologie* : M. Bozo ; assistant : M. Chatellier ; adjoint : M. Vrasse ; externe : M. Malingre (G.).

16. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Delherm ; chefs adjoints : MM. Devois (A.), Morel-Kahn ; assistants : MM. Codet, Fischgold, Strouzer, Chenot, Stuhl, Bernard, Hoang (f. f.) ; interne : M. Bouvier (Jean) ; externes : Mme Lenoir, née Blairon, M. Proux (Ch.).

C. SAINT-ANTOINE. — 1. Médecin : M. le prof. Loeper ; chefs de clinique : MM. Perrault, Gilbrin, Cottet, Loisel, Roy ; chefs de labor. : MM. Duchon, Lesure, Soulié, Mlle David (déléguée) ; internes : MM. Lesobre (R.), Parrot (J.) ; externes : MM. Leroy, Dupuis (R.), Joublin (J.), Piarrat (J.), Lesure (J.), Gorin (R.), Courjaret (J.).

2. *Service des tuberculeux* : externes :

3. *Centre de triage.* — Médecin : M. Jacob ; externes : MM. Lieurade (J.), Souffrin (A.), Giron (E.).

4. Médecin : M. Pagniez ; assistant : M. Plichet ; interne : M. Camus (P.) ; externes : MM. Camus (J.-L.), Gibert (M.), Avril (A.), Bauchart (J.), Bureau (G.).

5. Médecin : M. Faure-Beaulieu ; assistant : M. Cahen (Robert) ; interne : M. Thomas (H.) ; externes : Mlle Tostivint (H.), MM. Radzievsky (G.), Sarfati (A.-R.), Valadon (P.), Bloch (Jacques).

6. Médecin : M. Chabrol ; assistant : M. Busson ; interne : M. Mathivat (P.) ; externes : Mlle Saulnier (M.), MM. James (R.), Habas (J.), Girauld (André), Girauld (Marie-Jean).

7. Médecin : M. Weil (M.-P.) ; assistant : M. Oumansky ; interne : M. Molinéry (J.) ; externes : Mlles Samuel (H.), Rouvier (Ch.), MM. Patin (R.), Amado (G.), Goldberg (R.).

8. Médecin : M. Cain ; assistant : M. Cattan ; interne : M. Zarachovitch ; externes : MM. Gallimard (J.), Bertrand (J.-L.), Vaissié (A.), Mlle Hahn (M.-L.), M. Deslandes (Ed.).

9. Médecin : M. Jacob ; assistants : M. Brocard, Mlle Scherrer, M. Mayer ; interne : M. Ménétrier (J.) ; externes : MM. Hardre (J.), Estève (P.), Lévy (J.-L.), Goust (J.), Jouhanneaud (G.).

10. Médecin : M. Boulin ; assistant : M. Uhry ; interne : M. Ledoux-Lebard (Guy) ; externes : MM. Capron (P.), Bonnefis (P.), Reynaud (J.-B.), Grünspan (Th.).

11. Chirurgien : M. le prof. Grégoire ; assistant : M. Michon ; chefs de clinique : MM. Baumann, Dufour ; chef de labor. : M. Delavenne ; internes : MM. Guénon des Mesnard (G.), Adle (J.), Léger (L.) ; externes : MM. Hertz (Cl.), Alloiteau (J.-J.), Mlle Marlian (R.), MM. Bach (Ch.), Blancard (J.), Champagne (P.), Bergeron (A.), Attal (H.).

12. Chirurgien : M. Bréchot ; assistant : M. Reinold ; internes : MM. Suire (P.), Picquart (A.), Cauvy (J.) ; externes : M. Pinchinat, Mme Guidicelli, née Bousquet ; MM. Biro (J.), Morat (R.), Bessis (M.), Bakhchayech (F.), Fouassin (P.).

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Halphen ; assistant : M. Solomon (J.) ; assistant de consultation : M. Sergent ; interne : M. Dreyfus (J.) ; externes : MM. Nespoulous (J.), Schilte (P.), Jancu (B.), Mlle Candau (Jeanne).

14. Accoucheur : M. Levy-Solal ; assistant : M. Sureau ; internes : M. Azoulay (Ch.), Mlle Pinard (J.) ; externes : MM. Tremblin (G.), Nataf, Saltet de Sablet, Girault (Louis).

15. *Consultation (Médecine)* : M. Boltanski ; assistante : Mme Arager ; externe en premier : M. Gimaut ; externes : MM. Lhermet (G.), Pourceyre, Cœuillez (A.), Brenier (J.).

16. *(Chirurgie).* — M. Braine ; assistant : M. Maximin ; externes : M. Pillet (J.), Mlle Masson (A.-M.), MM. Goldenbaum (J.), Bernard (P.).

17. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Velter ; assistant : M. Halbron (Service et non consultation) ; interne : M. Kaufmann (H.) ; externes : MM. Joly (J.), Bourguet (J.), Oudot (J.), Mlle Proux (A.).

18. *Consultation de Stomatologie* : M. Thibaut ; adjoint : M. Lacaisse ; assistant : M. Friez ; élèves : Mlle Ziman, M. Govaerts (G.) (externe).

19. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Solomon ; chefs adjoints : MM. Gibert, Busy, Ordioni ; assistants : MM. Jaudel, Vitenson, Clenet (f. f.), Mozer ; interne : M. Droguet (P.) ; externes : MM. Pierrre, Sterboul (I.), Guillaumont, Mlle de Bergman.

D. NECKER. — 1. Médecin : M. Villaret ; assistant : M. Bith ; interne : M. Duval (A.) ; externes : MM. Bouillié (R.), Riestelhueber (J.), Hussameddin (D.), Pestel (M.), Mme Bouillié (C.).

2. Médecin : M. Laederich ; assistant : M. Worms (Robert) ; interne : M. Payet ; externes : MM. Motte (A.), Borja (V.), Bigou (A.), Diengott (D.), Penit (R.).

3. Médecin : M. Fiessinger ; assistant : M. Albeaux ; interne : M. Varay (André) ; externes : MM. Chigot (P.), Petit (J.), Mlle Caulliez (Madeleine), M. Danel (J.).

4. Médecin : M. Binet ; assistant : M. Kaplan ; interne : M. Bour (H.) ; externes : MM. Godlewski (G.), Ferrand (G.), Bourlière (F.), Tronc (M.).

5. Chirurgien : M. le prof. Marion ; assistant : M. Fey ; chefs de clinique : MM. Naggiar, Bouchard ; chefs de laboratoire : MM. Colombet, Chabanier, Mlle Kogan, M. Truchot ; internes : MM. Bouteau (P.), Grépinet (H.), Zwillinger (étranger en surnombre) ; externes : MM. Chabasseur, Aharfi (G.), Nguyen-Thé-Dai, Fayet (J.), Bertier (J.), Blanc (G.), Chaouli (Ch.), Bensimhon (G.), Tzannetis (B.). Tubiana (R.).

6. Chirurgien : M. Berger (Jean) , assistant : ; internes : MM. Chatain (J.), Saks (P.), Thorel (P.) ; externes : Mme David (L.), MM. Lavergne (Ch.), Edelman (G.), Mlles Bourbon (D.), Brissy (S.), M. Carillo-Mortua (L.), Mlle Duboin (H.).

7. Chirurgien : M. ; assistant :

8. *Consultation (Médecine)* : M. Lambling ; assistant : M. Thomas ; externe en premier : M. Boudon (Cl.) ; externes : MM. Delcambre (R.), Ruel (H.), Soula (J.).

9. *(Chirurgie).*— M. Quénu ; assistant : M. Guillot ; externes : MM. Labouré, Schtakleff (A.).

10. *Consultation de Stomatologie* : M. Gornouec ; adjoint : M. Hénault ; externe : M. Pertusier (Jean).

11. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Gilson : adjoint : M. Baude ; assistants : MM. Bernard, Brunet, Gaucher (f. f.), Lamy (f. f.) ; externes : MM. Gordowski (André), Hébert (P.).

12. *Clinique des voies urinaires.* — M. le prof. Marion.

13. *Centre anti-cancéreux.* — M.

E. ENFANTS-MALADES. — 1. Médecin : M. le prof. Nobécourt ; adjoint : M. ; chefs de clinique : MM. Pathey, Hurez, Brisset ; chefs de laboratoire : M. Frebet, Mme Laroche (moniteur), M. Brunet (moniteur) ; interne : M. Temerson (H.) ; externes : Mlle Dunand-Henry (S.), M. Phéline (P.), Mlle Maureil-Deschamps (M.), Mme Benetaud-Girardot (J.), M. Rognon (L.), Mlle Kletter (F.), M. Roblin (J.).

2. Médecin : M. Weill-Hallé ; assistant : Mlle Papaioannou (A.) ; interne : M. Meyer (J.) ; externes : MM. Taïeb (A.), Francheteau (G.), Mlles Lassudrie-Duchêne (Cl.), Lerner (S.), M. Pons (A.).

3. Crèche ancienne et nouvelle : M. Weill-Hallé ; externe en premier : Mlle Lautmann (F.) (interne).

4. Médecin : M. Armand-Delille ; assistant : M. Lestoquoy; interne : M. Wolinetz (E.) ; externes : MM. Caldier (L.), Moure (S.), Aubouy (M.), Barbery (A.), Arnold (E.), Caillods (J.).

5. Sélection. Interne : M. Tiffeneau (R.) ; externe en premier : Mlle de Neyman.

6. Médecin : M. Darré ; assistant : Mlle Landowski ; interne : M. Vildé (L.) ; externes : M. Gaulier, Mlles Marette (F.), Lazinier (J.), MM. Matheron (J.-M.), Venator (R.), Mme de Prelauné, née Celoron de Blanville.

7. Médecin : M. Tixier ; assistant : M. Eck ; interne : M. Picquard (Albert) ; externes : Mlle Laisney (Simone), MM. Marzet (A.), Giraud (Paul), Verriez (Ch.), Sadri (Mohammed), Jardel (G.), Borman (I.).

8. Chirurgien : M. le prof. Ombrédanne ; assistant : M. Fèvre ; assistant d'orthopédie : M. Lance ; chefs de clinique : MM. Gorecki, Petit, Judet ; assistant de consultation d'orthopédie : M. Huc ; chef de laboratoire : M. Saint-Girons ; préparatrice : Mme Remond ; internes : MM. Lecœur (Pol), Barbier (Léon) ; externes : MM. Lang (Paul), Brunat (G.), Marachi (Ch.), Küss (René), Adam (Roger), Clamageran (J.), Bailly (P.), Maillard (Cl.).

9. Service médical d'Antony : M. le prof. Ombrédanne ; assistant : N... ; externe en premier : M. Chevalier (Anthelme) (interne) ; externes : Mlle Dehennot (A.-M.), M. Talbot (Marcel).

10. Chirurgien : M. Bergeret ; assistant : M. ; internes : MM. Vincent (Pierre), Maynadier (P.) ; externes : MM. Perel (O.), Germond (J.), Mlle Bourget (G.), MM. Scherrer (J.), Mouzon (M.), Flabeau (F.), Mme Filhoulaud (S.).

11. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Monbrun ; assistant : M. Delobel (M.) ; assistant adjoint : M. Ducraix (R.) ; assistant de consultation : M. Jourdy (P.) ; interne : M. Chiche (Paul) ; externes : MM. Alpérine (G.), Dumas (P.), Dupin-Girod (Jacques), Gautier (J.).

12. *Oto-rhino-laryngologie* : M. Le Mée ; assistant : M. Bichier ; assistant adjoint : N... ; assistants de consultation :

MM. Gratier, Mazarakis ; internes : MM. Debain (Jean), Temine (Pierre) ; externes : Mme Aginski ; Mlle Eliakim (Julie), MM. Szylowicz (T.), Gold (S.), Mlle de Lanessan (P.), MM. Roch (W.), Guéron (I.).

13. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Thibonneau ; adjoint : M. N...; assistant : M. Martinot (Roger) (f. f.) ; externes : MM. Defrance (Maurice), Nefussy (Elie).

14. *Service temporaire contagieux pour enfants* (Pavillon Maria-Richard). — Médecin : M.... ; externes .:::

15. *Service temporaire poliomyélite.* — M. le prof. Nobécourt ; externe en premier M. Bourée (Jacques) (interne) ; externes : Mlle Bérenger (Marg.), M. Aslanian (D.).

F. Cochin. — 1. Médecin : M. le prof. Labbé ; chefs de clinique : MM. Ménétrel, Thiery, Antonelli ; chefs de laboratoire : MM. Busy, Gallais, Hury, Baudelot ; internes : MM. Négréanu (A.), Fischer (L.), Rymer (M.) ; externes : MM. Pinot (J.-P.), Theiler (R.), Leroux (P.), Moreau (M.), Leiser (J.), Baulon (G.), Burgaud (J.), Chambon (A.), Denis (J.), Mme Négréanu née Bonnard, MM. Pierart (A.), Bertaud (V.), Laurent J.).

2. Médecin : M. Pinard ; assistant : Mlle Corbillon ; chef de laboratoire : M. Giraud ; internes : M. Fauvet (Jean), Mlle Wirz (S.) ; externes : MM. Devaux (M.), Robert (J.), Piard (A.), Hérard (J.), Hervet (E.), Parhani (Y.).

3. *Service de malariathérapie.* — Médecin : M. Pinard ; externes : MM. Dufour (Maurice), Masmonteil (Henri).

4. Médecin : M. Ameuille ; assistants : MM. Hinault (f. f.), Kudelski (f. f.), Lemoine, Lejars ; chef de laboratoire : Mme Dubois ; chef de laboratoire adjoint : Mlle Delhomme ; interne : M. Cler (René) ; externes : MM. Hemeury (Jean), Chenille (Jean), Mlle Vuillet (Hélène), MM. Pribat (Pierre), Matron (Pierre), Derooz (Jean).

5. *Service du dispensaire.* — Interne : M. Piton (J.) ; externes : Mlles Gorodetzki (L.), Spach (Hélène), M. Routier (M.), Mlle Huguenard (A.).

6. *Service temporaire tuberculeux* (ancien pavillon Dieulafoy). — Interne : M. Bellin (A.) ; externes : Mlle Mirabail (O.), MM. Cottard (A.), Legendre (L.).

7. *Pavillon tuberculeux (femmes).* — Médecin : M. Ameuille ; externes : MM. Boursault (Bern.), Boutbien (Léon).

8. Médecin : M. Chevallier ; assistant : M. Colin (f. f.) ; chef de laboratoire : Mme Hahn (f. f.) ; interne : M. Desmonts (Théo) ; externes : MM. Moch (B.), Denoyelle (M.), Mlle Salmon (Denise), M. Nataf (A.-R.), Mlles Kaplan (Olga), Loiseau (F.).

9. Chirurgien : M. le prof. Lenormant ; assistants : MM. Wilmoth, Ménégaux ; chefs de clinique : MM. Calvet, Pergola, Moyse ; chefs de laboratoire : MM. Beauvy, Perrot ; internes : MM. Neyraud (Ch.), Thomeret (G.), Laurence ; externes : Mlle de Robert (Jeanne), MM. Owsianik (Th.), Cordier (P.), Brille (P.), Bailly (R.), Daudet (M.), Benidir (H.), Boitard (M.), Le Bourg (J.), Samama (M.), Conge (M.), Badin (J.), Chaltiel (L.).

10. *Annexe de la clinique chirurgicale.* — Chirurgien :

11. Chirurgie. — M. le prof. Mathieu ; assistant : M. N...; chef de clinique : M. Lance (Pierre) ; internes : MM. Debeyre (Y.), Cauchoix ; chef de laboratoire : M. Letulle ; assistants d'orthopédie : MM. Ducroquet, Strohl ; externes : MM. Hartmann (J.), Metropolitanski (J.), Holleville (E.), Tibi (M.), Lallemand (J.), Schapp (J.).

12. Chirurgien : M. Chevassu ; assistant : M. Bayle ; internes : MM. Nardi (C.), Cordebar (J.) ; externes : MM. Capelle (H.), Gerber (L.), Sablon (M.), Mlle Kowalska (E.), MM. Bastian (F.), Roby (J.), Jourdan-Laforte (J.), Roy (G.).

13. *Consultation (Médecine).* — M. Costes ; assistant : M. Salmon ; externe en premier : M. Froidefond ; externes : MM. Giret (Joseph), Connat (M.), Lux (Henri).

14. *(Chirurgie)*, rattachée au service de la clinique chirurgicale. — Externes : MM. Frankfurt (Paul), Lewinson (Max.), Jacquemin (H.).

15. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Prelat ; assistant : M. Bideau ; externes : M. Attuil (L.), Mlle Germain (M.).

16. *Consultation (oto-rhino-laryngologie).* — M. Maduro ; assistant de consultation : M. Bruker ; externes : MM. Eydieux (H.), Sevaux (F.).

17. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Ronneaux ; chef adjoint : M. Desgrez ; assistants : MM. Boileau (Fr.), Barreau, Moret, Mainguy, Busy (R.), Cros (f. f.) ; externes : MM. Degand (Félix), Le Louet (Félix).

18. *Consultation de stomatologie.* — M. Maurel ; adjoint : M. Omnès ; assistant : M. Duffieux ; élève : M. Mamignon.

G. Hôpital Beaujon (Clichy). — 1. Médecin : M. Tinel ; assistant : M. Morlaas ; interne : M. Morichau-Beauchant ; externe en premier : Mlle Haguenauer ; externes : MM. Talpin (J.), Agid (R.), Mlle Gravelat (M.), MM. Hauser (F.), Hamon (Y.).

2. Médecin : M. Stevenin ; assistant : M. Lelourdy ; interne : M. Gaube (R.) ; externes : M. Lemoine (A.), Mlles Sokolsky (N.), Dicky (O.), MM. David (D.), Coste (J.).

3. Médecin : M. Donzelot ; assistant : M. Menetrel ; interne : M. Netter (H.) ; externes : MM. Kartun (P.), Drylewicz (G.), Pelaez (M.), Haussmann (L.), Butzbach (J.).

4. Médecin : M. Richet ; assistant : M. Sourdel ; interne : M. Gras (Louis) ; externes : MM. Pergola (F.), Guéraud (Louis), Colboc (A.), Lacour (A.), Mlle Rousset (M.).

5. Médecin : M. Léon-Kindberg ; assistants : MM. Vibert, Adida (chargé des pneumothorax), Weiler (dispensaire) ; interne : M. Kaplan (Alex) ; externe en premier : M. Lafon Jacques) ; externes : MM. Nanty (D.), Gerain (A.), Demétriadès (M.), Cahn (L.), Quintescu (M.), Woimant (G.).

6. Médecin : M. Turpin ; assistant : M. ; chef de laboratoire : M. May ; interne : M. Pecher (Yves) ; externes : MM. Chardin (D.), Davy (A.), Lebettre (N.).

7. Chirurgien : M. Basset ; assistant : M. Ameline ; internes : MM. Debelut (J.), Lascaux (B.), Neveu (J.) ; externes : MM. Joannès (R.), Richet (G.), Mlle Mires (J.), MM. François (A.), Kalmar (J.), Calvo Platero, Laroche (Cl.), Mlle Benard (Cl.).

8. Chirurgien : M. Guimbellot ; assistant : M. ; internes : MM. Boissonnat (P.), Delzant (O.), Plas (F.) ; externes : MM. Lévy (J.), Bour (P.), Racovsky (M.), Chauvisé (J.), Pichereau (R.), Baudy (R.), Choubrac (P.), Bignon (B.).

9. Chirurgien : M. Rouhier ; assistant : M. ; internes : MM. Sagaut (P.), Lepintre (Y.), Jacquot (A.) ; externes : MM. Fabre (Jean-Louis), Leca (Jean), Mlle Kniazeff (Cath.), MM. Nebout (J.), Wollmann (E.), Collet (A.), Boschatel (E.), Mazillier (M.).

10. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Baldenweck ; assistants : MM. Tillé (H.), Leroux (Rob.) ; 1er assistant de consultation : M. Magnien ; interne : M. Sacquepée (R.) ; 2e assistant de consultation : M. Bory ; assistant suppléant : M. Granet ; externes : MM. Kouchner (G.), Poncet (E.), Lustak (E.), Pellot (Cl.).

11. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Bourdier ; assistant : M. Rouher ; assistant de consultation : M. Oger ; interne : M. Dubois (J.) ; externes : MM. Stein (élève), Deutsch (élève).

12. Accoucheur : M. Levant ; assistants : MM. ; internes : MM. Jamain (B.), Geffroy (Y.) ; externes : MM. Mogharëi (M.), Guillaume (R.), Bibring (A.), Martin de Frémont (H.), Mme Comte née Lecointe.

13. *Consultation (Médecine).* — M. Decourt ; assistant : M. Bloch ; externe en premier : M. Eudel ; externes : MM. Guitard (J.), Door (M.), Albert (A.).

14. *Chirurgie.* — M. Soupault ; assistants : M. ; externes : M. Blaire (G.), Mme Demassieux ; M. Roussel.

15. *Electroradiologie.* — Chef du service central : M. Aubourg ; chefs adjoints : MM. Joly, Surmont ; assistants : MM. Piffault ; Gauillard (R.), Mme Delaplace ; MM. Deille (f. f.), Verre, Raulot-Lapointe ; interne : M. Lefebvre (René) ; externes : MM. May (Gilbert) ; Gaudron (H.), Mlle Atcham (P.), M. Choquet (élève).

16. *Consultation de stomatologie.* — M. L'Hirondel ; assistant : M. Sassier ; adjoint : M. Lheureux ; externe : M. Gay (Pierre).

H. LARIBOISIÈRE. — 1. Médecin : M. Gandy ; assistant : M. ; interne : M. Gisselbrecht (Henri) ; externes : M. Colsenet (J.), Mlle Verron (R.), MM. Druilhe (A.), Leveque (P.), Komarover (I.), Dupuy (M.), Lacaze (H.).
2. Médecin : M. Herscher ; assistant : M. Roberti ; interne : Mme Hyon-Jomier ; externes : MM. Jomier (François), Perol (Et.), Astre (A.). Pellet (M.), Pinasseau (R.), Bernheim (L.), Thevenin (P.), Gautier (R.).
3. Médecin : M. Rivet ; assistant : M. Hirschberg ; interne : Mme Rault (Mad.) ; externes : MM. Enel (J.), Danion (J.), Mlle Grould (Paulette), M. Bourgeaud (L.), Mlle Descroix, MM. Chevillotte (G.), Legrand (M.).
4. Médecin : M. Gautier ; assistant : Mlle Heimann ; interne à titre étranger : Mme Lévachkevitch ; interne : Mme Adda-Denis ; externes : MM. Marchal (L.), Chappelart, Salinesi (J.), Bouyssi (F.), Vignon (D.), Flaisler (A.).
Service des tuberculeux. — Médecin : M. Gautier ; externes MM. Coriat (M.), Sauzède (Cl.).
5. Médecin : M. Nicaud ; assistant : M. Bolgert ; interne : M. Tanret (P.) ; externes : MM. Rouveix (J.), Grignié (J.), Beau (P.), Bui-Kien-Tin ; Ardouin (M.), Rousselin (R.), Hébert (M.).
6. Chirurgien : M. Heitz-Boyer ; assistant : M. Chaignon ; internes : MM. Lanthier (P.), de Maulmont ; chef de laboratoire : M. Grigant ; externes : MM. Calmanovici (N.), Pach (A.), Delerba (J.), Pomes (G.), Rosensteck (N.), Gasch (J.), Ben Hamou (D.), Blestel (J.), Lieb (G.).
7. Chirurgien : M. Cadenat ; assistant : M. ; internes : MM. Jouanneau (P.), Marcy (J.), Monsaingeon (A.) ; externes : MM. Arnavielhe (Jacq.), Ponsar (A.), Devimeux (P.), Bruneau (J.), Pistre (M.), Cuenca (H.).
8. *Service des chroniques.* — M. Cadenat ; externe : M. Henry (Paul).
9. Chirurgien : M. Sauvé ; assistant : M. ; internes : MM. Forget (Roger), Le Roy (A.), Vautier (J.) ; externes : MM. Gilbert (H.), Nalpas (P.), François (R.), Pouponneau (R.), Duhamel (M.), Milstein (J.), Perrotin (J.).
10. Chirurgien : M. Houdard ; assistant : M. ; internes : MM. Girard (Emile), Morin (Paul), Pierra (Christian) ; externes : Mme Pérol, MM. Rey (J.), Polliot (L.), Pardon (J.), Bory (R.), Sevestre (J.), Van Quathem (M.).
11. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. le prof. Lemaître ; chefs de clinique : MM. Gaston, Bérard, Van den Bosche, Demaldent, Loiseau ; chefs de laboratoire : MM. Ardoin, Moussotte (moniteur), Rachet (moniteur) ; assistant : M. Sailly ; assistant suppléant : M. Moussette ; assistant de consultation : M. Chaillouet ; internes : Mlle Courrier (Andrée), M. Cernéa (Pierre) ; externes : MM. Davidovici (Al.), Bouvier (Henry), Manillier (Ray.), Mlle Petron (Colette), MM. Praslon (J.), Crabol (J.), Ponpon (J.).
12. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Magitot ; assistant : M. Dubois ; 1er assistant de consultation : M. Rossano ; 2e assistant de consultation : Mlle Haas ; interne : M. Lacorne (Jean) ; externes : M. Benaliona, Mlle Caussé (G.), M. Lehec (H.).
13. Accoucheur : M. Devraigne ; assistant : M. Ravina ; internes : MM. Marre (Ph.), Taveau (Pierre) ; externes : M. Barry (R.), Mme Aupinel, MM. Pradelle (R.), Catalogne (A.), Kropff (G.), Lederer (W.), Ferrasson (P.).
14. *Consultation (Médecine).* — M. Hamburger ; assistant : M. Courtin ; externe en premier : Mlle de Larminat ; externes : Mlle Robert (M.-Th.), MM. Bloch (M.), Abeille (J.), Piana (G.), Masson (M.).
15. *(Chirurgie).* — M. Redon ; externes : MM. Schneider (M.), Solomon (A.), Marinetti (P.).
16. *Consultation de stomatologie.* — M. Rousseau-Decelle; adjoint : M. Lattès ; assistant : M. Gencel ; externes : M. Baillet (H.), Mlle Dufresne (H.).
17. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Guilbert ; chefs adjoints : MM. Frain, Falcoz (f. f.) ; assistants : MM. Corbier, Giron (f. f.) ; externes : MM. Legueux (élève), Hocheyt (élève), Lack (élève), Mme Crasneanschi (élève).

I. TENON. — 1. Médecin : M. Weill (P.-E.) ; assistant : M. Isch-Wall ; interne : M. Aschkenasy (Alex.) ; externes : Mme. Mattei (M.), MM. Lichnewsky (R.), Vialard-Goudou (M.), Müller (J.).
2. Médecin : M. Lian ; assistant : M. Facquet ; interne : M. Welti (J.-J.) ; externes : MM. Aupinel (M.-R.), Lebel (J.), Mlle Martin de Gimard, MM. Gérard (J.), Lasry (J.).
3. Médecin : M. Brûlé ; assistant : M. Hillemand ; interne : M. Herrenschmidt (Jean) ; externes : Mlle Sauvé (Cécile), MM. Dos Ghali (J.), Ternier (A.), Fleury (H.), Devilliers (B.), Paley (J.).
4. Médecin : M. Laroche ; assistant : M. Bompard (B.) ; interne : M. Baudouin ; externes : MM. Dailly (R.), Stevenin (L.), Mlle Fommarty (M.), M. Boismoreau (P.).
5. Médecin : M. May ; assistant : M. Ollivier (J.) ; internes : M. Grenet (Pierre), Mme Logeais-Barnaud ; externes : MM. Fortin (P.), Prin (A.), Joussemet (R.), Cuzin (J.), Fronville (P.), Bena (M.), Buchenaud (J.), Roy (B.).
6. Médecin : M. Pruvost ; assistants : MM. Bourguignon, Pescarolo, Mlle Prieur (f. f.) ; internes : MM. L'Hirondel (J.), Roche (C.) ; externes : MM. Mertens (Ph.), Muller (A.), Bally (M.), Zirah (P.), Halfon (E.), Dana (R.), Mlle Prost (M.-L.), MM. Le Bihan (R.), Graillon (P.), Mlle Ulrich (C.).
7. Médecin : M. Marchal ; assistant : M. Soulié ; interne : M. Ortholon (J.) ; externes : M. Gauthier (R.), Mme Penit née Cuvillier, MM. Gorny (M.), Le Floch (Gérard), Palmer (D.), Bignotti (A.).
8. Médecin : M. de Gennes ; assistant : M. Salles (René) ; internes : Mlle Debay (Ch.), en surnombre étranger : M. Walther (Roger) ; externes MM. Bouvaist (J.), Lanvin (M.), Goury-Laffont (M.), Delouche (G.), Mlle Belletre (M.), M. Galmiche (P.).
9. Chirurgien : M. Roux-Berger ; assistant : M. de Gaudart d'Allaines ; internes : MM. de Botton (René), Perret (Robert), Aliker (Pierre) ; externes : MM. Pujol (M.), Morel (V.), Ossanlou (G.), Courtenay-Mayers, Mlle Fillon (C.), M. Massoum-Khani (C.), Mlle Moreau (J.).
10. Chirurgien : M. X... ; assistant : M. Moulonguet (Pierre) ; internes : MM. Derieux (Pierre), Robey (Maurice). Lefebvre (Jacques), en surnombre étranger : M. Rochlin (M.) ; externes : MM. Koenig (B.), Fouks (L.), Loygue (J.), Drain (R.), Michon (J.), Sebillotte (C.), Rouault de la Vigne.
11. Chirurgien : M. Deniker ; assistant :M. Sauvage ; internes : MM. Beauchef (Jean), Arviset (Abel), Lévy (Jean) ; externes : M. Krenner (P.), Mlles Redonnet (Marg.), Marc (C.), MM. Warmé (R.), Coriat (L.), Sissmann (M.), Cacault (J.), Seibel (B.).
12. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Hautant ; assistant : Bourgeois (Robert) ; assistant de consultation : M. Duflot ; internes : MM. Hofmann (Salomon), Brégeat (Raymond) ; externes : MM. Sinaud (F.), Fehrembach (Al.), Dutter (Lucien), Ho-Vinh-Thong, Grünwald (A.), Seiffert (P.).
13. *Ophtalmologie.* — M. Bollack ; assistant : Mme Delthil ; assistant suppléant : N...; assistant de consultation : M. Camps ; interne : M. Hacker (B.) ; externes : MM. Roulin (M.), Wolkowicz (él.), Driard (él.), Wior (él.).
14. Accoucheur : M. Cleisz ; assistant : M. ; internes : Mme Cornet née Sachnine, M. Freret (Paul) ; externes : Mlle Leuthreau (Marie), MM. Beaugrand (Pierre), Verdez (F.), Mlle Saulnier (F.), M. Ballerin (J.).
15. *Consultation (Médecine).* — M. Basch ; assistant : Mlle Maas ; externe en premier : M. Lecointe ; externes : MM. Roualt (Ch.), Mathias (Jean), Mlle Meugé (Y.), M. Lebrun (Michel).
16. *(Chirurgie).* — M. Chifoliau ; assistant : M. Baudelot ; externes : Mlle Rosenstock (Odette), MM. Machoire (Yves), Guegan (Yves).
17. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Lepennetier.
18. *Laboratoire de curiethérapie.* — Chef de service : M. Mallet ; adjoint : M. Collioz ; externes MM. Habib (Sylv.), Koïfman (élève) ; chef adjoint : M. Bouchard (f. f.) ; assistants : MM. Descouts, Marchal, Godefroy (f. f.), Franck (Simon) (f. f.), Grain.
19. *Consultation de stomatologie.* — M. Lacronique ; adjoint : Mme Papillon ; assistant : M. Bertrand.

J. LAËNNEC. — 1. M. le prof. Bezançon ; chefs de clinique : MM. Cachin, Chadourne, Lehmann (R.), Paul (Ch.), Pergola, Robert (P.) ; chefs de laboratoire : MM. Braun,

Guillaumin, Delarue ; assistants : MM. Baron, Azoulay, Braun, Destouches, Fouquet, Mme Ragu (crèche) ; consultation spéciale pneumothorax : MM. Gaucher, Meyer, Langlois ; internes : MM. Vincent (Ph.), Siguier (F.) ; externes : MM. Le Lay (R.). Daguet (J.), Mlle Goutcharoff (M.), M. Durrande (M.), Mlles Fabre (G.), Prettre (F.), M. Darris (Ch.).

2. *Crèche.* — Externes : Mlle Tarrade (A.), M. Tisca (R.).

3. *Dispensaire Léon-Bourgeois.* — M. le prof. Bezançon ; externes : Mlle François (B.), MM. Rouff (M.), Lefebvre (G.).

4. Médecin : M. Ramond (Louis) ; assistant : M. Vialard ; interne : M. Grossiord (A.) ; externes : M. Rouget (J.), Mlle Wolfromm (H.), M. Ducournau (J.), Mme Benoit (M.-L.).

5. Médecin : M. Troisier ; assistants : MM. Hautefeuille (E.), Chadourne (P.), Brissaud (E.), Nico (P.), Mlle Blanchy ; chef de laboratoire adjoint : M. Poumailloux (M.) ; internes : M. Chenebault (J.), Mme Lamotte, M. Lemenetier (J.) ; externes : Mlle Theodoresco, MM. Keiser (A.), Horvilleur (P.), Mlle Jeanperrin (Ch.), MM. Staub (M.), Couder (F.), Porge, Simon (G.), Picot (G.), Sebag (A.), Koskas (M.), Gosselin (M.).

6. *Dispensaire Léon-Bourgeois.* — M. Troisier ; externes : Mlle Vesigot-Wahl (M.), MM. Chavarot, Sclafer (J.).

7. Médecin : M. Bénard (René) ; assistant : M. Bariéty ; interne : M. Goutner (B.) ; externes : MM. Piot (A.), March (G.), Carlot (R.), Colin (P.).

8. Médecin : M. Lechelle ; assistant : M. Thevenard ; interne : M. Perrot (Raoul) ; externes : MM. Gibon (L.), Monteau (R.), Martinon (A.), Ancelin (A.).

9. Service supprimé.

10. Chirurgien : M. Lardennois ; assistants : MM. Maurer, Velti ; internes : MM. Mouchotte (M.), Maruelle (R.), Marre (Pierre) ; externes : MM. Perrier (P.), Legendre (J.), Barbier (L.), Radjai (Y.), Depinay (P.), Mlle Schauving (E.), Mme Fabre, MM. Dubarry (L.), Sapir (M.).

11. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Bloch (André) ; assistants : MM. Rasset (A.), Soulas (A.) ; assistant adjoint : M. Larroque ; assistant de consultation : M. Lembine ; interne : M. Giraud (J.) ; externes : MM. Mariani (F.), Fox (M.), Pinès (J.), Sapet (M.).

12. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Cantonnet ; assistant : M. Besnard ; assistant suppléant : M. Encausse ; assistant de consultations : Mme Gaudebert ; interne : M. Genevrier (R.) ; externes : MM. Arighi (C.), Hallot-Boyer (P.), Barbier (M.).

13. *Consultation (Médecine).* — M. Celice ; assistant : M. Marceron ; externe en premier : M. Delatour (J.) ; externes : Mlle Haller (R.). MM. Bachet (M.), Goldstein (A.).

14. *(Chirurgie).* — M. Maurer ; externes : MM. Sissmann (R.), Joué (R.).

15. *Consultation de stomatologie.* — M. Darcissac.

16. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Maingot ; chef adjoint : M. Portret ; assistants : MM. Jouveau-Dubreuil, Helie, Vassal (f. f.) ; externes : MM. Prunel (M.), Lévy (Raymond), Loiseau (André).

K. Bichat. — 1. Médecin : M. Boidin ; assistant : M. Rouquès ; internes : MM. Paillas (J.-B.), Roux (M.) ; externes : MM. Bolivar (J.), Cotillon (J.), Baudouin (J.), Le Brigand (H.), Houdard (R.), Mlles Remond (S.), Pauliac (M.), Mme Carpentier (A.).

2. Médecin : M. Chiray ; assistant : M. Albot ; internes : MM. Dupuy (R.), Bonnet (G.) ; externes : MM. Mouton (G.), Roger (F.), Chouinard (G.), Verliac (F.), de Paulo (J.), Mebs (J.), Henri (J.), Courchet (A.).

3. Médecin : M. Pasteur-Vallery-Radot ; assistant : M. Mauric ; internes : MM. Soullard (J.), Claisse (R.) ; externes : Mlle May (Marie), M. Flandin (F.), Mlle Grumbach (R.), MM. Gandrille (M.), Sauzier (P.), Miquelard (M.), Gorce (M.), Rohmani (M.).

4. Médecin : M. Faroy ; assistant : M. Deron ; internes : MM. Genty (P.), Arnous (J.) ; externes : MM. Bastin (R.), Cornillon (L.), Hochedel (A.), de Rudelle (A.), Malvezin (F.), Mlle Camilleri (L.), MM. Ferrand (P.), Szryro (M.).

5. Chirurgien : M. Capette ; assistant : M. Gueulette ; internes : MM. Beauchef (R.), Boutron (J.), Goyer (R.) ; externes : MM. Payenneville (H.), Krajevitch (A.), Chaudouet (P.), Keruzoré (F.), Nehlil (J.), Mintz (M.), Meunier (J.-J.), Blanquet (R.).

6. Chirurgien : M. Mondor ; assistant : M. Huet ; internes : MM. Barcat (J.), Huguier (J.). Lortat (Jacob) ; externes : MM. Weyl (J.), Leprat (S.), Rie (G.), Rey (H.), Galey (J.), Tran Van Hoa, Duhamel (G.), Devraigne (P.).

7. Chirurgien : M. Brocq ; assistant : M. Chabrut ; internes : MM. Morhange (J.), Reignier (J.), Rouvillois (Cl.) ; externes : M. Foulon (J.), Mlle Benezit (M.), MM. Kerschen (R.), Corcos (V.), Narevsky (H.), Viard (P.), Foix (L.), Maigne (R.).

8. Accoucheur : M. Metzger ; assistant : M. Couinaud ; internes : M. Castany (J.), Mlle Aubin (H.) ; externes : MM. Gropper (G.), Pouzols (R.), Doville (J.), Vialard (E.), Gues (A.), Guittard (J.).

9. *Consultation (Médecine)* : M. Garcin ; assistant : externe en premier : M. Tiret (J.) ; externes : MM. Revel (C.), Raymond (J.), Le Bozec (R.), Mathias (J.), Caron (P.), Orgogozo (J.).

10. *(Chirurgie).* — M. Schwartz ; externes : MM. Steinberg (R.), Hiverlet (E.), Meunier (J.).

Annexe Bichat (Polyclinique du boulevard Ney).

11. *Médecine infantile.* — Médecin : M. Lévy (Pierre-Paul) ; interne : M. Breton (P.) ; externes : M. Jourdan (R.), Mlle Bouvet (A.), M. Boursaus (R.).

12. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Renard ; assistant de consultation : M. Mekdjian ; externe : M. Badie (M.).

13. *Oto-rhino-laryngologie* : M. Aubry ; assistant de consultation : M. Encausse ; externes : MM. Rosenberg (S.), Lanceau (P.).

14. *Electro-radiologie* : M. Lehmann ; adjoints : MM. Porche (P.), Foubert (F.) ; assistants : M. Hicquel, Mme Wessbecher, MM. Juquelier (f. f.), Source (f. f.), de la Beausserie (f. f.), Le Canuet.

15. *Consultation de Stomatologie.* — M. Raison ; externe : M. Erlich (Jean-Antonio).

L. Broussais. — 1. Médecin : M. le prof. Sergent ; assistants : MM. Mignot, Bordet, Lonjumeau ; chefs de clinique : MM. Regaud, Racine, Fourestier (M.) ; chefs de labor. : MM. Durand (Henri), Couvreux, Kourilsky ; internes : MM. Vendryes (P.), Fasquelle (R.) ; externes : MM. Audoly (P.), Bertrand (C.), Le Brun (G.), Dicesco (Th.), Doumic (J.), Bonvallet (J.), Pramayon (E.), Orfali (J.).

2. Médecin : M. le prof. Laubry ; assistant : M. Soulié ; chefs de clinique : MM. Leblanc, Landowski, Brosse, Royer de Vericourt ; chefs de labor. : MM. Deylande, Heim de Balsac, Raymond, Lenègre (J.), Jaubert ; interne : M. Bouvrain (Yves) ; externes : MM. d'Œlsnitz (M.), Weiss (Th.), Hewitt (J.), Petit (J.-M.-L.), Carlotti (J.).

3. *Service des tuberculeux.* — M. le prof. Laubry ; interne : M. Porge (J.) ; externes : MM. Nguyen-Trung-Nam, Petitot (A.).

4. Médecin : M. Abrami ; assistant : M. Lichwitz ; interne : M. Mallet (R.) ; externes : Mme Delaffond (M.), Mlles Aftalion (M.-L.), Franses (E.), Dreux (H.), Blieblum (S.), MM. Mendelsohn (B.), Postel-Vinay (C.).

5. *Service des tuberculeux* : M. Abrami ; interne : M. Moulinier (E.) ; externes : MM. Cohen (J.), Bernard (L.).

6. Médecin : M. Jacquelin ; assistant : M. ; internes : Mlle Rotte (S.), M. Lévy (F.) ; externes : MM. Astié (J.), Ryckebusch (J.), Dogué (J.), Jourde (L.), Desvieux (F.), Nomdedeu (H.), Thiebot (P.), Flouquet (R.).

7. Chirurgien : M. Monod (Robert ; assistant : M. Seillé ; internes : MM. Gout (L.), Guenin (P.), Picard (G.) ; externes : MM. Millet (R.), Maurel (J.), Hechavarria y Vaillant, Bokser (B.), Lacrosaz (M.), Mlle Chevallier (J.), M. Lavarde (J.).

8. *Consultation (Médecine)* : Mme Bertrand-Fontaine ; externe en premier : M. Lange ; externes : Mme Sautter (H.), M. Loiseau (Jacques-Paul).

9. *(Chirurgie).* — M. Monod ; assistant : M. ; externes : MM. Salgé (M.), Vesval (Y.).

10. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Cottenot ; assistants : MM. Blot-Cherigié-Couvreux (J.), Lé-Din Thi ; externe : M. Lajoinie.
11. *Clinique propédeutique.* — M.
12. *Consultation de Stomatologie.* — M. Croquefer.

M. Boucicaut. — 1. Médecin : M. Courcoux ; assistants : MM. Thoyer, Alibert, Bucquoy ; interne : M. Mozziconacci (P.) ; externes : MM. Duchêne (J.), Butet (A.), Seillier (J.), Rosey (J.-V.).
2. *Centre de triage.* — Externes : Mlle Huard (M.), M. Magnoux (A.).
3. Médecin : M. Trémolières ; assistant : M. Moussoir ; interne : M. Orinstein (E.) ; externes : MM. Haguet (J.), Dufresne (P.), Mage (J.), Lebiedinsky (G.), Tavernier (J.).
4. Chirurgien : M. Okinczyc ; assistant : M. Huard ; internes : MM. Le Picard (J.), Denoix (P.), Vionnet (F.) ; externes : MM. Ferrari (J.), Duflin (Cl.), Uzan (Elie), Iagello (G.), Mlle Begzadian (V.), MM. Blanchet (Y.), Valentin (M.).
5. Accoucheur : M. Ecalle ; assistant : M. Suzor ; internes : M. Rault (A.), Mlle Dreulle (D.) ; externes : Mlles Raymond (M.), Ancel (F.), MM. Lagard (R.), Abramowicz (B.).
6. *Oto-rhino-laryngologie* — M. Moulonguet ; assistant : M. Lemaître ; assistant de consultation : M. Bosc ; interne : M. Leconte (A.) ; externes : MM. Negellen (P.), Chartrain (E.), Prudhommmeaux (P.), Perigois (Y.).
7. *Consultation (Médecine).* — M. Rachet ; externe en premier : M. Deprez ; externes : MM. Lelièvre (J.), Lemaire (J.).
8. Chirurgien : M. Okinkzyc ; externes : M. Mattei (M.), Mlle Gaon (L.).
9. *Consultation de Stomatologie.* — M. Farjin-Fayolle.
10. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Gérard ; chef adjoint : M. Blanche ; assistants : MM. Prevost (A.), Liftchitz ; externe : M. Hersaut (f. f.).

N. Vaugirard. — 1. Chirurgien : M. le prof. Duval (P.) ; assistants : MM. Gatellier, Merle d'Aubigné ; chefs de clinique : MM. Ruder, Aboulker ; chefs de labor. : MM. Moutier, Béclère (H.), Goiffon (attaché de chimie) ; Dupouy (attaché de radiologie) ; Beloux (attaché médical) ; Vilenski (attaché de stomatologie) ; internes : MM. Debidour (H.), Champeau (M.), Sarradin (M.) ; externes : Mlle Grout (G.), MM. Savouret (J.), Medvedeff (M.), Mlle Ferrié (F.), MM. Roman (M.), Brac (J.), Pichot de Champfleury, Léger (M.), Solal (G.).
2. *Consultation de stomatologie.* — M. Vilenski.
3. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Béclère ; assistants : MM. Le Camus (H.), Dubost (f. f.).
4. *Centre de neuro-psychiatrie infantile.* — M. Heuyer ; assistant : Mme Roudinesco ; interne : Mme Siguier ; externes : Mlle Leurel (S.), M. Duchêne (H.).
5. *Consultation spéciale d'oto-rhino-laryngologie* — Assistant de consultation : M. Miegeville.
6. *Consultation spéciale d'ophtalmologie.* — Assistant : M. Dubar.

O. Ambroise-Paré. — 1. Médecin : M. Monier-Vinard ; assistant : M. Chabanier ; internes : MM. Dechaume, Montcharmont ; externes : Mlle Hufnagel, MM. Mayaud (J.), Descamps (L.), Maille (A.), Barbier (R.).
2. Médecin : M. Jacquet ; assistant : M. Thieffry ; interne : M. Basset (A.) ; externes : M. Decouflé (P.), Mme Decouflé (J.), MM. Allain (J.), Berger (C.), Maury (B.).
3. Médecin : M. Janet ; assistant : Mme Dollfus ; interne : M. Wimphen (A.) ; externes : M. Dreyfus (A.), Mlle Weinberg (L.), MM. Reverdiau (J.), Camus (P.).
4. Chirurgien : M. Desmarest ; assistant : M. Thalheimer ; internes : MM. Tissot (J.), Leroy (F.) ; externes : MM. Chapuis (G.), Malekzadeh (M.), Mlle Chaillet (N.), M. Denis (J.), Mlle Vettier (J.), MM. Nicolaïdes (E.), Mariage (G.).
5. *Consultation (Médecine)* : M. Peron ; assistant M. Wester ; externe en premier : Mlle Rist ; externes : MM. Gauchon (P.), Perillo (J.).
6. *(Chirurgie)* : M. Desmarest ; assistant : ; externes : 1 externe résident : M. Lanchon (F.) ; externes : M. Poulain (J.), Mlle Denis (D.).

7. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Leroux ; assistant de consultation : M. Loiseau ; assistant adjoint de consultation : M. Chanel (R.) ; externes : MM. Meunier (A.), Tran-Van-Luong.
8. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Hartmann ; assistant de consultation : M. Deschamps ; externe : M. Cuche (D.).
9. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Detré ; assistant : M. Brennan.

P. Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le prof. Gougerot ; assistants : MM. Cartaud, Blum (consultation antivénérienne) ; chefs de clinique : MM. Boudin, Hamburger, Patte ; chefs de labor. : M. Desgrez, Mlle Eliaschef, MM. Peyre, Duche, Dechaume (attaché de stomatologie) ; internes : MM. Dreyfus (B.), de Graciansky (P.) ; externes : MM. Vassal (J.), Feldmann (P.), Mathieu (Cl.), Neveux (S.), Maillez (A.), Camus (P.-N.), Mouchot (G.), Mme Guiraud (A.).
2. Médecin : M. Sézary ; assistant : M. Horovitz ; chef de labor. : M. Lévy (G.) ; internes : MM. Kipfer (M.), Rendu (C.), Gharib (M.) ; externes : MM. Callerot (L.), Cossart (R.), Le Sourd (M.), Mlle Jurain (O.), MM. Van den Plas (R.), Slama (I.), Mlle Mottez (M.), M. Gertzberg (V.).
3. Médecin : M. Duvoir ; assistant : M. Pollet ; internes : MM. Gaultier (M.), Raynaud (M.) ; externes : MM. Guyot (J.), Cuadrodo (A.), Isal (P.), Ballade (R.), Hagege (A.).
4. Médecin : M. Touraine ; assistants : M. Golé (L.) ; assistant adjoint : M. Lepagnole ; chef de labor. : M. Renault ; assistant de consultation : M. Solente ; internes : MM. Demartial (L.), Greene (J.) ; externes : M. Tradoura (M.), Mlle Gagnier (M.), M. Peyron (P.), Mlle Granier (R.), M. Isorni (P.), Mlle Garnier, MM. Clerfeuille (G.), de Chirac (G.), Galle (R.).
5. Médecin : M. Weissenbach ; assistant : M. Le Baron ; assistant adjoint : M. Bocage ; chef de labor. : M. Martineau ; assistant de consultation : M. Lévy (Franckel) ; internes : M. Bouwens van der Boyen (G.), Mlle Sulzer ; externes : MM. Fraquet (P.), Paris (C.), Loubrieu (J.), Mlle Tourneville (R.), MM. Durupt (L.), Niego (H.), Coville (R.), Filippi (P.), Mlle Lauer (L.).
6. Médecin : M. Flandin ; assistant : M. Richon ; assistant adjoint : M. Poumeau-Delille ; chef de labor. : M. Rabeau ; assistant de consultation : M. Ferrand ; internes : MM. Boyer (J.), Aussannaire (M.) ; externes : MM. Geffriaud (M.), Galand (M.), Salet (J.), Wibrotte (J.), Petit (Norbert), Auregan (M.), Monod (Marc), Lardy (M.), Gueroult (A.).
7. Médecin : M. Tzanck ; assistant : M. Babalian ; chef de labor. : M. Giraud ; internes : Mme Néret, née Cauchy, M. Lewi (Samuel) ; externes : Mlle Trocmé (S.), MM. Sriber (A.), Serreau (C.), Amado (R.), Wolf (J.), Mlles Kouindjy (S.), Delmas (M.), Jugand (J.)
Transfusion. — Externes : Mlle Adler (J.), M. Gross (Salomon-Sam).
8. Chirurgien : M. Picot ; assistant : M. Aurousseau ; internes : MM. Mousseau (M.), Maury (J.), Ollier (R.) ; externes : MM. Descubes (J.), Schuster (A.), Lacour (J.), Cayé (B.), Rousseau (J.), Russak (H.), Chateau (R.), Anghert (N.).
9. Chirurgien : M. Bazy ; assistant : M. Blondin (Sylvain) ; internes : MM. Vincent (J.), Huchet (R.), Simon (G.) ; externes : MM. Pley (J.), Bourdon (R.), Lallemant (Y.), Bouttier (D.), Schapiro (R.), Gibert (J.), Fucs (H.), Mlle Ravet (A.-M.).
10. Chirurgien : M. Moure ; assistant : M. Patel ; internes : MM. Morel-Fatio (D.), Douay (A.), Hector (J.) ; externes : Mlle Orsoni (S.), M. Escomel (L.), Mlle Genthon (M.-S.), MM. Boncourt (R.), Vossoughi (D.), Ressnick (M.), Guy (E.), Chapelet (J.), Tricard (A.).
11. Chirurgien : M. Gouverneur ; assistant : M. Dossot ; internes : MM. Krug (G.), Tallet (H.) ; externes : MM. Radziviller (B.), Delavelle (M.), Sénéchal (J.-J.), Mignon (R.).
12. *Consultation* : M. Gouverneur ; externes : MM. Weissmann (S.), Silberstein (M.), Hoesli (H.), Chardon (P.), Grünberg (S.).
13. Accoucheur : M. Lemeland ; assistant : M. Bidoire ; internes : Mlles Lotte (A.), Montalant (P.) ; externes : MM.

Guin (E.), Tahar (L.), Zuckermann (A.), Azaiz (S.), Mlle Soudant (C.).

14. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Bouchet ; assistant : M. Demaldent ; assistant de consultation : MM. Vial, Le Pavec ; internes : MM. Allilaire (R.), Broutman (J.) ; externes : MM. Pastier (J.), Parsy (G.), Patou (J.), Lobrichon (P.), Mellouli (S.).

15. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Coutela ; assistant : Mme Weissmann Netter ; assistant de consultation : M. Masson ; interne : M. Ordonneau (P.) ; externes : MM. Chappé (R.-J.), di Chiara (J.), Rodde (A.).

16. *Consultation (Chirurgie) :* M. Bloch ; assistant : M. Naggiar ; externes : MM. Vinour (A.), Cayro (P.), Tolstoï (S.).

17. *Consultation de Stomatologie.* — M. Schœfer ; assistant : M. Maleplate ; externes : Mme Gatovsky, M. Govaert (f. f.).

18. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Belot ; chefs adjoints : MM. Nadal (R.), Nahan (L.) (f. f.) ; assistants : MM. Choffat, Buhler, Giraudeau, Duchamp, Pizon, Peuteuil, Puyaubert, Lemerle (Guy) (f. f.) ; *préparateur de radiothérapie :* M. Juster ; interne : Mlle Marquis (G.) ; externes : MM. Loiseau (Jacques-Pierre), Lambert (R.), Diétrich (D.).

19. *Annexe Grancher.* — Médecin : M. Babonneix ; assistants : Mlle Lévy, M. Gouyen ; internes : MM. Delaitre (R.), Teyssier (L.) ; externes : Mlle Wetzlar (M.), MM. Mothon (F.), Liénard (J.), Leandri (L.), Ben Haïm (G.), Mlle Cypin (E.), M. Etevé (J.), Mlle Weisbrod (A.).

20. Chirurgien : M. Boppe ; assistant : M. Garnier ; internes : MM. Saulter (Y.), Faugeron (P.), Guny (D.) ; externes : MM. Lachowsky (A.), Tallet (J.), Chaignon (P.), Mlles Duchamp, Klein (M.), M. Deniziaut (C.), Mlle Labonde (J.).

21. *Consultation d'orthopédie.* — M. ; assistant

Q. BROCA. — 1. Chirurgien : M. le prof. Mocquot ; assistant : M. Monod (Raoul) ; chef de clinique : M. Guillot ; chefs de labor. : MM. Palmer, Moricard (attaché médical) ; internes : MM. Filhoulaud (H.), Mathey (J.), Verne (J.-M.), Zwillinger (A.) ; externes : Mlles Onfray, Wetzel (S.), Merle (H.), M. Roulland (H.), Mme Maynadier (L.), M. Tararine (N.).

2. *Chroniques de chirurgie.* — M. le prof. Mocquot ; assistant : M. Monod (Raoul) ; interne : M. Duret (M.) ; externes : M. Coquet (J.), Mlles Gomes de Mattos, Slim y Villegas, M. Renault (P.).

3. *Consultation de Dermato-vénéréologie :* M. Benda ; premier assistant : M. Mallein ; deuxième assistant : M. Palazolli ; chef de labor. : M. Boulbe ; interne : Mme Thaon ; externes : MM. Ras (M.), Labourie (A.), Rozencweig (A.), Pouret (H.), Mlle Papot (C.), M. Ronsin (M.).

4. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Thoyer-Rozat ; assistant : M. Pulsford (G.) ; externe : M. Faidherbe (f. f.).

R. MATERNITÉ. — 1. Accoucheur : M. Le Lorier ; assistant : M. Desnoyers ; chef de labor. : ; adjoint : ; aide de clinique : ; internes : Mlles Mage (E.), Damiens (S.) ; externes : Mlles Aalam (I.), Cahour (M.), Lévy (Y.).

S. BAUDELOCQUE. 1. Accoucheur : M. le prof. Couvelaire ; assistant : M. Lacomme ; chef de labor. : MM. Giraud, Sureau, Laporte (attaché médical) ; chefs de clinique : MM. Lepage, Coen, Leblanc ; interne : M. Rouchy (R.) ; externes : MM. Quichon (R.), Bijoux (R.), Raufmann (L.), Barnier (A.), Kvoussi (M.), Mlle Jolivet (M.).

2. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Petit ; assistant : M. Leblanc (f. f.).

T. CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT TARNIER. — 1. Accoucheur : M. le prof. Brindeau ; chef de clinique : M. Gorse ; chefs de labor. : M. Pougin, Mme Hinglais ; internes : MM. Paugam (P.), Schaefer (G.) ; externes : MM. Bessière, (M.), Pointeau (J.), Uzan (M.), Mme Héritier-Michon (F.), Mlle Szezesniakowski.

U. CLAUDE-BERNARD. — 1. Médecin : M. le prof. Lemierre ; chefs de clinique : MM. Mahoudeau, Laplane, Friedmann, Meillaud ; chef de labor. : M. Reilly ; internes : MM. Brumpt (L.), Morin (M.), Domart (A.), Israël (R.) ; externes : MM. Arnaud (R.), Roux (J.), Carton (F.-X.), Mlles Durkheim (J.), Depitre (J.), MM. Berthet (G.), Garnal (J.), Tricot (R.), Lévy (Michel-Marc), Crépin (G.), Reynes (P.), Vasquez (C.), Durgeat (J.), Torlet (J.), Baudon (Jacques-Auguste).

2. Médecin : M. Marquézy ; assistant : M. Launay ; internes : M. Poncet (G.), Mme Aldou (F.) ; externes : M. Gremont (Th.), Mlles du Pasquier, Plouchart (J.), MM. Cabrières, Toulouse (R.), Barrier (J.), Salinesi (J.), Boro (J.).

3. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie.* — M. Chatellier ; interne : M. Clerc (H.) ; externe : M. Dubois (J.).

V. TROUSSEAU. — 1. Médecin : M. Paisseau ; assistant : M. Weill (J.-R.) ; interne : M. Carrez (P.) ; externes : MM. Eon (M.), Roujon (G.), Morilière (L.), Malange (R.), Mlles Bareiller-Fouché, Haller (S.), MM. Braconier-Leclerc, Tétu (R.).

2. *Service de la diphtérie.* — Médecin : M. Paisseau ; interne : Mlle Oehmichen (G.).

3. Médecin : M. Cathala ; assistant : M. Auzépy ; internes : MM. Scheid (J.), Maschas (B.) ; externes : M. Bourgine (F.), Mlles Rometti (E.), Dumont (G.), M. Lemierre (J.), Mlles Rivet (S.), Dubois (L.-M.).

4. *Contagieux.* — Médecin : M. Cathala ; interne : M. Brault (André).

5. Chirurgien : M. Sorrel ; assistant : M. Guichard ; internes : MM. Bret (J.), Debouvry (J.), Rougé (P.) ; externes : Mlle Longeaux (S.), M. Giudicelli (D.-P.), Mlle Puget (G.), MM. Simon (A.), Lioubtchansky (M.), Sersiron (D.), Nataf (S.), Favre (P.), Wachtel (L.).

6. *Oto-rhino-laryngologie :* M. Rouget ; assistant : M. Sachnine ; assistant de consultation : MM. Ferrand, Maillard ; interne : M. Simonin (L.) ; externes : M. Arnaud (G.), Mlle Rosental (L.), M. Nguyen Kha Than, Mme Baumann (S.), M. Broutin (A.).

7. *Consultation (Médecine) :* M. Clément ; assistant : M. Vallery-Radot (Pierre) ; interne : Mlle Bonnenfant ; externes : M. Vila (R.), Mlle Moreilhon (M.), MM. Renard (P.), Petit (M.), Mlle Provendier (M.).

8. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Favory ; assistant : M. Durandy ; externe : Mme Surleau.

9. *Consultation de Stomatologie.* — M. Lemerle ; assistant : M. Cauhépée ; externe : Mlle Kletter (P.).

10. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Gnénaux ; assistant : M. Damond.

W. BRETONNEAU. — 1. Médecin : M. Grenet ; assistant : M. Isaac (Georges) ; interne : M. Mouchotte (R.) ; externes : MM. Didier (R.), Compagnon (L.), Christophle (B.), Rouault (M.), Mme Chapellart (S.), MM. Bouygues (P.), Champagne (M.).

2. Médecin : M. Milhit ; assistant : Mme Zagdoun ; internes : M. Maury (P.), Mme Teyssier ; externes : MM. Pouch (Emile), Brisson (F.), Serre (G.), Mlles Beaughon (M.), Lamothe (B.), M. Petit (C.).

3. Chirurgien : M. Leveuf ; assistant : M. Bertrand (P.) ; internes : Mlle Picard (S.), MM. Mazingarbe (A.), Netter (R.) ; externes : MM. Gerbaux (A.), Dupré (B.), Verdier (J.), Gouault (C.), Mlle Allary (O.), M. Noal (P.), Mlle Roissard de Bellet, M. Cardon (P.), Mlle Gavrilenko N., M. Sethian (A.).

4. Accoucheur : M. Portes ; assistant : N.... ; internes : MM. Hanoun (F.), di Matteo (J.) ; externes : MM. Ullmann (R.), Bastard (J.), Baudon (Jacques-Victor), Coutin (J.), Klein (M.), Blanquier (G.).

5. *Consultation (Médecine) :* M. Pichon ; interne : M. Chareire (J.) ; externes : MM. Ducamp (P.), Ariztia (R.), Charbonneau (P.), Lebreton (R.), Dautel (R.).

6. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Lallemant ; assistants de consultation : MM. Schatz, Boëlle (R.) ; externes : MM. Jullich (L.), Graveron (H.), Mlle Lefèvre (J.).

7. *Consultation de Stomatologie.* — M. Izard.

8. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Lomon ; chef adjoint : M. Duval ; assistant : M. Méry ; externes : MM. Coronel (f. f.), Rosenbaum (f. f.).

X. HEROLD. — 1. Médecin : M. Debré ; assistant : M. Marie ; interne : M. Seringe (Ph.) ; externes : Mlles Lambert (A.), Arditti (M.), Seror (M.), M. Brisset (Ch.), Mlle Danon (M.), MM. Lecœur (J.), Pineau (M.).

2. Médecin : M. Huber ; assistant : M. Florand ; interne ; M. Duperrat (R.) ; externes : MM. Ducros (J.), Viguié (R.), Toupet (A.), Cluzeau (R.), Meyer (M.), Douay (C.).

3. *Consultation (Médecine)* : M. Lamy ; interne : M. Nouaille (J.) ; externes : MM. Belot (E.), Villain (J.), Mme Nouaille, Mlle Albulesco (M.).

4. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Ombrédanne ; assistant de consultation : M. Le Jemble ; externes : M. Geismar (P.), Mlle de Laquière.

5. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Gibert ; assistants : MM. Mignon, Le Canuet ; externe :

6. *Stomatologie.* — M. Rupper.

7. *Ophtalmologie.* — M. Renard.

Y. MAISON DE SANTÉ. — 1. Médecin : M. Mouquin ; assistant : ; interne : M. Charousset (M.) ; externe résident : ; externes : M. May (E.), Mlle Antoine (C.).

2. *Service temporaire de chirurgie.* — M. Girode, externes en premier : MM. Vernes (A.), Prochiantz (A.) ; externes : Mlle Lafontaine (J.), MM. Veroust (G.), Poirier (P.), Bertho (J.).

3. *Electro-radiologie.* — M. Legoff (P.) (f. f. de chef adjoint).

Z. ENFANTS-ASSISTÉS. — 1. Médecin : M. le prof. Lereboullet ; assistant : M. Lelong ; assistant adjoint : M. Boudinesco ; chefs de clinique : MM. Gavois, Odinet, Joseph (R.), Mme Wertheimer, M. Cheinisse ; chefs de labor. : MM. Detrois, Donato (moniteur) ; internes : MM. Cochemé (R.), Catinat (M.) ; externes : Mlle Raab (A.), MM. Bousseau (X.), Marcault (P.), Mlle Mangenot, MM. Boeswilwald (M.), Vittrant (J.).

2. Chirurgien : M. Martin ; assistant : M. Buquet ; assistant de consultation d'orthopédie : M. Ducroquet ; internes : MM. Marschak (V.), Combes (A.) ; externes : M. Faugeroux (J.) (résident), Mlle Boudeville (S.), Mme Joseph, Mlle Lorton (J.), M. Sohier (J.).

3. Accoucheur : M. Vignes ; assistant : M. Landrieu ; internes : MM. Depierre (R.), Serane (J.) ; externes : MM. Bailly (J.), Olivier-Pallud (P.), Guimezanes (E.), Mme Temime.

4. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Aimé ; assistant : M. Le Bouchard ; externe : Mlle Berlinska.

5. *Consultation de Stomatologie.* — M. Boissier ; assistant : M. Chapotel.

Aa BICÊTRE. — 1. Médecin : M. Moreau ; assistant : M. Deparis ; internes : MM. Depaillat (A.), Delor (J.) ; externes : MM. Cariage (J.), Bloch (C.), Sicard (J.), Henrot (H.), Panthier (R.), Grel (P.), Villebrun (J.), Lamy (R.), Morin (J.), Buy (H.).

2. Médecin : M. Alajouanine ; assistant : M. Thurel ; internes : MM. Faulong (L.), Ullmann (M.) ; externes : Mlle Seyrig (C.), MM. Xambeu (Ch.), Kreisler (L.), Marlingue (G.), Hermann (A.), Molimard (J.).

3. Médecin : M. Paraf ; interne : M. Boissonnet (J.) ; externes : MM. Philippe (B.), Lebovici (S.), Peraly (E.), Blondé (A.), Weydert (J.).

4. Chirurgien : M. Toupet ; assistant : M. Mouchet (A.) ; internes : MM. Haguier (P.), Orsoni (P.), Bonamy (M.) ; externes : MM. Cahen (J.), Fayein (A.), Forgeois (A.), Duthuit (G.), Carraud (J.), Bartfeld (D.), Flouquet (H.), Maurice (P.).

5. *Consultation (Chirurgie)* : M. Toupet ; interne : M. Zivy (P.).

6. Médecin : M. Camus ; interne : M. Boulenger (P.).

7. Médecin : M. Maillard ; interne : M. Boulenger (P.).

8. *Consultation de Stomatologie* : M. Richard.

9. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Parfonry.

10. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Dariaux ; chef adjoint : M. Cassau (f. f.) ; externe : Mlle Ligon (M.).

11. *Consultation générale de Médecine* : M. Moreau ; *externe en premier* : M. Maignan Ch. ; externes : MM. Chilot (R.), Samie (J.).

12. *Consultation oto-rhino-laryngologie* (réservée aux malades hospitalisés) : M. Aubry ; assistant : M. Causse.

13 *Service temporaire de chirurgie* : M. Toupet ; externes : MM. de Kermerchou de Kérauten, Zyngerman, Dubois (G.), Bey (H.).

Ab. SALPÊTRIÈRE. — 1. Médecin : M. le prof. Guillain ; chefs de clinique : MM. Schwob, Ribadeau-Dumas, Delay, Hesse ; chefs de labor. : MM. Bertrand, Lereboullet, Schmite, Mathieu (P.), Bernon ; internes : MM. Le Beau (J.), Rogé (R.), Yglesias y Betancourt (P.) ; externes : MM. Sebillotte (L.), Dupas (A.), Carballo C., Lolmede (Ch.), L'Hirondel (J.), Cohen (A.), Marrero (F.), Ciechanowicz (J.).

2. Médecin : M. Ribadeau-Dumas ; assistant : M. Chabrun ; interne : M. Roy (André) ; externes : Mlles Devillers (J.), Doumic (A.), MM. Masson (R.), Goerens (J.), Galimard (P.).

3. Médecin : M. Crouzon ; assistant : M. Christophe ; internes : MM. Gautier (J.), Daum (S.) ; externes : Mlle Fossier (J.), MM. Isal (Paul), Rosenkovitch (E.), Pilat (L.), Gaudeul (B.), Lambert (Léon), Guénard (R.), Bourhy (M.), Demassieux (M.).

4. *Infirmerie du personnel et chalets.* — M. Crouzon ; interne : M. Gerbeaux (J.).

5. Médecin : M. Etienne Bernard ; assistant : M. Kreis (Boris) ; internes : MM. Mande (R.), Scemama (J.) ; externes : MM. Lebas (A.), Taïeb (M.), Sebban (Ch.), Kuczynski (A.), Berrier (E.), Bernager (A.), Weil (R.).

6. Chirurgien : M. le prof. Gosset ; assistants : MM. Charrier, Funck ; assistant médical : M. Jahiel ; chefs de clinique : MM. Rousseau, Boudreaux, Barraya, Poilleux ; chefs de labor. : MM. Delaunay, Rouche, Jahiel (attaché médical) ; internes : MM. Benassy (J.), Coldefy (J.), Gross (G.) ; externes : MM. Lera (E.), Monod (C.), Royer (E.), Le Brigand (J.), Stepanoff (A.), March (J.), Borniche (P.), Caplier (P.), Albou (A.), Guerou (P.).

7. Médecin : M. Vurpas ; assistant : M. Aubrun ; interne : Mme Leconte.

8. Médecin : M. Barbé ; interne : Mme Leconte.

9. *Electro-radiologie :* Service central : M. Bourguignon ; chef adjoint : M. Beau ; assistants : MM. Humbert, Mathieu (P.), Djian (A.) ; interne : M. Milliez (P.) ; externe : M. Schermann (S.).

10. *Service temporaire.* — Médecin : M. Dreyfus (Gilbert) ; interne : M. Lamotte (M.).

11. *Consultation de Stomatologie.* — M. Guilly ; assistant : M. Houzeau.

12. *Clinique chirurgicale :* M. Petit-Dutaillis ; assistants : MM. Schmitz, Sigwald ; interne : M. Kaeppelin ; externe en premier (f. f.) ; externes : MM. Gandelon (G.), Follin (Sven), Divisia (F.).

Ac. IVRY. — 1. Médecin : M. Carrié ; internes : MM. Boyé (P.), Chambon (M.) ; externes : MM. Tola (A.), Tola (R.), Dubel (G.).

2. *Chroniques et admissions.* — Externes : MM. Brochenin (R.), Bonnet (J.).

3. Chirurgien : M. Métivet ; internes : MM. Lataix (P.), Sayous (E.) ; externes : MM. Michaud (J.), Peiffert (J.), Libarelli (L.).

4. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Pestel ; chef adjoint : M. Delapchier.

5. *Consultation de stomatologie :* M. Cabrol.

6. *Consultation oto-rhino-laryngologie* (réservée aux malades hospitalisés) : M. Ramadier ; assistant de consultation : M. Baron.

Ad. MÉNAGES. — 1. Médecin : M. Brodin ; assistant : M. Aubin ; interne : M. Martrou (P.) ; externes : Mlle Monghal (Th.), MM. Berthon (M.), Haquin (Ch.), Debusschère (F.).

2. Chirurgien : M. Desplas ; assistant : M. Meillère (J.) ; internes : MM. Logeais (P.), Pertus (J.), Drain (M.) ; externes : MM. Nespoulous (J.), Moulle (H.), Auquier (L.), Boddaert (L.), Braillon (Th.), Delater (J.), Caballero y Monteagudo, Aublin (J.).

3. *Electro-radiologie.* — Assistante : Mme Tedesco (Béatrice).

Ae. LA ROCHEFOUCAULD. — 1. 1 externe en premier : M. Mantoux (G.) ; 1 externe résident : M. Smilovici (H.).

Af. DEBROUSSE. — 1. Médecin : M. Debray ; interne : M. Schapira (G.).

Ag. BERCK. HÔPITAL MARITIME. — 1. Chirurgien : M. Richard ; internes : MM. Vialatte (J.), Rougier (M.), Gaumé (P.) ; externes résidents : MM. Gamard (L.), Falk (F.), Loze (E.), Mlle Dupont (E.).

2. *Hôpital Lannelongue.* — Chirurgien : M. Richard ; interne : M. Gougerot (L.) ; externes résidents : MM. Bendit (M.), Erlich (I.).

3. *Electro-radiologie.* — M. Parin ; adjoint : M.

Ah. BRÉVANNES. — 1. Médecin : M. Renaud ; interne : M. Blanchard (J.) ; internes (concours spécial) : M. Genthon, Mlles Fossier, Lécuyer.

2. Médecin : M. Bourgeois ; interne : M. Lenormant (H.) ; internes (concours spécial) : M. Barbier (P.), Mlles Oganesoff, Heulot, MM. Hertzog, Attali.

3. Médecin : M. Chevalley ; interne : M. Guillemin (G.) ; interne (concours spécial) : Mlle Meunier.

4. *Electro-radiologie.* — Assistant : M.

5. *Consultation de stomatologie.* — M. Nespoulous.

6. *Consultation oto-rhino-laryngologie* (réservée aux malades hospitalisés). — M. Lemariey ; assistant de consultation : M. Vachey.

Ai. SAINTE-PÉRINE. — 1. Médecin : M. Levesque ; interne (concours spécial) : M. Campagne (Jean).

Aj. CHARDON-LAGACHE. — 1. Médecin : M. Levesque ; interne (concours spécial) : M. Rometti (Alde).

Ak. HENDAYE. — 1. Médecin : M. Morancé ; internes (concours spécial) : MM. Faingold (f. f.), Jhelber (f. f.).

Al. CHAMPROSAY. — 1. Médecin titulaire : M. Nouvion ; médecin assistant : Mlle Pauc ; interne (concours spécial) : M. Blondeau (f. f.).

2. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie* (réservée aux hospitalisés). — M. Lemariey ; assistant de consultation : M. Vachey.

Am. ASILE SAINT-ANNE. — 1. Médecin : M. le prof. Claude ; chefs de clinique : MM. Lagache, Guilly ; chefs de laboratoire : MM. Guel, Dumas, Lehmann, Mlle Bonnard, MM. Dubar, Cuzin.

2. *Clinique neuro-psychiatrique infantile.* — Médecin : M. Macé de Lépinay.

3. *Electro-radiologie.* — MM. Piot, Michon.

4. *Consultation dentaire.* —

An. SANATORIUM D'ANGICOURT. — 1. Médecin : M. Buc ; assistants : MM. Ronce, Costes (G.), Fay.

Ao. SANATORIUM DE SAN-SALVADOUR. — 1. Médecin : M. Fohanno ; adjointes : Mme Benoit née Jean, Mlle Roussy.

Ap. GALIGNANI et BELOEUIL. — 1. Médecin : M. Maréchal ; adjoint : N...

Aq. LA RECONNAISSANCE. FONDATION BRÉZIN. — 1. Médecin : M. Mutel.

Ar. GARCHES. — 1. Médecin : M. Weissmann ; internes (concours spécial) : MM. Martinet, Desclaux, Lemanissier, Danset.

2. Médecin : M. Kourilsky ; internes (concours spécial) : MM. Delair, Dennewald, Flores, Anquetil.

3. *Electro-radiologie.* — Assistant : M. Goubert (C.).

As. FONDATION MARMOTTAN. — 1. Chirurgien : M. Madier ; assistants : MM. Monod (Olivier), Heppe, Rudler ; externes résidents : MM. Sevileano, N.

2. *Electro-radiologie.* — Chef adjoint : M. Dupouy (J.) (assistant f. f.).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 40. — MERCREDI 19 MAI 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Admissibilité.* — Sont déclarés admissibles : MM. les docteurs Séguy (81 points), Lepage (78 points), Mme Fayot-Petitmaire (75 points), M. Mayer (69 points).

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le prof. Pierre Mauriac vient d'être réélu doyen de la Faculté de médecine.

Guerre. — Un concours spécial pour l'emploi d'élève de la section « médecine, troupes métropolitaines » de l'école du Service de santé militaire sera ouvert le 16 septembre 1937.

Seront seuls admis à prendre part à ce concours les étudiants en médecine titulaires de vingt inscriptions.

Le registre d'inscription sera ouvert le 19 juillet 1937 et clos le 28 août 1937.

Pour tous renseignements, les candidats devront s'adresser soit au ministère de la Défense nationale et de la Guerre (direction du service de santé, bureau du personnel), à Paris, soit au directeur de l'école du service de santé militaire, à Lyon.

Fédération de la presse médicale latine. — Le Comité permanent s'est réuni le 11 mai chez le docteur L.-M. Pierra, Secrétaire général. Assistaient à la réunion, les professeurs Achard (Paris), Dominguez (Cuba), Ricardo Jorge (Lisbonne), Danielopolu (Bucarest), Daniel (Bucarest), Saenz (Montevideo), le docteur F. Le Sourd (Paris).

La réunion a été consacrée à la préparation du Congrès de Lisbonne, en 1938. Un dîner eut lieu ensuite en l'honneur du professeur Dominguez, notre éminent confrère cubain, pour fêter son retour parmi nous après une longue maladie. Le dîner était présidé par le professeur Danielopolu ; les confrères cités plus haut y assistaient, ainsi que S. E. Moralès, ministre de Cuba à Paris, le professeur Lereboullet, les docteurs Figueras et Gomez, de Cuba, les docteurs Pierret, Roulland et Chr. Pierra.

Des toasts furent portés à Dominguez par MM. Pierra, Danielopolu et Lereboullet. En remerciant ses amis, le professeur Dominguez fit ressortir les importants services que la Fédération de la presse médicale latine peut rendre. Les Latins groupent 282 millions d'hommes. Quelle ne serait pas leur puissance s'ils *voulaient* enfin s'unir, pour le plus grand bien de la paix.

XVIe session des Journées médicales de Bruxelles. — Elle aura lieu du 19 au 23 juin, sous le haut patronage de S. M. la Reine Elisabeth et de S. M. le Roi et la présidence de M. le professeur Albert P. Dustin, recteur de l'Université et membre de l'Académie royale de médecine. A la séance solennelle, présidée par le ministre de la Santé publique, le docteur Alexis Carrel, du Rockfeller Institute à New-York, fera la conférence inaugurale, en remplacement de M. Georges Duhamel, malheureusement empêché.

Parmi les conférenciers annoncés, signalons dès aujourd'hui sir Joseph Barcroft (Cambridge), Rouvillois (Paris), D. Danielopolu (Bucarest), Rathery (Paris), Jeanneney (Bordeaux), A. P. Dustin (Bruxelles), Castellani (Rome), Otto Veraguth (Zurich), L. Brull (Liége), A. G. Weiss (Strasbourg), Lépinay (Casablanca), J. Gunzbourg (Anvers), L. R. Wolff (Utrecht), Vandemaele (Bruxelles), P. Combemale (Lille), R. Jemma (Naples), Ch. Sillevaerts (Bruxelles), J. de Busscher (Gand), P. Woringer (Strasbourg), J. de Fourmestraux (Chartres), Langelez (Bruxelles), Sorel (Paris), Oljenick (Amsterdam), Pautrier (Strasbourg), Ch. Saloz (Genève), R. Loicq (Bruxelles), F. Stobbaerts (Bruxelles), etc.

Un programme de festivités (représentation théâtrale, soi-

rée officielle, banquet) est en voie d'élaboration. La session se terminera par une excursion au Canal Albert, remarquable travail d'art, et aux Charbonnages de Limbourg-Meuse.

La cotisation est fixée à 100 francs belges (50 francs pour les dames). Pour tous renseignements, s'adresser au docteur R. Beckers, secrétaire général, 141, rue Belliard, Bruxelles.

COURS ET CONFÉRENCES

Faculté de Médecine. — Hygiène urbaine et protection contre les gaz. — Le cours de perfectionnement sur l'hygiène urbaine et les gaz de guerre aura lieu au laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine du 14 juin au 3 juillet 1937. Il s'adresse à l'ensemble du personnel sanitaire destiné à protéger la population civile en cas d'attaque aérienne. Il est organisé sous la direction de M. le professeur Tanon, professeur d'hygiène et inspecteur général des services techniques d'hygiène de la Préfecture de police, et de M. le médecin inspecteur général Sieur, avec la collaboration de MM. le médecin-colonel Anglade, conseiller technique de la défense passive de Versailles ; Bois, architecte en chef de la Ville de Paris et du Département de la Seine ; le pharmacien colonel Bruère, docteur ès sciences ; le lieutenant-colonel Carville, délégué général de l'Union nationale pour la défense aérienne ; Clerc, assistant d'hygiène à la Faculté de médecine ; le médecin colonel Cot, attaché à l'état-major de l'inspection générale de la défense aérienne du territoire, directeur technique des Secours aux asphyxiés du département de la Seine ; François, chef des services d'hygiène à la Préfecture de police ; le colonel Islert, commandant le régiment des sapeurs-pompiers de Paris ; Joannon, agrégé d'hygiène ; Navarre, sous-directeur de l'Institut d'hygiène, professeur à l'Ecole de médecine de Caen ; Neveu, chef du laboratoire des épidémies à la Préfecture de police ; Peytel, ingénieur chimiste, officier Z ; Sée, docteur ès sciences attaché au laboratoire d'hygiène.

Le cours aura lieu au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, de 18 à 19 heures. Il comprendra des leçons théoriques, la présentation de films et des visites et exercices pratiques au poste de secours sous abri de la Faculté de médecine.

S'inscrire au laboratoire d'hygiène, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Le cours est gratuit.

Programme du cours de protection contre les gaz. — Lundi 14 juin 1937, *de 18 à 19 heures* : M. Tanon. — Plan général du cours : M. Sieur. — Protection des populations civiles en cas d'attaque aérienne. — Historique et état actuel de la question.

Mardi 15. — M. Navarre : Gaz de combat : définition et classification.

Mercredi 16. — M. Navarre : Gaz de combat ; action physiologique et lésions.

Jeudi 17. — M. Cot : Traitement. Exposé des grands moyens thérapeutiques utilisés en matière d'asphyxie par le sauveteur ou le médecin. — Respiration artificielle. — Inhalation d'O et de carbogène. — Saignée. — Injections intraveineuses.

Vendredi 18. — M. Cot : Application de ces moyens aux cas d'espèce posés par les diverses variétés de gaz. — Traitement des gaz vésicants.

Samedi 19. — M. Clerc : Désinfection de l'atmosphère et des surfaces souillées par les gaz de combat.

Lundi 21. — M. Cot : Protection individuelle. — Les masques.

Mardi 22. — M. Boy : Principes de la construction et de l'adaptation des abris.

Mercredi 23. — M. Bruère : Organisation des abris. — Principes à appliquer pour le conditionnement de l'air.

Jeudi 24. — M. Anglade : Protection de l'habitation familiale.

Vendredi 25. — M. Joannon : Plan de secours urbain. Rôle de l'inspecteur départemental d'hygiène et du directeur municipal de bureau d'hygiène.

Samedi 26. — M. Bruère : La détection. — Prélèvements sur place. — Détection d'urgence. — Détection au laboratoire (physiologique, physique, chimique).

Lundi 28. — M. Peytel : Protection et neutralisation des produits alimentaires.

Mardi 29. — M. François : Brancards et voitures. — Fournitures de matériel. — Aménagements.

Mercredi 30. — M. le colonel Islert : Le péril incendiaire.

Juillet : Jeudi 1er. — M. Neveu : Le péril microbien.

Vendredi 2. — M. Sée : Le personnel sanitaire aux divers échelons. — Fonctionnement du poste de secours (film).

Samedi 3. — M. le lieutenant-colonel Carville : Conception générale de la défense passive.

Les visites du poste de secours sous abri de la Faculté de médecine, avec démonstrations pratiques, auront lieu à des dates et heures indiquées pendant le cours.

CHRONIQUE

L'INCIDENT DE LILLE

Un incident inqualifiable vient de se produire dans un hôpital de Lille. Des infirmiers ont refusé de brancarder un malade qui venait de subir une opération, sous le prétexte que leurs heures de travail étaient terminées.

Le malade est mort...

Jusqu'ici, les infirmiers ont toujours montré un sentiment du devoir très élevé. Comme les médecins, ils font passer l'intérêt des malades avant toute autre considération, ils n'hésitent pas à se dévouer jusqu'au sacrifice, et c'est leur honneur.

Nous voulons croire que jamais un fait semblable à celui de Lille ne se renouvellera.

Il ne faut pas qu'à force d'entendre parler de leurs droits, les hommes finissent par oublier qu'il y a des devoirs qui priment ces droits. Le devoir d'humanité est, certes, le premier de ces devoirs.

F. L. S.



L'AIL

par M. Rémy LEVENT

Si les origines de l'emploi culinaire de l'ail se perdent dans la nuit des temps, il en est sans doute de même pour l'histoire de son emploi thérapeutique. La médecine grecque ne l'a pas ignoré. Hippocrate, Galien, Dioscoride, et non plus la médecine arabe qui en dérive ; chez les Romains, Pline a reconnu à l'ail des propriétés multiples : apéritives, laxatives, diurétiques, emmménagogues même. Les Anciens l'ont employé aussi contre les affections respiratoires et comme tænifuge. Les divergences entre auteurs reflètent sans doute des imprécisions botaniques. Les constatations des médecins modernes ont confirmé dans l'ensemble les notions héritées de l'antiquité, mais ce n'est que récemment qu'on a de nouveau fait place, d'ailleurs secondaire, dans la thérapeutique, à une substance à peu près oubliée.

Dans son empirisme, la médecine populaire de tous pays avait cependant eu la mémoire plus fidèle, mais c'est surtout comme parasiticide que l'ail avait conservé quelque réputation.

A noter cependant que son emploi comme désinfectant avait connu quelque vogue au XVIIIe siècle à la suite de l'épidémie de peste de Marseille. L'ail entre, en effet, dans la composition du « Vinaigre des Quatre Voleurs », aujourd'hui bien oubliée si sa dénomination pittoresque n'avait eu un certain pouvoir mnémotechnique.

L'ail (*allium salivum*) est un monocotylédone de la famille des Liliacées, dont le bulbe, tant en médecine qu'en cuisine, est la seule partie utilisée.

Wartheim, dès 1844, en tenta l'analyse, dans le dessein d'en isoler le principe actif. Le bulbe contient un mucilage abondant, une substance résineuse amère, une huile volatile sulfurée dégageant, surtout en présence d'eau, un fumet caractéristique. La distillation, telle que la pratiqua cet auteur, lui permit de recueillir une essence jaune, d'odeur forte et désagréable d'ail, qu'il considéra comme surtout formée de monosulfure d'allyle ; et c'est d'après cette conclusion qu'on prépara pendant un certain temps ce qu'on considérait comme une essence synthétique d'ail.

Les recherches de Semmler (1892) montrèrent que l'ail ne contenait en réalité pas de monosulfure d'allyle. La distillation pratiquée dans le vide pour éviter les réactions secondaires y montra par contre l'association de substances multiples : bisulfure d'allyle-propyle, trisulfure d'allyle et surtout, jusqu'à 60 p. 100 de bisulfure de diallyle, portion la plus odorante du distillat. On y trouve aussi un glucoside, l'alliine, et un enzyme, l'allisine, qui par leur réaction réciproque, surtout marquée en présence d'eau, donnent au mélange son odeur spéciale. C'est le bisulfure de diallyle qui semble l'élément principal, quoique non le seul qui soit présent dans le complexe naturel qu'utilisent les préparations galéniques.

Action physiologique. — *L'action locale* de l'ail et de ses dérivés, incontestable, est actuellement de nul emploi en thérapeutique. L'action irritative sur les téguments est pourtant certaine, et Gubler lui reconnaissait des propriétés rubéfiantes et révulsives ; elle existe aussi vis-à-vis des muqueuses et fut autrefois mise à profit dans un but apéritif.

L'action sur *le système circulatoire* est la principale, particulièrement étudiée dès 1921 par Loeper, Debray et Chailley-Bert.

Si une tension normale n'est que peu ou pas influencée, on constate chez le chien que l'injection du produit **abaisse une tension élevée.** L'effet apparaît au bout d'une heure et persiste vingt-quatre heures environ, mais elle est de plus en plus faible lorsqu'on répète les injections. La tension maxima est la plus abaissée (3 cm. de Hg environ) ; la tension minima est peu influencée ; la tension différentielle diminue donc. Cet effet est dû sans doute en grande partie à une diminution de la résistance périphérique, puisque des doses suffisantes provoquent chez l'homme un certain degré de rougeur du visage ; elle est due aussi à une **augmentation du tonus cardiaque.** On constate en même temps une **augmentation de l'amplitude du pouls** et corrélativement une **augmentation de l'indice oscillométrique.** Il y a en même temps **ralentissement** et à l'occasion régularisation du rythme cardiaque. Ces effets, lorsqu'ils existent, semblent plus persistants que l'action hypotensive.

Le réflexe oculo-cardiaque est parfois mais non toujours exagéré.

Le sang peut montrer dans les trois heures qui suivent l'injection une leucopénie de brève durée. Le principe actif semble se fixer rapidement sur les hématies et provoquer la formation de methémoglobine (Lehmann). Aucun effet notable sur le fonctionnement rénal.

Nutrition générale. — Laland et Hayrevold ont confirmé en 1927 les constatations antérieures de Collip et Sippola touchant une action hypoglycémiante de l'ail ; la médecine populaire norvégienne reconnaissait, de son côté, de longue date, à l'ail une action antidiabétique. Cette action hypoglycémiante varie, semble-t-il, avec l'extrait employé en raison de l'association possible avec des principes hyperglycémiants existant dans le produit naturel et aussi avec l'époque à laquelle la plante a été recueillie. Les extraits riches en soufre et en alcaloïdes semblent les plus efficaces ; ils agissent en 1 à 5 heures. De plus, la glycémie à jeun demeure basse durant plusieurs jours.

Même à forte dose ces extraits hypoglycémiants semblent peu toxiques ; ils semblent malheureusement de conservation malaisée.

Sur *l'appareil digestif* l'action est mal connue ; les anciens auteurs et l'opinion populaire en font, comme nous le disions plus haut, un apéritif ; pour Lehmann, au contraire, à faible dose, l'ail entraverait l'action de la pepsine ; sur la muqueuse rectale, il aurait une action irritante comme sur les téguments.

Appareil respiratoire. — Dioscoride reconnaissait déjà à l'ail une action calmante sur la toux ; il paraît surtout un modificateur des sécrétions bronchiques qui deviennent plus fluides et c'est là sans doute la raison de cette action béchique. Il exerce en même temps une action vaso-dilatatrice non négligeable sur la circulation pulmonaire comme sur la circulation périphérique et à quelque degré sur la circulation cérébrale.

Une propriété importante, bien qu'extraorganique, est l'action antiseptique générale. Perrin l'a observée vis-à-vis du groupe typhique, paratyphique, coli du pyocyanique et du protéus. L'action est plus puissante encore sur l'aspergillus et d'autres champignons.

Les protozoaires y sont sensibles aussi, puisque Lehmann avec une solution au millionième, a pu tuer la paramécie.

Sur les animaux à sang froid l'effet toxique semble puissant ; l'expérimentation sur l'animal a montré à Perrin que l'ail agissait comme les substances du groupe excito-stupéfiant. Enfin la pratique populaire a dès longtemps devancé la médecine et employé souvent l'ail avec succès contre les vers intestinaux.

Absorption. Elimination. Toxicité. — L'absorption par voie sanguine et même digestive de l'ail et des principes qu'on en extrait semble (Lehmann) extrêmement rapide, ainsi que le prouve le moment d'apparition des premiers effets. L'élimination elle aussi est très rapide ; elle se fait

en partie par voie digestive et rénale, mais avant tout par voie respiratoire.

La toxicité pour l'homme semble quasi nulle ainsi qu'on peut le penser d'après l'importance alimentaire de l'ail en certains pays. D'après la comparaison avec l'étude chez l'animal, Perrin évalue grossièrement la dose toxique pour un homme de 70 kg. à 595 grammes.

INDICATIONS. — Les *indications pulmonaires* sont parmi les plus anciennes, puisque Dioscoride employait déjà l'ail contre la toux.

Au dix-neuvième siècle, Séjournet prescrivait le sulfure d'allyle aux asthmatiques et à certains tuberculeux.

D'une manière générale, le médicament s'adresse aux malades qui crachent abondamment et met à profit l'élimination par voie pulmonaire.

Dans les bronchites chroniques, il diminue l'abondance de l'expectoration ; les résultats varient un peu avec les réactions individuelles. De même dans les bronchiectasies.

Leclerc a employé l'ail chez les tuberculeux cavitaires à l'état stationnaire et avec grosse expectoration. Celle-ci devient plus fluide et moins abondante. Les résultats sont moins bons s'il y a un processus ulcéreux en activité ; il convient de s'abstenir s'il existe une tendance hémoptoïque.

Loeper, Lemaire, Roch l'ont enfin employé dans la gangrène pulmonaire, concurremment avec le novarsénobenzol qu'il ne saurait remplacer. La température s'abaisse, l'expectoration diminue et perd de sa fétidité.

Indications circulatoires. — Elles sont discutées. Il semble pourtant que moyennant certaines précautions, les résultats méritent l'attention. Mais ils sont influencés par le mode d'administration, l'état pulmonaire et l'état hépatique qui peuvent faire prévaloir l'effet cardiotonique sur l'effet hypotenseur.

En 1930, Loeper, de Sèze et Guillon ont montré que l'ail en injections sous-cutanées ou intramusculaires bien maniées fait baisser les deux tensions maxima et minima et qu'en dépit d'une certaine tendance à la remontée partielle on peut, par des injections répétées, obtenir une baisse de 5 à 6 cm. de Hg. Il y a vasodilatation périphérique avec rougeur de la face, vasodilatation des vaisseaux du fond d'œil, abaissement de la tension intraoculaire.

Mais les sujets dont l'émonctoire pulmonaire, du fait d'une sclérose pulmonaire, d'emphysème ou de pneumonie bacillaire, est insuffisant se conduisent, à dose égale, comme s'il y avait accumulation ; les effets cardiotoniques prédominent alors ; il y a permanence de l'anomalie tensionnelle ou même hypertension paradoxale.

L'ail peut rendre surtout service dans les hypertensions compensées et d'autant plus que la tension initiale est plus élevée ; les indications au cas d'hypertension décompensée sont affaire d'espèce.

A noter que le fonctionnement hépatique a aussi son influence, du fait sans doute de l'impuissance d'un foie insuffisant à modifier les principes absorbés. Le défaut de transformation n'engendre aucune intoxication, mais elle équivaut à une acccumulation ou à une posologie excessive et gêne l'effet thérapeutique.

L'action cardiotonique, assez nette en général quand le traitement n'est pas exagérément prolongé, n'a guère actuellement d'emploi thérapeutique.

Employé comme *parasiticide et anthelmintique*, l'ail fut préconisé par les anciens et est demeuré dans l'arsenal de la médecine populaire. Il s'adresse surtout aux oxyures et aux ascaris ; contre le taenia, il peut rendre service pour préparer l'action des taenifuges proprement dits. Employé en nature il a l'avantage certain d'une toxicité nulle.

Erdmann et d'autres auteurs l'emploient aussi sous forme extractive.

On l'a employé aussi dans des *affections intestinales* où son action parasiticide n'est certainement pas seule en jeu. Roos, Marcovici, Tilger, Erbach, Schultze-Heubach, Bachem l'ont employé sous forme extractive dans les entérites aiguës, subaiguës et chroniques, dans des colites infectieuses et toxiques même après l'échec d'autres traitements, dans des entérocolites d'origine alimentaire Schultze-Heubach a obtenu de bons résultats dans certains cas de dyspepsie ou d'achylie gastrique.

Dans les diarrhées des maladies infectieuses ou de la tuberculose pulmonaire, au contraire, les résultats ont été nuls.

Strecker l'a employé aussi dans les troubles intestinaux de la ménopause et aussi Bonem dans un cas de sprue bien caractérisé cliniquement.

Mentionnons aussi l'emploi de l'ail comme antiseptique dans le traitement des plaies infectées (Minchin 1918).

CONTRE-INDICATIONS. — Ce sont les tendances congestives en général ; mais la seule contre-indication impérieuse est la tendance chez un tuberculeux aux poussées évolutives aux hémoptysies, l'éréthisme circulatoire, les poussées fébriles.

Parmi les contre-indications relatives, il faut ranger l'insuffisance hépatique, les lésions pulmonaires chroniques dont nous avons déjà parlé à propos du traitement des hypertensions.

Sans constituer des contre-indications au sens strict, d'autres circonstances peuvent faire renoncer à ce médicament. Parfois il provoque une irritation permanente du tube digestif ; d'autres fois il est mal accepté, soit qu'il provoque des troubles dyspeptiques, soit qu'il soit l'objet d'une répugnance insurmontable où l'élimination de produits odorants par voie respiratoire joue un rôle important.

MODES D'ADMINISTRATION. POSOLOGIE. — Le plus souvent jusqu'ici, l'ail a été administré per os. C'est le cas de l'emploi comme anthelmintique, comme médicament respiratoire ou digestif. Nous n'insisterons pas sur les soupes à l'ail et autres décoctions de la médecine populaire dont la posologie est trop imprécise.

On peut avec plus de précision préparer des décoctions, soit dans l'eau, soit dans du lait qui rend ces produits plus acceptables ou mieux des infusions.

Ces dernières employées *contre les oxyures* sont administrées *en lavements*. Certains auteurs formulent 15 grammes de bulbe d'ail pour un litre d'eau. Dauchez fait infuser 8 *grammes* de bulbe frais dans 125 grammes d'eau bouillante à laquelle il ajoute ensuite un jaune d'œuf.

Per os, on pourra employer la formule de Loeper : 1 partie de bulbes desséchés pour 4 d'alcool à 95° infusant pendant trois semaines, ou plus aisément comme Pouillard une *teinture au* 1/10e. Celle-ci est administrée dans du lait *une ou deux fois par jour à la dose de XX à XXX gouttes.* En dépit des correctifs, leur saveur demeure sans agrément. Il existe aussi nombre de produits de noms divers et de préparation satisfaisante qu'il est plus aisé de faire accepter et dont l'action est satisfaisante.

L'administration *per os* s'adresse aux affections respiratoires et digestives.

Lorsqu'au contraire on recherche un *effet hypotenseur*, c'est la *voie sous-cutanée ou intramusculaire* qu'on devra préférer comme plus fidèle, plus constante et plus puissante.

Loeper, de Sèze et Guillon emploient ici une solution huileuse, dont 1 cmc. équivaut à deux centigrammes d'essence

d'ail. On l'emploiera à raison de 2 *cmc. par injection pratiquée tous les deux jours seulement et par série de 5 ou 6 injections au plus.* A cette condition seulement, ces auteurs ont obtenu des résultats durables sur l'hypertension artérielle, sans épuisement de l'action, avec une permanence suffisante et sans hypertension paradoxale. Il importe surtout de ne pas prolonger les séries d'injections et de ne pas forcer les doses.

C'est semble-t-il, à ces conditions, qu'un médicament incontestablement de second plan mais pourtant susceptible de rendre des services, peut prendre rang dans l'arsenal thérapeutique.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° CHEFS DE SERVICE (MÉDECINS, CHIRURGIENS, ACCOUCHEURS ET ASSISTANTS; CONSULTATIONS, OPHTALMOLOGISTES, OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES, ÉLECTRO-RADIOLOGISTES, STOMATOLOGISTES); 2° CHEFS DE CLINIQUE (MÉDECINE, CHIRURGIE, ACCOUCHEMENTS); 3° INTERNES; 4° EXTERNES. — *Les places d'externes en premier sont toutes occupées par des internes.*

N. B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement publié dans le précédent numéro. Le chiffre correspond au service.*
Exemple : M. Sarradin N-1. = N Hôpital de Vaugirard, 1. Service de M. le prof. Duval.

MÉDECINS

et assistants.

Abrami, L-4 et L-5.
Adida, G-5.
Alajouanine, Aa-2.
Albeaux, D-3.
Albot, K-2.
Alibert, M-1.
Ameuille, F-4 et F-7.
Arager (Mme), C-15.
Armand-Delille, E-4.
Aubertin, B-4.
Aubin, Ad-1.
Aubrun, Ab-7.
Auzépy, V-3.
Azerad, A-3.
Azoulay, J-1.
Babalian, P-7.
Babonneix, P-19.
Barbé, Ab-8.
Bariéty, J-7.
Baron, J-1.
Bash, I-15.
Baudouin, A-3.
Beaujard, A-9.
Bénard (Henri), A-5
Bénard (René), J-7.
Benoit (Mme), Ao-1.
Bernard (Etienne), Ab-5.
Bertrand-Fontaine (Mme), L-8.
Bezançon, J-1 et J-3
Binet, D-4.
Bith, D-1.
Blanchy (Mlle), J-5.
Bloch, G-13.
Blum, P-1.
Bocage, P-5.
Boidin, K-1.
Bolgert, H-5.
Boltanski, C-15.
Bompard, I-4.
Bordet, L-1.
Boulin, C-10.
Bourgeois, Ah-2.
Bourgeois (J.), B-11.
Bourguignon, I-6.
Braun, J-1.
Brissaud, J-5.
Brocard, C-9.
Brodin, Ad-1.
Brûlé, I-3.
Brun du Bois Noir (de), B-6.
Buc, An-1.
Bucquoy, M-1.
Busson, C-6.
Cahen (Rob.), C-5.
Cain, C-8.
Camus, Aa-6.
Carnot, A-1.
Carrié, Ac-1.
Cartaud, P-1.
Cathala, V-3 et V-4.
Cattan, C-8.
Célice, J-13.
Chabanier, O-1.
Chabrol, C-6.
Chabrun, Ab-2.
Chadourne, J-5.
Chevalley, Ah-3.
Chevallier, F-8.
Chiray, K-2.
Christophe, Ab-3.
Claude, Am-1.
Clément, V-7.
Clerc, B-2.
Colin (f.f.), F-8.
Corbillon (Mlle), F-2.
Costes, Am-1 et F-13
Courcoux, M-1.
Courtin, H-14.
Crouzon, Ab-3 et Ab-4.
Darré, E-6.
Debray, Af-1.
Debré, X-1.
Decourt, G-1.
Deparis, Aa-1.
Deron, K-4.
Destouches, J-1.
Dolfus (Mme), O-3.
Donzelot, G-3.
Dreyfus-Gilbert, Ab-10.
Duvoir, P-3.
Eck, E-7.
Escalier, B-11.
Facquet, I-2.
Faroy, K-4.
Faure-Beaulieu, C-5.
Fay, Am-1.
Ferrand, P-6.
Fiessinger, D-3.
Flandin, P-6.
Florand, X-2.
Fohanno, Ao-1.
Fouquet, J-1.
Gallot, B-3.
Garcin, K-9.
Gaucher, J-1.
Gautier, H-4.
Gennes (de), I-8.
Gole, P-4.
Gougerot, P-1.
Gouyen, P-19.
Grandy, H-1.
Grenet, W-1.
Guillain, Ab-1.
Gutmann, A-9.
Halbron, A-2.
Hamburger, H-14.
Harvier, B-6.
Herscher, H-2.
Heumann (Mlle), H-4.
Heuyer, N-4.
Hillemand, I-3.
Hinault (f. f.), F-4.
Hirschberg, H-3.
Horovitz, P-2.
Huber, X-2.
Isaac (G.), W-1.
Isch Wall, I-1.
Jacob, C-3 et C-9.
Jacquelin, L-6.
Jacquet, O-2.
Jahiel, Ab-6.
Janet, O-3.
Kaplan, D-4.
Kindberg, G-5.
Kourilsky, Ar-2.
Kreis, Ab-5.
Kudelski (f.f.), F-4.
Laederich, D-2.
Laignel-Lavastine, B-3.
Lambling, D-8.
Lamy, X-3.
Landowsky (Mlle), E-6.
Langlois, J-1.
Laroche, I-4.
Laubry, L-2 et L-3.
Launay, U-2.
Le Baron, P-5.
Léchelle, J-8.
Lejars, F-4.
Lelong, Z-1.
Lelourdy, G-2.
Lemierre, U-1.
Lemoine, F-4.
Lenormant, A-2.
Lepagnole, P-4.
Lereboullet, Z-1.
Lestoquoy, E-4.
Levachkevich (Mme) F-13.
Levesque, Ai-1 et Aj-1.
Lévy (Mlle), P-19.
Lévy (P.-P.), K-11.
Lévy (Rob.), B-4.
Lévy-Franckel, P-5.
Lévy-Valensi, A-4.
Lian, I-2.
Lichwitz, L-4.
Loeper, C-1.
Lonjumeau, L-1.
Maas (Mlle), I-15.
Macé de Lépinay, Am-2.
Maillard, Aa-7.
Mallein, Q-3.
Marceron, J-13.
Marchal, I-7.
Maréchal, Ap-1.
Marie, X-1.
Marquézy, U-2.
Mauric, K-3.
May, I-5.
Mayer, C-9.
Ménétrel, G-3.
Merklen, A-5.
Meyer, J-1.
Mignot, L-1.
Milhit, W-2.
Monier-Vinard, O-1.
Morancé, Ak-1.
Moreau, Aa-1 et Aa-11.
Morlaas, G-1.
Mouquin, Y-1.
Moussoir, M-2.
Mutel, Aq-1.
Nico, J-5.
Nobécourt, E-1 et E-15.
Nicaud, H-5.
Nouvion, Al-1.
Ollivier, I-5.
Oumansky, C-7.
Pagniez, C-4.
Paisseau, V-1 et V-2.
Palazolli, Q-3.
Papaionnou (Mlle), E-2.
Paraf, Aa-3.
Pasteur Vallery-Radot, K-3.
Pauc (Mlle), Al-1.
Péron, O-5.
Pescarolo, I-6.
Pichon, W-5.
Pinard, F-2 et F-3.
Plichet, C-4.
Pollet, P-3.
Poumailloux, K-8.
Poumeau-Delille, P-6.
Prieur (Mlle) (f. f.), I-6.
Pruvost, I-6.
Puech, B-5.
Rachet, M-7.
Ragu (Mme), J-1.
Ramond (Louis), J-4
Rathery, B-1.
Renaud, Ah-1.
Ribadeau-Dumas, Ab-2.
Richet, G-4.
Richon, P-6.
Rivet, H-3.
Roberti, H-2.
Roudinesco (Mme), N-4.
Roudinesco, Z-1.
Rouquès, K-1.
Roussy (Mlle), Ao-1.
Salles, I-8.
Salmon, F-13.
Scherrer (Mlle), C-9
Sergent, L-1.
Solente, P-4.
Soulié, L-2 et I-7.
Sourdel, G-4.
Stévenin, G-2.
Thévenard, J-8.
Thomas, D-8.
Thoyer, M-1.
Thurel, Aa-2.
Tieffry, O-2.
Tinel, G-1.
Tixier, E-7.
Touraine, P-4.
Trémolières, M-2.
Troisier, J-5 et J-6.
Turpin, P-7.
Uhry, C-10.
Vallery-Radot (Pierre), V-7.
Vialard, J-4.
Vibert, G-5.
Villaret, D-1.
Vincent, B-5.
Vurpas, Ab-7.
Weil (M.-P.), C-7.
Weiler, G-5.
Weill (J.-R.), V-1.
Weill (P.-E.), I-1.
Weill-Hallé, E-2 et E-3.
Weissenbach, P-5.
Weissmann, Ar-1.
Wester, O-5.
Worms, D-2.
Zagdoun, W-2.

CHIRURGIENS

et assistants.

Ameline, G-7.
Aurousseau, P-8.
Banzet, B-7.
Basset, G-7.
Baudelot, I-16.
Baumgartner, B-7.
Bayle, F-12.
Bazy, P-9.
Berger (Jean), D-6.
Bergeret, E-10.
Bernard (Ray.), B-12.
Bertrand, W-3.
Bloch (J.), A-6.
Blondin (S.), P-9.
Boppe, P-20.
Braine, C-16.
Bréchot, C-12.
Brocq, K-7.
Buquet, Z-2.
Cadenat, H-7 et H-8.
Cahen, A-10.
Capette, K-5.
Chabrut, K-7.
Chaignon, H-6.
Charrier, Ab-6.
Chevassu, F-12.
Chevrier, B-8.
Chifoliau, I-16.
Cunéo, A-6.
Deniker, I-11.
Desmarest, O-4 et O-6.
Desplas, Ad-2.
Dossot, P-11.
Ducroquet, Z-2.
Duval (P.), N-1.
Fèvre, E-8.
Fey, D-5.
Funck, Ab-6.
Garnier, P-20.
Gatellier, N-1.
Gaudart d'Allaines (de), I-9.
Girode, Y-2.
Gosset, Ab-6.
Gouverneur, P-11 et P-12.
Grégoire, C-11.
Gueullette, K-5.
Guichard, V-5.
Guillot, D-9.
Guimbellot, G-8.
Heitz-Boyer, H-6.
Heppe, As-1.
Houdard, H-10.
Huard, M-4.
Huet, K-6.
Küss, B-9.
Lance, E-8.
Lardennois, J-10.
Lenormant, F-9.
Leveuf, W-3.
Madier, As-1.
Marion, D-5 et D-12.
Martin, Z-2.
Mathieu, F-11.
Maurer, J-10 et J-14
Maximin, C-16.
Meillère, Ad-2.
Ménégaux, F-9.
Merle d'Aubigné, L-1.
Métivet, Ac-3.
Michon, C-11.
Mocquot, Q-1 et Q-2
Mondor, K-6.
Monod (O.), As-1.
Monod (Raoul), L-9, Q-1 et Q-2.
Monod (Rob.), L-7.
Moulonguet (P.), I-10.
Moure, P-10.
Naggior, P-16.
Oberlin, B-8.
Okinczyc, M-4 et M-8.
Ombrédanne, E-8 et E-9.
Petit-Dutaillis, Ab-12.
Picot, P-8.
Quénu, D-9.
Redon, H-15.
Reinhold, C-12.
Richard, Ag-1 et Ag-2.
Rouhier, G-9.
Roux-Berger, I-9.

Rudler, As-1.
Sauvage,, I-11.
Sauvé, H-9.
Schmitz, Ab-12.
Schwartz, K-10.
Seillé, L-1.
Senèque, A-6.
Sigwalt, Ab-12.
Sorrel, V-5.
Soupault, G-14.
Thalheimer, O-4.
Toupet, Aa-4, Aa-5 et Aa-13.
Velti, J-10.
Zagdoun, A-10.

ACCOUCHEURS
et assistants.

Bidoire, P-13.
Brindeau, T-1.
Chirié, A-8.
Cleisz, I-14.
Couinaud, K-8.
Couvelaire, S-1.
Desnoyers, R-1.
Devraigne, H-13.
Digonnet, A-8.
Ecalle, M-5.
Jeannin, B-10.
Lacomme, S-1.
Landrieu, Z-3.
Le Lorier, R-1.
Lemeland, P-13.
Levant, G-12.
Lévy-Solal, C-14.
Metzger, K-8.
Portes, W-4.
Ravina, H-13.
Sureau, C-14.
Suzor, M-5.
Vignes, Z-3.

OPHTALMOLOGISTES
et assistants.

Besnard, J-12.
Bideau, F-15.
Blum, A-7.
Bollach, I-13.
Bourdier, G-11.
Cantonnet, J-12.
Cerise, B-14.
Coutela, P-14.
Delobel, E-11.
Delthil (Mme), I-13.
Deschamps, O-8.
Desprez, B-14.
Dubar, N-6.
Dubois, H-12.
Ducraix, E-11.
Durandy, V-8.
Encausse, J-12.
Favory, V-8.
Gaudebert, J-12.
Guillaumat, A-7.
Haas (Mlle), H-12.
Halbron, C-17.
Hartmann, O-8.
Jourdy, E-11.
Kaz (Mlle), B-14.
Magitot, H-12.
Masson, P-14.
Mekdjian, K-12.
Monbrun, E-11.
Oger, G-11.
Parfonry, Aa-9.
Prelat, F-15.
Renard, K-12 et X-5.
Rossano, H-12.
Rouher, G-11.
Terrien, A-7.
Vallon (Mme), A-7.
Velter, C-17.
Weissmann-Netter (Mme), P-14.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES
et assistants.

Aubry, K-13 et Aa-12.
Baldenweck, G-10.
Baron, Ac-6.
Baron, B-13.
Bloch, J-11.
Boëlle, W-6.
Bory, G-10.
Bosc, M-6.
Bouchet, P-14.
Bourgeois (R.), I-12
Bricker, F-16.
Camps, I-13.
Causse, Aa-12.
Chaillouet, H-11.
Chanel, O-7.
Chatellier, U-3.
Demaldent, P-14.
Duflot, I-12.
Encausse, K-13.
Eyriès, B-13.
Ferrand, V-6.
Granet, G-10.
Gratier, E-12.
Guillen, B-13.
Halphen, C-13.
Hautant, I-12.
Lallemant, W-6.
Larroque, J-11.
Le Jemble, X-4.
Lemaître, M-6 et H-11.
Lemariey, Al-1 et Ah-5.
Lembine, J-11.
Le Méc, E-12.
Le Pavec, P-14.
Leroux, O-7.
Leroux-Robert, G-10
Loiseau, O-7.
Maduro, F-16.
Magnien, G-10.
Maillard, V-6.
Mazarakis, E-12.
Miégeville, M-5.
Meulonguet, M-6.
Moussette, H-11.
Ombrédanne, X-4.
Ramadier, Ac-6 et B-13.
Basset, J-11.
Richier, E-12.
Rouget, V-6.
Sachnine, V-6.
Sailly, H-11.
Schatz, W-6.
Sergent, C-13.
Solomon, C-13.
Soulas, J-11.
Tillé, G-10.
Vachey, Ah-5 et Al-1.
Vial, P-14.

ÉLECTRO-RADIOLOGISTES

et assistants.

Aimé, Z-4.
Aubourg, G-15.
Barreau, F-17.
Baude, D-11.
Beau, Ab-9.
Beausserie (de la), (f. f.), K-14.
Béclère, N-3.
Belot, P-18.
Bernard, D-11.
Bernard, B-16.
Blanche, M-10.
Blot, L-10.
Boileau, F-17.
Bouchard, Z-4.
Bourguignon, Ab-9.
Brennan, O-9.
Brunet, D-11.
Buhler, P-18.
Busy, F-17.
Cassan, Aa-9.
Chenot, B-16.
Cherigié, L-10.
Choffat, P-18.
Clenet (f. f.), C-17.
Codet, B-16.
Colombier, A-12.
Corbier, H-17.
Cottenot, L-10.
Couvreux, L-10.
Cros (f. f.), F-17.
Damon, V-10.
Dariaux, Aa-9.
Deille (f f.), G-15.
Delapchier, Ac-4.
Delaplace (Mme), G-15.
Delherm, B-16.
Desgrez, F-17.
Detré, O-9.
Devois, B-16.
Dioclès (f. f.), A-12.
Djian, Ab-9.
Dubost (f. f.), N-3.
Duchamp, P-18.
Dupouy, As-2.
Duval, W-8.
Falcoz (f. f.), H-17.
Fischgold, B-16.
Foubert, K-14.
Frain, H-17.
Gaucher (f. f.), D-11
Gauillard, G-15.
Gérard, M-10.
Gibert, X5 et C-19.
Gilson, D-11.
Giraudeau, P-18.
Giron (f. f.), H-17.
Goubert, Ar-3.
Guénaux, V-10.
Guilbert, H-17.
Hélie, J-16.
Hicquel, K-14.
Hoang (f. f.), B-16.
Humbert, Ab-9.
Jaudel (f. f.), C-19.
Joly, G-15.
Jouveau-Dubreuil, J-16.
Juquelier (f. f.), K-14.
Juster, P-18.
Lagarenne, A-12.
Lamy (f. f.), D-11.
Leblanc (f. f.), S-1.
Le Camus, N-3.
Le Canuet, X-5.
Le-Din-Thi, L-10.
Legoff (f. f.), Y-4.
Lehmann, K-14.
Lemerle (f. f.), P-18.
Lomon, W-8.
Lepennetier, I-17.
Liftchitz, M-10.
Maingot, J-16.
Mainguy, F-17.
Martinot (f. f.), E-13
Mathieu (P.), Ab-9.
Méry, W-8.
Michon, Am-3.
Morel-Kahn, B-16.
Moret, F-17.
Mozer, C-19.
Nadal, P-18.
Nahan (f. f.), P-18.
Ordioni, C-19.
Pariz, Ag-3.
Penteuil, P-18.
Pestel, Ac-4.
Petit, S-1.
Piffault, G-15.
Piot, Am-3.
Pizon, P-18.
Porché, K-14.
Portret, J-16.
Prévost, M-10.
Pulsford, Q-4.
Puyaubert, P-18.
Raulot-Lapointe, G-15.
Ronneaux, F-17.
Solomon (f. f.), C-19.
Sourice (f. f.), K-14.
Strouzer, B-16.
Struhl, B-16.
Surmont, G-15.
Tedesco (Mme), Ad-3.
Thibonneau, E-13.
Thoyer-Rozat, Q-4.
Vassal (f. f.), J-16.
Verre, G-15.
Vitenson (f. f.), C-19.
Wessbecker, K-14.

PHYSIOTHÉRAPIE HYDROTHÉRAPIE THERMOTHÉRAPIE

Arraud, A-13.
Bouchard (f. f.), I-17.
Brace-Gillot (Mme), A-13.
Chenilleau, A-13.
Collioz, I-17.
Descouts (f. f.), I-17
Duhem, A-13.
Ferrier, A-3.
Godefroy (f. f.), I-17.
Grain (f. f.), I-17.
Mallet, I-17.
Marchal (f. f.), I-17.
Montmignant, A-13.
Moro, A-13.
Pages, A-13.
Simon-Franck (f.f.), I-17.

STOMATOLOGISTES
adjoints et assistants

Béliard, A-11.
Bertrand, I-19.
Boissier, Z-5.
Bozo, B-15.
Cabrol, Ac-5.
Cauhepée, V-9.
Chapotel, Z-5.
Chatellier, B-15.
Croquefer, L-12.
Darcissac, J-15.
Duffieux, F-18.
Farjin-Fayolle, M-9.
Friez, C-18.
Gornouec, D-10.
Guilly, Ab-11.
Hénault, D-10.
Houzeau, Ab-11.
Izard, W-7.
Lacaisse, C-18.
Lacronique, I-19.
Lattès, H-16.
Lebourg, A-11.
Lemerle, V-9.
Maleplate, P-17.
Maurel, F-18.
Nespoulous, Ah-5.
Omnès, F-18.
Papillon (Mme), I-19.
Raison, K-15.
Richard, Aa-8.
Rousseau-Decelle, H-16.
Rupper, X-5.
Schoefer, P-17.
Thibaut, C-18.
Vilenski, N-2.
Vrasse, B-15.

CHEFS DE LABORATOIRE

Ardoin, H-11.
Baudelot, F-1.
Beauvy, F-9.
Béclère (H.), N-1.
Beloux, N-1.
Bernon, Ab-1.
Bertrand, Ab-1.
Bonnard (Mlle), Am-1.
Boulle, Q-3.
Braun, J-1.
Brunet, E-1.
Busy, F-1.
Cachera, A-1.
Chabanier, D-5.
Colombet, D-5.
Coquoin, A-1.
Couvreux, L-1.
Cuel, Am-1.
Cuzin, Am-1.
David (Mlle), C-1.
Dechaume, P-1.
Delarue, J-1.
Delaunay, Ab-6.
Delavenne, C-11.
Delhomme (Mlle), F-4.
Desgrez, P-1.
Detrois, Z-1.
Deval, A-1.
Deylande, L-2.
Dioclès, A-1.
Dognon, A-1.
Donato, Z-1.
Doubrow, B-1.
Dubar, Am-1.
Dubois (Mme), F-4.
Duche, P-1.
Duchon, C-1.
Dumas, Am-1.
Dupouy, N-1.
Durand (H.), L-1.
Eliaschef (Mlle), P-1
Fischer, F-1.
Frebet, E-1.
Froment, B-1.
Gallais, F-1.
Gauthier-Villars (Mlle), B-2.
Giraud, S-1.
Giraud, F-2.
Giraud, P-7.
Goiffon, N-1.
Grigant, H-6.
Guillaumin, J-1.
Hahn (Mme) (f. f.), F-8.
Heim de Balsac, L-2
Hinglais (Mme), T-1
Hudelo, A-7.
Hury, F-1.
Jahiel, Ab-6.
Jaubert, L-2.
Kogan (Mlle), D-5.
Kourilsky, L-1.
Lagarenne, A-1.
Laporte, S-1.
Laroche (Mme), E-1.
Lavergne, A-1.
Lehmann, Am-1.
Lenègre (J.), L-2.
Lereboullet, Ab-1.
Lesure, C-1.
Letulle, F-11.
Levy (G.), P-2.
Martineau, P-5.
Mathieu (P.), Ab-1.
May, G-6.
Minvielle, B-10.
Moricard, Q-1.
Moussotte, H-11.
Moutier, N-1.
Palmer, Q-1.
Paris, B-2.
Pougin, T-1.
Perrot, F-9.
Peyre, P-1.
Poumailloux, J-5.
Rabeau, P-6.
Rachet, H-11.
Raymond, L-2.
Reilly, U-1.
Rémond (Mme), E-8
Renault, P-4.
Rouche, Ab-6.
Rymer, F-1.
Saint-Girons, E-8.
Schmite, Ab-1.
Seyer (Mlle), A-7.
Soulié, C-1.
Sureau, S-1.
Tessier (Mlle), A-1.
Traverse (de), B-1.
Truchot, D-5.
Vilenski, N-1.

CHEFS DE CLINIQUE

et adjoints

Aboulker, N-1.
André, B-2.
Antonelli, F-1.
Bachmann, B-1.
Barraya, Ab-6.
Baumann, C-11.
Bérard, H-11.
Beuzart, A-6.
Bons, A-1.
Bouchard, D-5.
Boudin, P-1.
Boudreaux, Ab-6.
Brisset, E-1.
Brosse, L-2.
Cachin, J-1.
Calvet, F-9.
Chadourne, J-1.
Cheinisse, Z-1.
Coen, S-1.
Cottet, C-1.
Courtial, A-1.
Delahaye (Mlle), B-10.
Delamare, B-2.
Delay, Ab-1.
Demaldent, H-11.
Dufour, C-11.
Esquirol, B-10.
Fabre (G.), A-1.
Fiehrer, A-1.
Fourestier, L-1.
Friedmann, U-1.
Gaston, H-11.
Gavois, Z-1.
Gilbrin, C-1.
Gorecki, E-8.
Guillot, Q-1.
Guilly, Am-1.
Hamburger, P-1.
Hesse, Ab-1.
Hurez, E-1.
Hutin, B-10.
Jammet (Mlle), B-1.
Jomain, A-6.
Joseph, Z-1 et A-7.
Judet, E-8.

Lagache, Am-1.
Lance (Pierre), F-11.
Landowski, L-2.
Laplane, U-1.
Leblanc, S-1.
Leblanc, L-2.
Lehmann, J-1.
Lepage, S-1.
Loiseau, H-11.
Loisel, C-1.
Mahoudeau, U-1.
Meillaud, U-1.
Ménétrel, F-1.
Milhiet, A-6.
Moyse, F-9.
Naggiar, D-5.
Odinet, Z-1.
Pathey, E-1.
Patte, P-1.
Paul, J-1.
Pautrat, B-1.
Pergola, F-9.
Pergola, J-1.
Perrault, C-1.
Petit, E-8.
Poilleux, Ab-6.
Racine, L-1.
Regaud, L-1.
Ribadeau-Dumas, Ab-1.
Richard, B-10.
Robert (P.), J-1.
Rousseau, Ab-6.
Roy, C-1.
Royer de Véricourt, L-2.
Ruder, N-1.
Sallet, B-1.
Sarrazin, A-7.
Schwob, Ab-1.
Sterne, B-2.
Thiéry, F-1.
Van den Bosche, H-11.
Wertheimer (Mme), Z-1.
Zadoc-Kahn, B-2.
Zagdoun, A-6.

INTERNES

Adda-Denis (Mme), H-4.
Adle (Y.), C-11.
Aldou (Mme), U-2.
Aliker, I-9.
Allilaire, P-14.
Anquetil, Ar-2.
Arnous (J.), K-4.
Arvisel, I-11.
Aschkenasy, I-1.
Attali, Ah-2.
Aubin (Mlle), K-8.
Aussanaire, P-6.
Azoulay, C-14.
Barbier (L.), E-8.
Barbier (P.), Ah-2.
Barcat, K-6.
Basset (A.), O-2.
Baudouin, I-4.
Beauchef (R.), K-5.
Beauchef (J.), I-11.
Bellin, F-6.
Benassy (J.), Ab-6.
Bergeron, B-8.
Billard (J.), A-6.
Blanchard, Ah-1.
Blondeau (f. f.), Al-1.
Boissonnet, G-8.
Boissonnet, Aa-3.
Bonamy, Aa-4.
Bonnenfant (Mlle), V-7.
Bonnet (G.), K-2.
Botton (de), I-9.
Boulenger, Aa-6 et Aa-7.
Bour, D-4.
Bouteau, D-5.
Boutron (J.), K-5.
Bouvier (Jean), B-16
Bouvrain (Y.), L-2.
Bouwens van der Boyen, P-5.
Boyé (P.), Ac-1.
Boyer (J.), P-6.
Brault (André), V-4.
Brégeat, I-12.
Bret, V-5.
Breton (P.), K-11.
Brissaud, A-7.
Broutman, P-14.
Brumpt (L.), U-1.
Brunhes, B-5.
Campagne, Ai-1.
Camus (P.), C-4.
Carrez, V-1.
Castany (J.), K-8.
Catinat, Z-1.
Cauchoix, F-11.
Cauvy, C-12.
Cernéa, H-11.
Chabiol, B-7.
Chambon, Ac-1.
Champeau, N-1.
Chareire, W-5.
Charousset, Y-1.
Chassagne, B-2.
Chatain, D-6.
Chenebault, J-5.
Chiche (P.), E-11.
Claisse (R.), K-3.
Clerc, U-3.
Cochemé, Z-1.
Coldefy (J.), Ab-6.
Combes, Z-2.
Cordebar, F-12.
Cornet (Mme), I-14.
Courrier (Mlle), H-11.
Damiens (Mlle), R-1.
Danset, Ar-1.
Debain (J.), E-12.
Debay (Mlle), I-8.
Debelut, G-7.
Debeyre, F-11.
Debidour, N-1.
Debouvry, V-5.
Dechaume-Montcharmont, O-1.
Delair, Az-2.
Delaitre (R.), P-19.
Delor, Aa-1.
Delzant, G-8.
Demartial, P-4.
Dennewald, Ar-2.
Denoux (P.), M-4.
Depaillat, Aa-1.
Depierre, Z-3.
Derieux (P.), I-10.
Desclaux, Ar-1.
Desmonts, F-8.
Domart, U-1.
Douay, P-10.
Drain, Ad-2.
Dreulle (Mlle), M-5.
Dreyfus (B.), P-1.
Dreyfus (J.), C-13.
Droguet, C-19.
Dubois (J.), G-11.
Duperrat, X-2.
Dupuy (R.), K-2.
Duret, Q-2.
Duval, D-1.
Eyraud (Mlle), B-10.
Faingold (f. f.), Ak-1.
Fasquelle, L-1.
Faugeron, P-20.
Faulong, Aa-2.
Fauvet, F-2.
Flores, Ar-2.
Flourens, A-6.
Fossier (Mlle), Ah-1.
Fréret, I-14.
Gaube, G-2.
Gaultier (M.), P-3.
Gaumé, Ag-1.
Gautier (J.), Ab-3.
Genevrier, J-12.
Genthon, Ah-1.
Genty, K-4.
Geoffroy, G-12.
Gerbeaux, Ab-4.
Gharib (M.), P-2.
Ghozland (L.), A-6.
Gillet (G.), A-6.
Girard (L.), H-10.
Giraud (J.), J-11.
Gisselbrecht, H-1.
Gougerot, Ag-2.
Gout (L.), L-7.
Goutner, J-7.
Goyer, K-5.
Graciansky (de), P-1.
Gras (L.), G-4.
Greene, P-4.
Grenet, I-5.
Grépinet, D-5.
Grèze (A.), A-1.
Gross (G.), Ab-6.
Grossiord, J-4.
Guénin (P.), L-7.
Guénon des Mesnard, C-11.
Guillemin, Ah-3.
Guny, P-20.
Hacker, I-13.
Haguier, Aa-4.
Hanoun, W-4.
Hector (Mme), B-3.
Hector, P-10.
Herrenschmidt (J.), I-3.
Hertzog, Ah-2.
Heulot (Mlle), Ah-2.
Hofmann (S.), I-12.
Horeau, B-4.
Huchet, P-9.
Huguier, K-6.
Hyon-Jomier (Mme), H-2.
Inbona, A-4.
Israel, U-1.
Jacquot, G-9.
Jaïs (M.), A-2.
Jamain, G-12.
Jhelber (f. f.), Ak-1
Joly (A.), B-9.
Jouanneau, H-7.
Kaplan (A.), G-5.
Kappelin (Ext. en premier f. f.), Ab-12.
Kaufmann, C-17.
Kipfer, P-2.
Krug, P-11.
Lacorne (J.), H-12.
Laigle, B-8.
Lamotte (Mme), J-5.
Lamotte, Ab-10.
Lascaux (B.), G-7.
Lataix, Ac-3.
Laurence, F-9.
Lauthier, H-6.
Lautmann (Mlle), Int. f. f.), E-3.
Le Beau, Ab-1.
Lecœur (Pol), E-8.
Leconte (A.), M-6.
Leconte (Mme), Ab-7 et Ab-8.
Lecuyer (Mlle), Ah-1
Ledoux-Lebard (G.), C-10.
Lefebvre (J.), I-10.
Lefebvre (René), G-15.
Léger (L.), C-11.
Le Loc'h, A-7.
Lemanissier, Ar-1.
Lemelletier, J-5.
Lenormant, Ah-2.
Le Picard (J.), M-4
Lepintre, G-9.
Le Roy (A.), H-9.
Leroy (F.), O-4.
Lesobre, C-1.
Le Sueur, A-8.
Levachkévitch (Mme), H-4.
Lévy (F.), L-6.
Lévy (Jean), I-11.
Lewi (Samuel), P-7.
L'Hirondel, I-6.
Logeais, Ad-2.
Logeais-Barnaud (Mme), I-5.
Lortat-Jacob, K-6.
Lotte (A.), Mlle, P-13.
Mage (E.) (Mlle), R-1.
Magingarbe, W-3.
Mallet (R.), L-4.
Mande, Ab-5.
Marcy, H-7.
Marquis (Mlle), P-18.
Marre (P.), J-10.
Marre (Ph.), H-13.
Marschak, Z-2.
Martinet, Ar-1
Martrou, Ad-1.
Maruelle, J-10.
Maschas, V-3.
Mathivat, C-6.
Matteo di, W-4.
Maulmont (de), H-6.
Maury (J.), P-8.
Maury (P.), W-2.
Maynadier, E-10.
Ménétrier, C-9.
Meunier (Mlle), Ah-3.
Meyer (J.), E-2.
Mignot (H.), B-3.
Milliez, Ab-9.
Molinéry, C-7.
Monsaingeon, H-7.
Montalant, P-13.
More-Fatio, P-10.
Morhange, K-7.
Morichau-Beauchant, G-1.
Morin (M.), U-1.
Morin (P.), H-10.
Mouchotte, J-10.
Mouchotte (R.), W-1.
Moulinier, L-5.
Mousseau, P-8.
Mozziconacci, M-1.
Nabert, B-8.
Nardi, F-12.
Nastorg, B-7.
Négréanu, F-1.
Neret (Mme), P-7.
Netter, G-3.
Netter, W-3.
Neveu, G-7.
Neyraud, F-9.
Nouaille, X-3.
Oemichen, V-2.
Offret, B-14.
Oganesoff (Mlle), Ah-2.
Ollier (R.), P-8.
Ordonneau, P-15.
Orinstein, M-3.
Orsoni, Aa-4.
Ortholon, I-7.
Osenat, B-13.
Paillas (J.-B.), K-1.
Parrot, C-1.
Paugam, T-1.
Payet, D-2.
Perret (R.), I-9.
Pertus, Ad-2.
Perrot (R.), J-8.
Peyel, A-6.
Picard, Gl-7.
Picart (Mlle S.), W-3.
Piquard (Alb.), E-7.
Picquart (A.), C-12
Pierra, H-10.
Pinard (Mlle), C-14.
Piton, F-5.
Placa, B-5.
Plas, G-8.
Poncet (G.), U-2.
Porge, L-3.
Porget (R.), H-9.
Rault, M-5.
Rault (Mme), H-3.
Rayaud, Mp-3.
Reigneir K-7.
Rendu (C.), P-2.
Robey, I-10.
Roche, I-6.
Rochlin, I-10.
Rogé (R.), Ab-1.
Rometti (A.), Aj-1.
Rossier, A-3.
Rotte (Mlle), L-6.
Rouchy, S-1.
Rougé, V-5.
Rougier, Ag-1.
Rouvillois, K-7.
Roux (M.), K-1.
Roy (And.), Ab-2.
Sacquépée, G-10.
Sagaut, G-9.
Saks, D-6.
Salvanet, B-9.
Sarradin, N-1.
Sauter, P-20.
Sayous, Ac-3.
Scemama, Ab-5.
Schaefer (G.), T-1.
Schapira, Af-1.
Scheid, V-3.
Seguin (M.), A-1.
Serane (J.), Z-3.
Seringe, X-1.
Siguier (Mme), N-4.
Siguier, J-1.
Sikorav, A-5.
Simon (G.), P-9.
Simonin, V-6.
Soullart (J.), K-3.
Streusand, B-9.
Suire, C-12.
Sulzer (Mlle), P-5.
Tallet, P-11.
Tanret, H-5.
Tardieu, B-5.
Taveau (P.), H-13.
Temerson, E-1.
Temine (P.), E-12.
Teyssier (Mlle), W-2.
Teyssier, P-19.
Thaon (Mme), Q-3.
Thomas (H.), C-5.
Thomeret, F-9.
Thorel, D-6.
Tiffeneau, E-5.
Tissot (J.), O-4.
Trotot, B-5.
Turiaf, B-1.
Ullmann, Aa-2.
Varay (A.), D-3.
Vautier (J.), H-9.
Velez, B-7.
Velti, I-2.
Vendryes, L-1.
Vialatte, Ag-1.
Vignalou, B-6.
Vildé, E-6.
Villanova, B-10.
Vincent, A-8.
Vincent, J-1.
Vincent (J.), P-9.
Vincent (P.), E-10.
Vionnet (P.), M-4.
Virz (Mlle), F-2.
Walther (R.), I-8.
Wimphen, O-3.
Wolinetz, E-4.
Yglesias y Betancourt, Ab-1.
Zarachovitch, C-8.
Zivy, Aa-5.
Zwillinger, D-5.

Boudon, D-8.
Bourée (Int. f. f.), E-15.
Chevalier (A.) (Int. f. f., E-9.
Delatour, J-13.
Deprez, M-7.
Eudel, G-13.
Froidefond, F-13.
Gimaut, C-15.
Haguenauer (Mlle), G-1.
Hardel, A-9.
Kaeppelin (Int. f. f.) Ab-12.
Lafon (J.), G-5.
Lange, L-8.
Larminat (Mlle de), H-14.
Lecointe, I-15.
Maignan (Ch.), Aa-11.
Mantoux, Ac-1.
Neyman (Mlle de), E-5.
Pareau, B-11.
Prochiantz, Y-2.
Rist (Mlle), O-5.
Tiret, K-9.
Vernes, Y-2.

EXTERNES

Aalam (Mlle), R-1.
Abeille, H-14.
Abramowicz, M-5.
Adam (Roger), E-8.
Adler (Mlle), P-7.
Aftalion (Mlle), L-4
Agid, G-1.
Aginski (Mme), E-12.
Aharfi, D-5.
Albert, G-13.
Albou, Ab-6.
Albulesco (Mlle), X-3.
Alhomme, B-5.
Allain, O-2.
Allary (Mlle), W-3.
Alloiteau, C-11.
Alpérine, E-11.
Amado (G.), C-7.
Amado (R.), P-7.
Amirian, B-7.
Ancel, M-5.
Ancelin, J-8.
André (Mme S.), A-2.
Anghert, P-8.
Antoine (Mlle), Y-1.
Arditti (Mlle), X-1.
Ardouin, H-5.
Ariztia, W-5.
Arnaud (G.), V-6.
Arnaud (R.), U-1.
Arnavielhe, H-7.
Arnold, E-4.
Arrighi, J-12.
Aslanian, E-15.

PRATIQUE MÉDICALE

LA QUERELLE DES BARBITURIQUES

d'après le docteur S. Camredon (1)

De préférence aux barbituriques généralement employés, l'auteur conseille l'utilisation de l'allonal, qui est un allylisopropylbarbiturate de diméthyl-amino-antipyrine, et qui agit merveilleusement comme un analgésique progressivement sédatif et hypnogène ; c'est un produit sûr, n'ayant aucune action nocive sur les principaux appareils et capable de lutter contre l'appréhension, l'anxiété, l'angoisse, l'excitation et l'insomnie, car il est susceptible de donner les meilleurs résultats dans tous les cas où se manifeste une douleur intense, aussi bien en médecine générale qu'en urologie, gynécologie et surtout en stomatologie.

(1) *Concours médical*, Paris, n° 6, février 1936.

AVIS

Exceptionnellement, ce numéro ne contient pas de « Notes pour l'Internat ».

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 41. — SAMEDI 22 MAI 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

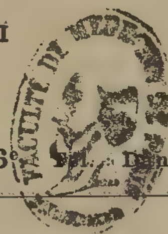
GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — 2e CONCOURS DE NOMINATION A DEUX PLACES DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (31 mai 1937). — *Jury :* MM. Sergent, Loeper, Sainton, Pagniez, Ribadeau-Dumas, Louis Ramond, Tixier, Ameuille, Tinel, Levesque, Picot.

— CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Liste des candidats : MM. les docteurs Mme Arager, MM. Azoulay, Bachman, Boyer, Bréhier, Cabaille, Caffort, Dacheux, Debray (Charles), Debray (Jean), Degrais (Jean), Degrais (Pierre), Delor, Deparis, Déséglise, Dormay, Doukan, Dugas, Mme Duhamel, MM. Ecklé, Eliet, Fabre, Fiehrer, Fouquier, Fromaigeat, Gachon, Hanaut, Mlle Helman, MM. Julia, Klotz, Laforge, Laïk, Mlle Lavit, MM. Lemant, Lesieur, Mlles Lévy, L'Hoir, Mme Lœwe-Lyon, MM. Lonjon-Raynaud, Martel, Martini, Moline, Nel, Oladia, Parrique, Royer de Véricourt, Mlle Tisserand, MM. Viala, Willot.

— *Jury :* M. Chénevier. MM. Paraf, Vignes, Viancin, Chevé, Vallée, Houlnick, Mme Buquet.

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Michalowicz, professeur de clinique pédiatrique à l'Université Pilsudski, à Varsovie, fera deux leçons sur *les troubles gastro-intestinaux du nourrisson*, l'une le *mercredi* 9 *juin*, à 10 heures, aux Enfants-Malades, clinique du professeur Nobécourt ; l'autre le *vendredi* 11 *juin*, à 11 heures, aux Enfants-Assistés (clinique Parrot), dans la clinique du professeur Lereboullet.

Collège de France. — Par arrêté du 14 mai 1937, la chaire de médecine au Collège de France est rétablie.

Un délai d'un mois à dater de la publication du présent arrêté est accordé aux candidats pour adresser à l'administrateur du Collège de France leur déclaration de candidature et l'exposé de leurs titres.

(*J. O.*, 16 mai 1937.)

Légion d'honneur. — GUERRE. — *Au grade de commandeur :* M. Jean-Edouard Schneider, médecin lieutenant-colonel de réserve.

Médaille d'honneur des épidémies. — Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 15 mai 1937, la médaille d'honneur des épidémies en argent a été décernée à M. le docteur Crosse (Emile), médecin de l'assistance médicale gratuite à Mateur (Tunisie), pour maladie grave contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Ministère de l'Education nationale. — Le *Journal officiel* du 14 mai 1937 publie un décret modifiant le régime des études afférentes au diplôme de pharmacien.

Ministère de la Santé publique. — Le *Journal officiel* du 14 mai publie une circulaire relative au service de prophylaxie des maladies vénériennes.

Sanatoriums publics. — M. le docteur Crouzet, médecin adjoint au sanatorium de Bodiffé (Côtes-du-Nord), a été nommé, sur sa demande, médecin adjoint au sanatorium de Ponteils (Gard).

Société française de Cardiologie. — La Société française de Cardiologie vient d'être fondée, sous les auspices de M. le professeur Laubry et des membres du Comité des « Archives des maladies du cœur » ; elle tiendra sa première séance le dimanche 23 mai, à la Société médicale des Hôpitaux, 12, rue de Seine, à 9 h. 30.

Nous adressons à la Société française de Cardiologie nos vœux de bienvenue.

Journées médicales de la Faculté libre de Lille. — Ces journées se sont réunies pour la 9e fois à Lille, le 7 mai dernier, sous la présidence de M. le professeur H. Billet, doyen de la Faculté, assisté des professeurs Le Grand, David et Callens.

Les deux premières journées ont été consacrées à des communications, à des séances opératoires et des conférences.

Le dernier jour, le docteur Tzanck fit une conférence sur les indications cliniques de la transfusion sanguine. Le professeur Tournade, d'Alger, parla de l'intoxication tabagique expérimentale.

Les participants à ces Journées, qui attirent tous les ans de nombreux confrères français et belges, se réunirent enfin, sous la présidence du professeur Billet, dans un très brillant banquet de clôture.

Xe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose. — A la suite d'une réunion qui a eu lieu à Paris, sous la présidence du professeur Fernand Bezançon, et à laquelle assistaient le professeur Lopo de Carvalho, président de la Xe Conférence de l'Union internationale contre la Tuberculose, et le docteur Castello Branco, secrétaire général de la Conférence, il a été décidé que celle-ci se réunirait à Lisbonne, du 5 au 9 septembre prochain. Le comité d'organisation portugais adressera à tous les congressistes de nouveau programme de la Conférence.

Nous rappelons que la discussion sera limitée à trois sujets principaux : question biologique : « *Les aspects radiologiques du hile pulmonaire et leur interprétation* », rapporteur, professeur Lopo de Carvalho (Portugal) ; question clinique : « *Primo-infection tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte* », rapporteur docteur Olaf Scheel (Norvège) ; question sociale : « *Prophylaxie de la tuberculose à domicile* », rapporteurs docteurs C. J. Hatfield (Etats-Unis) et D. A. Powell (Grande-Bretagne). Dix co-rapporteurs, désignés d'avance d'après une liste présentée par les 44 pays membres de l'Union, ont été adjoints au rapporteur principal pour ouvrir la discussion sur chacune des questions inscrites à l'ordre du jour.

Les membres de l'Union internationale sont invités à la Conférence et sont exemptés de tous frais d'inscription. Ils sont priés de remettre leur adhésion, soit directement au Comité d'organisation de la Conférence, à l'adresse suivante : *Comité d'organisation de la Xe Conférence de l'Union internationale contre la Tuberculose, Assistencia Nacional dos Tuberculosos, Aenida 24 de Julho, Lisbonne (Portugal)*, soit au Siège de l'Union internationale contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e).

Les personnes qui ne sont pas membres de l'Union et qui désident s'inscrire comme « membres de la Conférence » doivent envoyer leur demande, accompagnée d'une cotisation de 200 escudos, exclusivement par l'intermédiaire du Comité national de Défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e).

Les personnes qui ont déjà acquitté l'année dernière leur cotisation de « membres de la Conférence » sont exemptées de tous nouveaux frais.

Union internationale contre la tuberculose. — *Fondation Léon Bernard.* — Le Comité exécutif de l'Union internationale contre la tuberculose met à la disposition des gouvernements et associations, membres de l'Union, un prix bisannuel d'une valeur de 2.500 francs français, destiné à commémorer le souvenir du professeur Léon Bernard, fondateur et, pendant quatorze ans, secrétaire général de l'Union.

Ce prix sera décerné pour la première fois au cours de l'année 1938, à l'auteur d'un travail original sur l'aspect social de la tuberculose, rédigé en anglais ou en français. Ces deux langues sont choisies uniquement dans le but de faciliter la tâche du Comité exécutif.

Les travaux préparés en vue de l'attribution de ce prix devront être imprimés ou dactylographiés et ne pas dépasser 10.000 mots. Ils devront être transmis par un gouvernement ou une association membre de l'Union, au Secrétariat de l'Union internationale contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e), avant le 1er mai 1938.

Si le Comité exécutif décide qu'aucun des travaux soumis ne présente une valeur suffisante, le prix ne sera pas décerné en 1938 mais sera offert à nouveau pour l'année suivante.

La décision du Comité exécutif est sans appel.

Bourses d'études à l'Institut « Carlo Forlanini » à Rome. — La Fédération nationale italienne fasciste de Lutte contre la Tuberculose met à la disposition de l'Union internationale contre la Tuberculose six bourses d'études à l'Institut « Carlo Forlanini », à Rome.

Les conditions offertes sont les suivantes :

Les bourses mises au concours, d'une valeur de 2.000 lires chacune, plus la nourriture et le logement, doivent servir à faciliter le stage de médecins étrangers à l'Institut « Carlo Forlanini » à Rome. Ce séjour se répartira sur l'année universitaire (du 15 novembre au 15 juillet), c'est-à-dire huit mois interrompus par les vacances usuelles.

Les boursiers devront obligatoirement résider à l'Institut.

Les bourses seront attribuées de préférence à de jeunes médecins déjà familiarisés avec les problèmes de la tuberculose et désirant se perfectionner dans cette branche.

Le genre de travail poursuivi à l'Institut sera déterminé par accord entre le Directeur de l'Institut et le candidat.

La priorité de la publication de ces travaux est réservée au Bulletin de l'Union internationale contre la Tuberculose.

L'attribution de ces bourses aura lieu à la prochaine session du Comité exécutif, qui doit se réunir au mois de septembre 1937, à Lisbonne. *Les noms des candidats, accompagnés de renseignements sur leur âge, leurs titres, etc., leur expérience professionnelle, doivent parvenir au Secrétariat de l'Union internationale contre la Tuberculose*, 66, *boulevard Saint-Michel, Paris* (6e), *avant le 15 juillet* 1937.

Aucun acte de candidature ne sera pris en considération s'il n'est transmis au Comité exécutif par un gouvernement ou une association membre de l'Union.

Prix Taesch. — Ce prix, d'une valeur de 7.000 fr., sera décerné en octobre. Inscriptions avant le 1er juin 1937 auprès de M. le docteur Louis Michon, secrétaire général de l'Association française d'urologie, 40, rue Barbet-de-Jouy, à Paris (7e).

Nécrologie. — Le docteur Jean Teissèdre, du Grau-du-Roi (Gard).

— Le professeur Delaunay, à Bordeaux.

— Le docteur Gaussel, professeur de médecine légale, toxicologie et médecine sociale, à la Faculté de médecine de Montpellier.

— Le docteur Joanny Rendu (de Lyon), père des docteurs André et Robert Rendu, auxquels nous adressons l'expression de toute notre sympathie.

— Le docteur Adolphe Vedel (de Lunel), père du regretté professeur Vedel, de Montpellier, de l'amiral Vedel et du docteur Charles Vedel, de Lunel.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

L'ÉLECTROLOGIE EN 1936

PAR

Louis DELHERM et Jean LOUBIER

Chef du Service central d'Electro-Radiologie de l'hôpital de la Pitié.

Chef du service d'Electrologie de l'Hôpital Américain.

I. — GENERALITES

Les applications de la haute-fréquence sans exception ne sont que des formes de la d'Arsonvalisation. (Louis DELHERM (Paris), *Journ. de Radiol. et d'Electrologie*, août 1936.)

Toutes les applications de la H. F. sans exception entrent dans la d'Arsonvalisation. (DELHERM (Paris), *Bull. off. de la Soc. française d'Electrothérapie et de Radiologie*, janvier 1936.) — L'auteur rappelle que le professeur Benedikt (de Vienne) a proposé en 1900 de donner le nom de d'Arsonvalisation à toutes les formes de la haute-fréquence employée en médecine. En 1913, au Congrès de physiothérapie de Berlin, au cours d'une séance présidée par His, d'Arsonval répéta, avec le matériel primitif de l'époque, ses expériences de 1890. Il montra ainsi qu'il avait, dès ce moment, prévu toutes les applications directes, par induction, etc..., de la H. F. Aussi le Congrès décida que la haute-fréquence porterait le nom de d'Arsonvalisation. Depuis la mise en pratique des O. C., certains auteurs étrangers veulent établir une césure entre la d'Arsonvalisation et lesdites ondes courtes. Cette théorie n'est pas soutenable, ni au point de vue physique (notre maître à tous a travaillé en 1890 avec des ondes ultra-courtes de 30 cm.) ni au point de vue physiologique. Pour toutes ces raisons, la Société décide que, sous l'appellation de d'*Arsonvalisation*, doivent être réunies toutes les applications de haute fréquence (ondes longues ou ondes courtes).

Note sur l'angle d'impédance. (LAMY (Paris), *Bull. off. de la Société franç. d'Electroth. et de Radiol.*, février 1936.) — L'auteur signale la variation de l'angle d'impédance sous l'influence du cycle menstruel. Chez les malades atteintes de troubles endocriniens, cette variation peut être importante et semble être en rapport avec des disjonctions glandulaires définies. La question est actuellement à l'étude.

Causerie sur les ondes courtes. (BORDIER (Lyon), *Ann. de l'Institut d'Actinologie*, avril 1936.)

Electroradiologie ? ou électrologie et radiologie? Unicisme ou dualisme ? (DELHERM (Paris), *Arch. d'Electricité médic. et de Physioth. du cancer*, février 1936.) — Chaud plaidoyer en faveur de l'unicisme.

Expériences sur la galvano-diathermie. (BORDIER et KOFMAN (Lyon), *Arch. d'Electric. méd. et de Physioth. du cancer*, février 1936.) — Les auteurs, en expérimentant avec du sulfate de cuivre, ont constaté qu'un même courant continu, associé ou non à la diathermie, dégageait le même poids de cuivre.

Les ondes courtes au Danemark et à l'Institut Finsen. (LEROY (Paris), *Ann. de l'Institut d'Actinologie*, avril 1936.)

La Physiothérapie en U. R. S. S. en 1936. (DENIER (La-Tour-du-Pin), *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electrothér. et de Radiol.*, octobre 1936.) — L'auteur revient de Russie, où il a passé un mois. Il a constaté partout la place importante réservée à la radiothérapie, aux ondes courtes, à l'introduction électrolytique, à l'ionisation de l'atmosphère, etc.

Une thérapeutique activée et dirigée par l'association des courants de d'Arsonval et des injections intra-veineuses. (LOISELEUR (Laval), *Bull. de la Soc. de Radiologie méd. de France*, octobre 1936.) — L'auteur utilise l'action vasodilatatrice de la d'Arsonvalisation pour activer la thérapeutique des agents chimiques administrés par voie intra-veineuse.

L'ionisation de l'air comme facteur thérapeutique. (A. L. TCHIJEVSKI (Moscou), *Bull. off. de la Société franç. d'Electrothérapie et de Radiologie*, octobre 1936.) — L'auteur apporte une bibliographie importante des travaux russes sur cette importante question, qui n'a guère été étudiée en France que par Denier.

II. — APPAREILS ET TECHNIQUE

Présentation d'un pyromètre électrique. (LE GO (Paris), *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, janvier 1936.) — Pyromètre très sensible à couples thermoélectriques. La lecture des températures se fait à l'aide d'un galvanomètre à miroir, robuste et transportable. Ce pyromètre permet la mesure instantanée des températures cutanées, rectales et intratissulaires à 1/10 de degré près.

Le grand solénoïde de d'Arsonval à ondes courtes. (DAUSSET, ARRAUD, JACOB (Paris), *Bull. off. de la Société franç. d'Electrothérapie et de Radiologie*, janvier 1936.) — Le malade est placé sur un brancard au centre d'un solénoïde horizontal dont les spires sont mobiles dans leur moitié supérieure. Le réglage se fait par un condensateur couplé avec les électrodes du générateur. Ce dispositif permet de faire des applications faibles, moyennes ou à doses d'électropyrexie.

Présentation d'un générateur à pulsation réglable pour ondes ultra-courtes. (DUFLOT (Paris), *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, février 1936.)

Présentation d'une cage de Faraday. (WALTER (Paris), *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiologie*, mars 1936.) — L'auteur a fait des essais de cage de Faraday pour protéger un appareil de T.S.F de réception contre les parasites émis par un appareil de diathermie en service dans la cage. Les résultats ont été peu satisfaisants. La cage de Faraday à elle seule est insuffisante pour le blocage des parasites de haute fréquence.

L'aéro-ionisation négative. (DENIER (La-Tour-du-Pin), *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiol.*, mars 1936.) — Denier a choisi un modèle composé d'un transformateur Kénotron, résistance à eau, condensateur à air. La marche est régulière et permet l'aéro-ionisation négative avec succès, particulièrement chez les alcooliques, dont la

mesure du pH *in vivo* permet de se rendre compte que le pH tend vers l'acidité.

L'enregistrement de l'activité électrique du cerveau. (DENIER (La-Tour-du-Pin), *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol*, mars 1936.) — L'enregistrement par l'oscillographe cathodique des courants électriques d'action développés par le cerveau permet d'étudier les diverses réactions du cerveau chez l'homme normal et chez l'homme pathologique sous l'effet des multiples excitations.

On peut suivre les modifications apportées sur les diagrammes normaux par les troubles fonctionnels, et l'action des différentes thérapeutiques physiothérapiques.

Cette méthode donne la possibilité de pousser plus loin l'étude de l'activité cérébrale.

Présentation d'un pyromètre électrique différentiel et d'une aiguille thermo-électrique. (LE GÔ (Paris), *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiol.*, avril 1936.) — Le pyromètre peut être utilisé pour mesurer la température rectale, intra-rachidienne et cutanée. L'aiguille permet la mesure de la température des tissus profonds à 1/10 de degré près en deux secondes.

Considération sur la répartition de l'énergie H. F. dans les tissus. (LE GÔ (Paris), *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiol.*, avril 1936.)

Un excitateur électronique à onde rectangulaire. (G. GILLARD (Bruxelles), Société de Biologie, t. CXXII, 1936, p. 785.)

Présentation d'un ozonateur s'adaptant aux appareils de diathermie. (WALTER (Paris), *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiol.*, mai 1936.) — L'auteur présente un ozonateur, appareil de petit encombrement destiné à être branché sur un appareil de diathermie à éclateur. Il présente également un appareil d'alimentation et indique une méthode simple permettant de faire un dosage relatif de la production d'ozone avec différents réglages d'appareils de diathermie, basée sur la décomposition de l'iodure de potassium.

Présentation de deux nouveaux appareils pour ozonothérapie. (G. CARPENTIER (Paris), *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiologie*, juin 1936.) — L'auteur décrit un dispositif pour douches vaginales et présente deux nouveaux types de Primozon.

Mensurations thermiques dans le champ de la diathermie par ondes courtes. (A. BESSEMANS, A. RUTGERS et E. VAN THIELEN, *C. R. Ac. des Sc.*, 23 janvier 1936, t. CCII, p. 157.)

Sur un électro-vibreur à haute-fréquence combinée. (Alain BOURSIN, *C. R. Ac. des Sc.*, 6 janvier 1936, t. CCII, p. 95.)

Nouvel appareillage universel pour ondes courtes et ultra-courtes. (CHENAILLE et RAULOT-LAPOINTE (Paris), *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiologie*, juillet 1936.) — Générateur pouvant fournir 350 W. avec une longueur d'onde de 6 m. ou 700 W. sur 30 mètres, se prêtant aux applications chirurgicales et muni d'un dispositif réduisant automatiquement le chauffage du filament de la triode, dans les applications ne demandant pas la pleine puissance de l'appareil.

Dosage de l'ozone. (WALTER (Paris), *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et Radiol.*, juillet 1936.)

Présentation d'un générateur d'ondes courtes, 700 watts, 7 mètres. (DUFLOT (Paris), *Bull. off. de la Société franç. d'Electrothérapie et de Radiologie*, novembre 1936.) — Cet appareil, le thermosept, permet la pyrexie localisée (affections gonococciques) ou généralisée avec des ondes de 7 à 8 mètres. Un commutateur limitant la puissance à 350 watts permet les applications de petite ou moyenne puissance.

Stérilisation de l'air. (WALTER (Paris), *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiologie*, novembre 1936.) — L'auteur passe en revue les différents modes de stérilisation de l'air, tant physiques que chimiques, ainsi que ceux d'épuration. Il signale les intéressants résultats qu'on peut attendre de la précipitation électrique des poussières, poussée suffisamment loin. La stérilisation parfaite de l'air est obtenue et peut être maintenue aussi longtemps qu'on le désire.

Walter montre le détail d'un appareil destiné à la stérilisation et au conditionnement de l'air des salles d'opération.

Les principes fondamentaux du traitement aux ondes courtes. (I. KOVESLIGETHY (Hongrie), *Soc. de Radiologie des médecins hongrois*, 30 septembre 1936.)

Courants rythmés. Modification et présentation d'appareillage. Effets physiologiques. (CICERA-TERRE (Barcelone), *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiol.*, octobre 1936.) — L'auteur vante les bons effets des courants rythmés galvanique, faradique et galvano-faradique et décrit l'appareil dont il se sert.

Sur un générateur produisant des oscillations sinusoïdales d'amplitude constante sur une gamme de fréquence très étendue. (Alexandre-Marcel MONNIER et Joseph BAZIN, *C. R. Ac. Sc.*, 9 mars 1936, t. CCII, p. 828.)

III. — PHYSIOBIOLOGIE

Sur la conductibilité électrique de la peau du chien en courants alternatifs. (J. DUBOST et E. HADGES (Paris), *Soc. de Biol.*, t. CXXI, 1936, p. 766.) — Contrairement à ce que l'on observe sur la peau humaine et la peau de grenouille, le déphasage diminue d'une façon constante avec la concentration en électrolyte du liquide des électrodes. Il est plus important que chez l'homme.

Action de la d'Arsonvalisation endocrinienne sur le temps de réduction de l'oxyhémoglobine. (H. DAUSSET, M. FERRIER et H. UCKO (Paris), *Soc. de Biologie*, t. CXXI, 1936, p. 631.) — Les auteurs décrivent cette méthode, qui a montré des variations de temps de réduction dans de nombreux cas de goitre exophtalmique, d'acromégalie et de syndrome adiposo-génital.

Recherches sur les valeurs de la chronaxie motrice du cobaye normal et le taux de la vitamine A hépatique. (A. CHEVALLIER et L. ESPY (Marseille), *Société de Biologie*, t. CXXI, 1936, p. 820.)

La cataphorèse et la caryoclasie. (M. SCKOWICZ et E. V. KOHLER (Genève), *C. R. de la Soc. de Biologie*, t. CXXI, 1936, p. 960.) — L'ion de nickel pénétrant par le courant galvanique au niveau du cou du rat produit une crise caryoclasique dans le thymus.

Biologie des ondes ultra-courtes. (JELLINEK, *The Brit Journ. of Physical Med.*, 2 juin 1936.) — D'après les expériences de Jellinek, qui s'occupe de la question depuis six ans, il n'existe pas seulement une action calorifique, mais aussi d'autres actions spécifiques de l'énergie électrique et, à côté des effets électro-chimiques, il existe un facteur électro-mécanique qui joue un rôle important.

Les avantages théoriques et pratiques des ondes courtes de six mètres. DUFLOT (Paris), *Les Cahiers de Radiologie*, mai 1936.)

Mesure directe de la dose léthale de courant électrique chez les paramécies. (Basile Luyet, *C. R. Ac. Sc.*, 10 février 1936, t. CCII, p. 511.)

Parallélisme de l'action physiologique et morphologique de la cathode (du courant continu industriel) sur la peau humaine. (Stefan Jellinek, *C. R. Ac. des Sciences*, t. CCII, 1936, p. 344.)

Procédé électrique pour la destruction de germes microbiens en suspension dans un gaz. (Marcel Pauthenier et Henri Volkhinger, *C. R. Ac. Sc.*, 1936, t. CCII, p. 250.)

La loi du seuil et du plafond en physiothérapie endocrinienne. (J.-A. Huet (Paris), *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiologie*, juin 1936.) — L'auteur définit la loi du seuil de la stimulation physiothérapique et celle du plafond de cette même stimulation. Il insiste sur l'importance thérapeutique et pronostique de la marge qui existe entre ces deux extrêmes, et qu'il définit comme étant « la réserve de la puissance glandulaire ». Cette réserve peut varier suivant les cas et peut être augmentée par la thérapeutique.

Action sur le sang et les organes de la souris blanche d'irradiations répétées par ondes courtes et ultra-courtes. (Woznaza et Jordiné (Russie), *Ann. de l'Institut d'Actinologie*, juin 1936.)

Recherches expérimentales sur l'emploi des ondes courtes dans la tuberculose génitale des femelles. (A. Bruno (Rome), *Ann. di Radiol et Fisi med.*, X, n° 4, août 1936.)

A propos de l'action des ondes courtes sur le sang et les organes des animaux. (Nicolau et Krainik (Paris), *Annales de l'Institut d'Actinologie*, août 1936.)

Le vertige voltaïque dans les tumeurs cérébrales. (J. Edwin Blonder et Loyal Davis, *The Journ. of the American Med. Assoc.*, CVII, n° 6, 8 août 1936.) — Une série de 154 cas indique que les malades présentant des lésions périphériques du labyrinthe ne réagissent pas à cette épreuve.

L'électrisation superficielle, caractère spécifique des bactéries. (Mlle N. Choucroun, *C. R. Ac. Sc.*, t. CCII, 1936, p. 1822.)

Influence de la suppression des électrolytes dans les liquides de conservation, sur les valeurs des paramètres de l'excitabilité et sur la résistance au courant galvanique du nerf moteur de Rana esculenta. (Jean Regnier et André Quevauviller, *C. R. Ac. Sc.*, t. CCII, 1936, p. 1617.)

Essai d'électrophorèse à l'intérieur des cellules végétales. (Alexandre Guillermont et Mlle N. Choucroun, *C. R. Ac. Sc.*, 20 juillet 1936, t. CCIII, p. 225.)

Etude électro-physiologique des accidents nerveux dus à l'anémie cérébrale expérimentale. (Abel Richard, *Société de Biologie*, 1936, t. CXXIII, p. 787.) — L'anémie expérimentale des centres nerveux se manifeste électro-physiologiquement par :

1° L'absence de modification d'excitabilité du cortex cérébral ;

2° L'altération des chronaxies périphériques ;

3° L'altération du rapport des chronaxies prises aux points moteurs des muscles antagonistes.

Démonstration histo-chimique de l'extraction et de la fixation par la diélectrolyse d'ions préalablement introduits dans le sang. (G. Bourguignon et M. Monnier (Paris), *Soc. de Biologie*, 1936, t. CXXIII, p. 975.)

Le problème des ondes ultra-courtes. (P. Liebesny (Vienne), *Strahlentherapie*, Bd 56, H. 1, 1936.) — Les ondes ultra-courtes produisent non seulement des effets calorifiques, mais exercent également des actions spécifiques sur les colloïdes composant les êtres vivants. De nombreuses expériences physiologiques longuement exposées dans cet intéressant travail montrent que certains effets des ondes ultra-courtes sont diamétralement opposés à ceux attribuables à une action purement calorifique.

Les ultra-sons en biologie. (M. Ponzio (Turin), *Nuntius radiol.*, t. 4, n° 6, juillet-août 1936.) — La question des ultra-sons suscite, depuis quelque temps, l'intérêt des expérimentateurs dans les divers domaines de la physico-chimie et de la biologie. L'auteur fait une revue d'ensemble des divers travaux tant théoriques qu'expérimentaux ayant trait aux ultra-sons et relate ses observations personnelles. Il insiste sur l'extrême complexité des problèmes que soulèvent les phénomènes dus aux ultra-sons et les recherches qu'il convient de poursuivre pour leur étude.

IV. — ELECTRODIAGNOSTIC

Sur la nature de l'onde inverse du courant de dépolarisation du nerf. (André Strohl (Paris), *C. R. de la Soc. de Biologie*, t. CXXI, 1936, p. 598.)

Etude de la chronaxie dans la maladie de Paget. (A. Escalier et H. Fischgold (Paris), *C. R de la Soc. de Biologie*, t. CXXI, 1936, p. 752.) — Sur 9 malades atteints de maladie de Paget, 7 ont les chronaxies ou diminuées ou à la limite inférieure de la normale. La diminution n'apparaît que sur un petit nombre de muscles, alors que les autres ont conservé leur chronaxie normale ou augmentée.

Electrodiagnostic du goût. (F. Pasteur (Paris), *Bull. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiol.*, janvier 1936.) — En mettant un tampon de chaque côté du menton, la pointe de la langue étant appliquée contre l'arcade dentaire inférieure, on constate qu'une saveur astringente apparaît entre 2 et 4 dixièmes de m. A. et qu'elle se produit du côté du positif.

L'électrodiagnostic chez les petits enfants. (Delherm et Fischgold (Paris), *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. 20, n° 7, juillet 1936.) — Chez les tout petits, l'électrodiagnostic est difficile, non seulement parce que l'enfant pleure et se débat, mais aussi parce que les muscles sont peu épais et noyés dans une large couche de tissu adipeux. Les auteurs prennent pour exemple la paralysie obstétricale ; ils placent une électrode à la nuque et l'autre au poignet, en utilisant le condensateur de Lapicque, intercalé dans le circuit. Si on intercale 50 microfarads, on éteint la contraction brusque des muscles normaux (fléchisseurs du poignet et des doigts) et on obtient une belle contraction lente du deltoïde, du biceps et du triceps, qui se détachent nettement sur le membre qui demeure immobile, car la contraction est moins douloureuse qu'avec le galvanique simple.

Action de l'électrotonus d'ouverture sur l'excitation par courant progressif linéaire. Différence avec l'excitation par décharges brèves. (Ph. Fabre (Lille), *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. CXXI, p. 25, 1936.)

Evolution du degré d'excitation d'un nerf au cours de l'ouverture en progression linéaire d'un courant anélectronisant. (Ph. Fabre (Lille). *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CXXI, p. 1097.)

Neutralisation des effets de la peau dans les mesures de chronaxie. (Ph. Fabre (Lille), *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiol.*, mai 1936.)

A propos des réactions électriques dans les polynévrites barbituriques. (MOREL-KAHN, MAHAILESCU et DUCHAMP (Paris), *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiol.*, juin 1936.) — Polynévrite barbiturique à localisation sur les muscles du membre supérieur droit. Réaction de dégénérescence sur le court abducteur du pouce, l'adducteur du 5e doigt, le grand palmaire. Il s'agit d'une localisation du poison sur un groupe musculaire de même chronaxie.

De la variation de la chronaxie du tronc nerveux moteur sous l'action prolongée du chlorhydrate de cocaïne et de la novocaïne. (Jean REGNIER, R. BRIOLET et A. QUEVAUVILLIER, *C. R. Ac. Sc.*, janvier 1936, t. CCIII, p. 92.)

Les variations de la chronaxie sous l'influence des éclairages colorés dans les torticolis spasmodiques. (Georges BOURGUIGNON et Marcel MONNIER (Paris), *C. R. Ac. Sc.*, juillet 1936, CCIII, p. 347.)

Variations de la chronaxie vestibulaire dans l'hémiplégie avec ou sans aphasie. (Georges BOURGUIGNON et Mlle Renée DEJEON (Paris), *C. R. Ac. Sc.*, 31 août 1936, t. CCIII, p. 590.) — Les auteurs trouvent que dans l'hémiplégie gauche, les chronaxies sont augmentées également des deux côtés. Dans l'hémiplégie droite avec aphasie, les variations sont toujours importantes mais diffèrent avec le degré de l'aphasie. S'il n'y a pas de troubles intellectuels, les chronaxies sont également augmentées des deux côtés.

Nouvelle hypothèse sur le rôle de l'acéthylcholine dans la transmission de l'excitation nerveuse au muscle strié. (Louis LAPICQUE (Paris), *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1936, t. CXXII, p. 990.)

A propos du rôle d'un intermédiaire chimique dans la régulation chronaxique médullaire. (LEFEBVRE et B. MINZ, *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1936, t. CXXII, p. 1302.)

L'évolution dans le temps de l'excitation latente d'ouverture. Intervention de deux processus distincts. (Ph. FABRE (Lille), *C. R. de la Société de Biol.*, 1936, t. CXXIII, p. 5.)

Rôle de la polarisation anélectrotonique résiduelle dans l'excitation d'ouverture. (Ph. FABRE (Lille). *C. R. de la Société de Biologie*, 1936, t. CXXIII, p. 7.) — L'évolution dans le temps de l'excitation latente d'ouverture peut tenir à la combinaison de deux processus. L'un d'eux serait une persistance de la polarisation du nerf et dépendrait des propriétés électriques de la gaine polarisable du cylindraxe. L'autre serait le phénomène d'excitation proprement dit ayant pour siège la couche protoplasmique qui tapisse intérieurement la gaine des axones. On comprend alors pourquoi le seuil d'ouverture est plus élevé que celui de fermeture.

Double contraction et double chronaxie du muscle strié normal de l'homme et des mammifères analysé par les courants progressifs. (G. BOURGUIGNON et R. HUMBERT (Paris), *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, décembre 1936.) — Dans cette conférence, les auteurs exposent le détail des recherches résumées dans leur note à l'Académie des Sciences du 14 décembre 1936.

Après avoir fait l'historique de la question, ils montrent chez l'homme et chez le lapin, que l'excitation par courant continu au point moteur, par le nerf et par excitation longitudinale, donne une double contraction sans sommation et avec des intensités peu supérieures au seuil. La deuxième partie de cette double contraction est lente. Au point moteur et sur le nerf, c'est le pôle négatif qui donne la double contraction ; par excitation longitudinale, c'est tantôt le pôle négatif et tantôt le pôle positif. L'autre pôle donne une contraction plus lente et souvent simple.

Les courants brefs donnent au seuil une contraction brève, mais qui devient double très peu au-dessus du seuil. Enfin, les courants progressifs ne donnent qu'une contraction lente et souvent galvanotonique.

Par excitation bipolaire sur le muscle, on trouve des bandes musculaires lentes où la chronaxie est d'environ 100 fois celle du point moteur.

Les auteurs concluent de là qu'il est probable que le muscle strié normal a deux éléments contractiles, un *vif* et un *lent*, mais ils disent que d'autres explications sont possibles et que l'avenir jugera s'il faut adopter la conception qui leur paraît la plus vraisemblable, de deux éléments contractiles ou celle d'un seul élément ayant deux modes de fonctionnement.

V. — SYSTEME NERVEUX

La griffe de la maladie de Volkmann, son interprétation par la chronaxie et son traitement par la diélectrolyse d'iode. (BOURGUIGNON (Paris), *Bull. de la Soc. de Radiol. Méd. de France*, avril 1936.) — Le traitement électrique de la maladie de Volkmann par la diélectrolyse d'iode permet d'obtenir une diminution remarquable de l'induration ligneuse des muscles en même temps que le réchauffement de la main ; on assiste aussi à la régénération des nerfs comme dans toutes les névrites dégénératives traitées par ce procédé. L'auteur cite deux observations.

Action favorable des agents physiques sur la zone réflexogène dans la grande névralgie faciale. (DELHERM et FISCHGOLD (Paris), *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electroth. et de Radiol.*, fév. 1936.) — Les auteurs rappellent le fait signalé par Alajouanine et Thurel, qu'en cherchant bien, on trouve dans la névralgie faciale un point sur lequel il suffit d'exercer une pression pour déclancher une crise de névralgie faciale. Après avoir cherché ce point, les auteurs pensent qu'on peut agir sur lui par l'ionisation, la radiothérapie ou les ondes courtes. Ils rapportent trois cas qu'ils ont traités avec succès par ce procédé.

Contribution à l'étude des docteurs Delherm et Fischgold sur le traitement de la névralgie faciale par action de la zone réflexogène. (BERNARD (Paris), *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiol.*, mars 1936.)

La fièvre artificielle dans le traitement de la chorée. (BERNACLE et WALT (U. S. A.), *The Journal of the Amer. Med. Ass.*, CVI, juin 1936.) — Treize cas de chorée ont été guéris par la fièvre artificielle. Une endocardite rhumatismale avancée n'a pas été une contre indication au traitement.

Les thérapeutiques électro-radiologiques des algies essentielles. (P. MARQUÈS (Toulouse), *Bull. de la Soc. de Radiol. Med. de France*, juin 1936.) — L'auteur passe en revue les différents procédés dont dispose la physiothérapie pour lutter contre les algies essentielles.

Sur une méthode intéressante d'exploration du tonus sympathique cervical. (WANGERMEZ (Bordeaux), *Bull. de la Soc. de Radiol. méd. de France*, juin 1936.)

Action des ondes courtes à faible dose sur le système vagosympathique. (WANGERMEZ et PELLEGRINO (Bordeaux), *Bull. de la Soc. de Radiologie méd. de France*, juin 1936.) — Les auteurs ont observé, habituellement, un ralentissement du pouls et de faibles variations de la tension maxima ; de façon constante, des modifications dans le sens sympathicotonique du réflexe oculo-cardiaque.

Réflexions sur 48 cas de paralysie faciale périphérique. (MIRAMANOFF (Genève), *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiol.*, novembre 1936.) — Sur ces 48 cas : 8 traumatiques ou opératoires, 12 toxi-infectieux, 28 « a frigore ». Les affections bucco-dentaires joueraient un rôle étiologique plus important que le zona ou l'otite latente. Un mécanisme lymphangiogénétique expliquerait le processus paralytique intra-pétreux. La chronaxie complète le schéma d'Erb, et est d'un précieux secours dans les formes moyennes ou graves au point de vue du pronostic. L'auteur reste fidèle à l'électrothérapie classique et nie son effet défavorable sur la contracture.

Importance du traitement précoce des paralysies faciales « a frigore ». (GAUDUCHEAU (Nantes), *Bull. de la Soc. de Radiol. méd. de France*, octobre 1936.) — L'auteur pense que la paralysie faciale *a frigore* doit être traitée par la diélectrolyse iodée dès les tout premiers jours de son apparition.

Le traitement des algies par l'électrothérapie. (Marcel JOLY (Paris), *Archives hospitalières*, novembre 1936.) — L'auteur passe en revue les modalités des courants électriques employés en thérapeutique depuis le courant galvanique jusqu'à la d'Arsonvalisation. L'électrothérapie possède une gamme très variée de moyens antalgiques puissants que l'on utilisera dans les névrites, névralgies, le lumbago, la fissure anale et en général dans toutes les algies.

VI. — APPAREIL GENITO-URINAIRE

Le traitement du cancer de la vessie. (R. GOUVERNEUR et R. DOSSOT (Paris), *La Presse médicale*, N° 1, 1er janvier 1937.) — L'électrocoagulation, traitement de choix des tumeurs bénignes, ne donne des résultats dans les tumeurs malignes que lorsqu'elle est utilisée tout au début, dans les premiers stades de la dégénérescence.

Fonctionnement rénal et ondes courtes. (BOCCHINI et G. CALCHI-NOVATI (Milan), *Radiol. médic.*, XXIII, N° 4, avril 1936, p. 240.)

L'emploi des ondes courtes en gynécologie. (B. GIARDINA (Bologne), *Ann. di Radiol. e fisica medic.*, X, N° 2, avril 1936, p. 145.) — L'auteur rapporte les résultats favorables et durables qu'il a obtenus dans 40 cas de troubles métritiques et annexiels d'origine blennorragique ou puerpérale. Il a utilisé les ondes de 6 mètres.

L'électrothérapie des métrites. (L. DELHERM et Mme FAINSILBER (Paris), *Rapport au IIIe congrès des médecins électro-radiologistes de langue française*, Paris, octobre 1936.) — Nous possédons un arsenal physiothérapique riche et très varié contre toutes les affections gynécologiques en général, les métrites en particulier.

Sans parler ici de l'hydrothérapie, nous avons : courant voltaïque, faradique, ondes alternatives à longues périodes, infra-rouges, diathermie, ondes courtes, diathermo-coagulation, radiothérapie à petites doses, ressources précieuses qui à notre sens ne sont pas assez entrées dans la thérapeutique.

L'exocervicite est l'affection qui bénéficie le mieux de la diathermo-coagulation.

L'endocervicite chronique, selon le facteur et la virulence pathogène, est plus difficile à guérir dans le sens absolu du mot ; mais une guérison clinique, une amélioration importante est très souvent obtenue grâce à la diathermo-coagulation, à la haute fréquence de tension, aux ultra-violets, à l'électrolyse. La forme glaireuse chronique, gonococcique est particulièrement rebelle.

Les métrites du corps, sous les différentes formes énumérées plus haut, exigent en premier lieu un diagnostic exact, ensuite un choix précis de la modalité ou des modalités électriques à employer successivement. A noter que certaines affections gonococciques et colibacillaires sont les plus tenaces.

Il faut enfin se souvenir qu'il convient de traiter l'état général et l'état nerveux de ces malades qui, en raison de leurs souffrances, mènent une existence désaxée. En procédant ainsi, on aura très souvent la satisfaction d'améliorer ou de guérir, et d'éviter aussi les interventions mutilantes, la stérilité et, enfin, la transformation maligne ultérieure de certaines formes chroniques.

Traitement du cancer du moignon restant après hystérectomie subtotale par l'électrocoagulation et le radium. (R. JULIEN ,Nice), *Bull. de la Soc. de Radiol. méd. de France*, mai 1936.)

Les indications actuelles de l'électrolyse intra-utérine. (DELHERM et Mme FAINSILBER (Paris), *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiologie*, mars 1936.) — Ces indications sont : l'utérus fibromateux et le petit fibrome hémorragique à toute période de la vie génitale de la femme, surtout chez la femme jeune, à qui on veut éviter une castration. L'électrolyse intra-utérine donne encore d'heureux résultats dans l'aménorrhée, la dysménorrhée, la périmétrite, l'endocervicite, etc. Les auteurs présentent 12 observations, dont 3 d'adénomes du col et font projeter un film cinématographique fort bien réalisé sur l'électrolyse intra-utérine telle qu'on la pratiquait du temps d'Apostoli et telle qu'ils la pratiquent de nos jours.

La pyrétothérapie de l'infection gonococcique. (Arthur U. DEJARDINS, Louis G. STUHLER et Walter C. POPP, *The Journ. of the American Assoc.*, CVI, 29 février 1936.)

Les agents physiques et l'aménorrhée. (FAINSILBER et J. JOUEN (Paris), *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiol.*, juin 1936.) — La diathermie, les O. C., la radiothérapie agissent sur les lésions locales et sur les glandes endocrines. L'électrolyse intra-utérine agit sur le col et sur le corps utérins par son action directe et sur l'ovaire, par son action réflexe.

Traitement des métrites cervicales par l'électro-coagulation. (R. JULIEN (Nice), *Bull. de la Soc. de Radiologie méd. de France*, juin 1936.) — L'auteur a obtenu de très bons résultats par ce procédé.

La fièvre artificielle dans le traitement de l'ophtalmie blennorragique. (W. T. HASLER et L. SPEKTER (U. S. A.), *The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, CVII, N° 2, juillet 1936.) — Les auteurs ont traité six cas. Ils pensent que la fièvre artificielle améliore nettement l'ophtalmie blennorragique, quelle détermine une diminution de l'inflammation et la disparition du gonocoque. Les contre-indications sont les affections cardio-vasculaires, rénales et hépatiques.

Les troubles digestifs secondaires aux métro-cervicites et l'influence de l'électro-coagulation du col. (GENDREAU et JUTRAS (Montréal), *Union médicale du Canada*, septembre 1936.) — Lorsqu'on guérit une inflammation chronique du col utérin, certains troubles des fonctions digestives disparaissent ; or l'électro-coagulation du col est la méthode la plus efficace et la plus pratique pour guérir les métro-cervicites non spécifiques.

L'angle d'impédance chez les sujets normaux et au cours de la menstruation. (COTTENOT et BARTOLI (Paris), *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiol.*, novembre 1936.) — L'angle d'impédance est plus élevé chez la femme que chez l'homme et n'est influencé ni par le jeûne, ni par l'émotion, ni par la fatigue. Chez huit femmes normales, le coefficient d'impédance a varié légèrement avec la menstruation.

VII. — MALADIES DE LA NUTRITION

Un cas de diabète insipide avec glycosurie. Traitement par les ondes courtes sur la région hypophyso-tubérienne. (Drouet, Verain, Grandpierre et Pierquin (Nancy), *Bull. et Mém. de la Société méd. des Hôpitaux de Paris*, février 1936, p. 115.) — Les auteurs rapportent l'observation d'un malade qui reçut, en supprimant tout autre traitement, 12 séances d'ondes courtes sur la région hypophyso-tubérienne et insistent sur l'effet bienfaisant des ondes courtes chez ce malade et sur l'intérêt qu'il y aurait à instituer ce traitement dans le diabète insipide d'apparence essentielle.

Le traitement du « morbus coxœ senilis » par la diélectrolyse du calcium. (Bourguignon et Chouraqui (Paris), *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiol.*, janvier 1936.) — Relation de 12 cas. Il y a quelquefois au début exacerbation des douleurs, mais souvent vers la 5e ou 6e séance, les douleurs s'atténuent. Ingestion d'un gramme de chlorure de calcium 1 ou 2 heures avant la séance ; diélectrolyse au niveau de l'articulation.

L'hypercholestérolémie. Son traitement par les courants exponentiels de basse fréquence. (Paul Aubourg (Paris), *Archives hospitalières*, mai 1936.) — Chez 19 malades sur 20, traités par les courants exponentiels de basse fréquence, on a constaté une diminution du cholestérol sanguin ; on a vu en même temps une augmentation de la diurèse, une augmentation des sels biliaires dans la bile, une amélioration de l'état général, etc.

Influence des champs électromagnétiques sur l'équilibre humoral. (Joltrain. Morat et Delherm (Paris), *La Presse médicale*, 6 mai 1936.) — Chez *les individus normaux*, les applications de haute fréquence dans toutes leurs modalités ne produisent qu'une action minime sur les humeurs de l'organisme et sur le métabolisme de base.

Chez les malades atteints *d'un déséquilibre du système endocrino-sympathique*, le métabolisme de base s'abaisse souvent dans des proportions considérables.

La d'Arsonvalisation sous toutes ses formes détermine souvent un choc hémoclasique, mais d'une façon passagère.

Réactions biochimiques de l'organisme humain dans l'influence des ondes courtes. (Joltrain, Morat, Delherm (Paris), *Revue de Physiothérapie*, t. XII, N° 2.)

A propos du traitement de l'obésité par l'électrisation. (Louis Cirera de Terre (Barcelone), *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiol.*, juillet 1936.) — Le courant continu a permis dans deux cas d'améliorer des obésités localisées, mais l'auteur recommande le courant continu associé à la faradisation rythmée et renversée en application sur l'abdomen avec intensité de 100 m. a. On obtient aussi de cette façon la réfection de la sangle abdominale et l'amélioration des troubles intestinaux.

VIII. — DIVERS

L'ozone, agent de stabilisation humorale dans les affections prurigneuses par floculation. (Villor (Cannes), *Bulletin off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiol.*, février 1936.) — L'ozonothérapie semble la méthode de choix dans les prurits localisés et les eczémas secs et suintants. L'auteur, qui rapporte plusieurs observations, utilise les douches locales, les lavements, les bains généraux.

L'anesthésie électrique ; traitement curateur de la dysphagie douloureuse. (R. Grain (Paris), *Bull. et Mém. de la Soc. de méd. de l'Elysée*, mai 1936.) — Ionisation de KI à 2 %, électrode active au-devant du larynx, électrode indifférente à la nuque, 10 à 12 milliamp., 15 à 20 minutes. Très bons résultats.

L'ionothérapie calcique dans les retards de consolidation osseuse. (J. Belle (Lille), *Journ. des Sc. méd. de Lille*, 26 juillet 1936.) — Les radios présentées par B. permettent de constater l'état stationnaire d'une fracture, avec absence de cal après plusieurs mois et sa consolidation après quelques séances d'ionisation calcique. Cette dernière est donc un adjuvant précieux dans les suites de traumatismes en particulier articulaires, car la mobilité articulaire bénéficie largement de cette méthode d'électrothérapie.

La physiothérapie dans les périarthrites scapulo-humérales. (Prouzet (Bourges), *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiol.*, mai 1936.) — L'auteur apporte cinq observations. L'association de la diathermie et de la lumière lui paraît capable de rendre de grands services dans ces cas.

Mauvais résultats du traitement de l'asthme des foins par l'ionisation. (Maximilian A. Ramirez (U. S. A.), *The Journ. of the American med. Association*, CVI, 25 janvier 1936.) — 75 cas, dont 50 asthmes des foins vrais et 25 rhinites vasomotrices, traités par l'ionisation intranasale (méthode de Warwick). Aucun résultat dans les cas d'asthme vrai, amélioration en cas de rhinite spasmodique vasomotrice non spécifique.

Le traitement de la syphilis récente par l'électropyrexie. (Clarence A. Neymann, Théodore K. Lawless et S. L. Osborne (Chicago), *The Journ. of the A. M. A.*, CVII, N° 5, juillet 1936.)

Sur quelques cas de pelade traités par les ondes courtes. (Petges et Wangermez (Bordeaux), *Bull. de la Soc. de Radiol. méd. de France*, mai 1936.) — Sur cinq cas de pelade rebelle à tous les autres traitements, les résultats ont été parfaits. Le résultat est beaucoup plus rapide quand la pelade paraît liée à un déséquilibre neuro-endocrinien.

La physiothérapie dans les œdèmes post-traumatiques. (Berthomier (Vichy), *Bull. de la Soc. de Radiol. méd. de France*, juillet 1936.) — Nous sommes bien armés pour combattre les œdèmes. Sans parler du massage, des bains, des U. V. et de la radiothérapie rachidienne, on peut utiliser l'électrothérapie sous forme de courant faradique, de courant galvanique et d'ionisation calcique, enfin, la d'Arsonvalisation.

Nouveaux cas d'apophysite tibiale antérieure guéris par les ondes courtes. (A. Blondeau et Miramond de Laroquette (Alger), *Bull. de la Soc. de Radiologoie méd. de France*, juillet 1936.) — Trois nouveaux cas qui confirment la valeur des ondes courtes comme moyen de traitement de la maladie de Schlatter.

Dix années de pratique de la diathermo-coagulation chirurgicale. (Fourmestraux et Fredet (Chartres), *Concours médical*, 20 septembre 1936.) — Les auteurs semblent peu partisans du bistouri électrique, mais recommandent chaudement la diathermo-coagulation. Ces chirurgiens traitent par cette méthode une foule d'affections, dont les hémorroïdes pour lesquelles ils n'emploient plus jamais l'ablation chirurgicale.

La cure d'ondes courtes généralisée dans le traitement du rhumatisme. (Paschetta (Nice), *Bull. de la Soc. de Radiologie méd. de France*, juin 1936.) — On doit obtenir une bonne sudation sans fièvre artificielle. Les rhumatismes déformants bénéficient largement de cette méthode.

Les généralités de la d'Arsonvalisation endocrinienne. (Ferrier (Paris), *Revue de Physiothérapie*, t. XII, N° 2.)

Considérations générales sur la d'Arsonvalisation de la région mammaire ; ses effets régulateurs sur le système endocrinien. (Ferrier (Paris), *Revue de Physiothérapie*, t.

XII, N° 2.) — La d'Arsonvalisation a une action plus complète, plus durable que l'opothérapie.

Un cas d'asthme rebelle traité par les courants de haute fréquence sur le sympathique cervical. (WANGERMEZ et CARSUS (Bordeaux), *Bull. de la Soc. de Radiol. méd. de France*, juin 1936.) — Malade de 28 ans. Crises typiques d'asthme essentiel depuis 10 ans. Courants de haute fréquence variables sur le sympathique cervical. Disparition complète des crises depuis deux mois.

Traitement de la coqueluche par les ondes courtes. (K. R. V. ROQUES, *Münch. Mediz. Wochen.*, 24 avril 1936.)

Les acquisitions nouvelles en thérapeutique endocrinienne. (J.-A. HUET (Paris), *Arch. hospitalières, Soc. méd. chir. des hôpitaux libres*, séance du 7 octobre 1936.) — L'auteur, au point de vue diagnostic, signale les examens suivants :

Spectoréductomètre de Ferrier,
Angle d'impédance (méthode de Lamy).
Détermination de l'hormone directrice et des hormones satellites de J.-A. Huet.

Au point de vue thérapeutique, il préconise :
Les rayons X, radiothérapie de l'hypophyse ;
La d'Arsonvalisation mammaire ;
La lumière ;
Courants exponentiels de Le Gô.

Les courants exponentiels de basse fréquence dans le traitement de la douleur. Données cliniques. (P. LE GÔ (Paris), *Bull. de la Soc. de Radiol. méd. de France*, juillet 1936.) — Ces courants jouissent de cinq propriétés principales :

1° Une propriété analgésique :
2° Une action trophique ;
3° Une action générale sur le métabolisme cellulaire ;
4° Une action sur la contraction musculaire lisse et striée;
5° Une action réflexogène générale.

L'auteur étudie plus spécialement l'action analgésique.

Traitement des ostéites des maxillaires par l'ozone. (DECHAUME, GIRAUDEAU et Mme RABINOVITCH (Paris), *Revue de stomatologie*, novembre 1936.)

Traitement de l'hébéphrénie par la radio-électro-pyrexie. (DIDE (Toulouse), *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiol.*, novembre 1936.) — Sur 13 cas : 6 guérisons, 2 améliorations certaines, une amélioration temporaire et 4 insuccès. Aucune méthode jusqu'ici n'a fourni des résultats aussi encourageants. La seule contre-indication est l'existence d'une tuberculose en évolution.

Séquelle de traumatisme et agents physiques. (DURAND-DASTÈS, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiol.*, novembre 1936.) — Résumé d'un certain nombre d'observations de névrites, d'arthrites, d'entorses guéries en quelques séances par la galvanisation, l'ionisation, la faradisation ou les ondes courtes.

IX. — BIBLIOGRAPHIE

La chronaxie sensitive. (L.-J. HUET (Groningen), M. de Wall, 1936.)

La Marconithérapie, traité des ondes courtes en biologie et dans les applications thérapeutiques. (CIGNOLINI, BARATTA, ASCIONE et C. BIOUCHI (Gênes), Ulrico Hoepli, Milan 1936.)

Les phénomènes électrodynamiques dans le sang et le moyen de les diriger. (A. L. TCHIJEWAKY, Collection Hippocrate, Le François, Paris, 1936.)

Les ondes courtes en thérapeutique. (Jean SAIDMAN et Jean MEYER. Un volume de 274 pages avec 151 figures. G. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1936.)

Les courants de haute fréquence, applications de tension (courants de résonance). (Georges RONNEAUX. Un volume de la Collection des actualités physiothérapiques, Gauthier-Villars, éditeur, Paris 1936.)

Duchenne de Boulogne. (Paul GUILLY. Un volume, 240 pages, 32 fig. et pl. H. T., J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, Paris 1936.)

Traité italien de Marconithérapie. (Vittorio MARAGLIANO, avec la collaboration de R. AGNOLI, G. G. PALMIERI, I. RANZI; G. M. REVIGLIO et A. VALLEBONA, 1 vol., 155 pages, 53 figures, Nicola Zanichelli, Bologne, 1936.)

Techniques modernes en physiothérapie (1 vol.). **Applications nouvelles en physiothérapie** (1 vol.). (J. LABORDERIE (Sarlat), 2 volumes, collection des Petits précis, Librairie Maloine, 1936.)

Les ondes courtes en thérapeutique. (LICHTERMANN, BORODINA, LINCHENKO et ORLOF (Sébastopol). Volume de 280 pages édité par l'Institut Scthenoff, 1936.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 AVRIL 1937)

L'activité cancérigène du méthylcholanthrène. — M. Paul VALADE.

(SÉANCE DU 3 MAI 1937)

Sur l'activité optique des sérums et des solutions de leurs protéines séparées par la méthode de l'acétone à froid. — MM. Ch. ACHARD, Augustin BOUTARIC et Mme Madeleine ROY.

Contribution à l'étude du sort de la morphine dans l'organisme animal. — M. Henri SIMONNET.

Action des esthers éthyliques de certains acides gras saturés sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye. — MM. Léopold NÈGRE, Albert BERTHELOT et Jean BRETEY.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 11 MAI 1937)

La recherche systématique du bacille de Koch par la culture des exsudats pharyngo-laryngés prélevés par écouvillonnage. — MM. F. BEZANÇON, P. BRAUN et André MEYER. Dans ces dernières années, on a multiplié les procédés de recherche du bacille de Koch, toutes les fois qu'il n'a pas été possible de le mettre en évidence dans les crachats (surtout lorsqu'il s'agit d'individus ne crachant pas : pleurétiques, femmes, enfants, ou lorsqu'il y a une insuffisance d'expectoration).

On a été ainsi amené à rechercher le bacille dans les sécrétions gastriques, dans les selles, soit après examen direct et homogénéisations, soit en utilisant la culture, et aussi dans les sécrétions pharyngo-laryngées, etc.

Il ne faut pas oublier qu'il existe un procédé extrêmement simple, qui consiste à rechercher le bacille dans les sécrétions pharyngo-laryngées prélevées par simple écouvillonnage de la cavité pharyngo-laryngée, l'écouvillon étant enfoncé aussi profondément que possible.

On a procédé dans ces cas à l'examen direct et à l'homogénéisation. Il peut être intéressant, comme procédé de recherche systématique du bacille, de faire la culture de ces produits.

Il suffit de délayer ces derniers dans une certaine quantité de lessive de soude, et de procéder, en partant de cette suspension, comme pour la culture des crachats sur milieu de Petragnani-Lœwenstein.

Les auteurs ont pu, dans 9 cas où tous les autres examens étaient restés négatifs, mettre ainsi en évidence le bacille de Koch, par la culture des sécrétions pharyngo-laryngées prélevées par simple écouvillonnage.

Ce procédé est commode, facile à répéter, mais ne peut être considéré comme un procédé exclusif de recherche du bacille de Koch.

Virulence du névraxe au cours de la syphilis expérimentale cliniquement inapparente. — MM. LEVADITI, VAISMAN et STROESCO prouvent, par de nouvelles expériences, que la virulence de l'encéphale lui appartient en propre, étant due à la présence du virus spécifique, ou de tréponèmes dans l'ensemble des tissus que renferme la boîte crânienne. Le siège du virus est soit le parenchyme cérébral (phase infravisible), soit les méninges, où des spirochètes ont été décelés par Stroesco et Vaisman.

Une expertise de la démographie française. — M. MOINE. Cette étude permet d'établir que, depuis 1846 jusqu'en 1933, les nombreux décès évités ou retardés ont permis à notre population de s'accroître de 13.440.000 vies humaines.

Si, conjointement à la diminution de la mortalité, nous avions conservé jusque vers 1910 notre taux de natalité de 1820, notre population atteindrait aujourd'hui 89 millions 160.000 sujets, qui auraient trouvé dans nos colonies des conditions favorables d'existence. Il est permis de supposer qu'un tel dynamisme aurait changé notre destinée.

Premier cas « africain » de maladie d'Anjeszky. — Mlle CORDIER et M. MÉNAGER.

(SÉANCE DU 18 MAI 1937)

Contribution à l'étude du virus murin. — M. H. VIOLLE, continuant ses expériences sur le typhus exanthématique murin, montre que chez le rat inoculé, l'hypothermie peut atteindre, quelques heures avant la mort, jusqu'à 24°, et chez les animaux qui résistent, la température peut descendre jusqu'à 35°6, indiquant la perturbation profonde des centres thermo-régulateurs. Si l'inoculation du virus ne peut déterminer l'éruption cutanée chez les animaux, elle provoque cependant, parfois, des hémorragies prononcées, indiquant des lésions vasculaires graves. Chez le lapin infecté de virus exanthématique murin, ce virus peut persister dans le cerveau au moins deux mois. Par passages chez cet animal, il semble se désadapter des organismes des rats et des cobayes.

Ces propriétés permettraient donc d'utiliser éventuellement le cerveau de lapin en vue de la préparation de vaccin pour l'homme contre le typhus exanthématique épidémique.

Sur les anémies du nouveau-né. — MM. PÉHU et R. NOËL (de Lyon). Dans les premiers jours de la vie, l'anémie est peu fréquente. Sur un grand nombre de nouveau-nés observés à la Clinique d'accouchements de Lyon, les auteurs l'ont observée rarement.

Ce syndrome est caractérisé, cliniquement, par une pâleur accentuée, persistante, hématologiquement par la présence dans le sang périphérique et dans certains viscères (foie, rate et rein), d'une quantité notable de globules rouges nucléés (érythroblastes). Ces éléments témoignent d'un retour de la formule sanguine à un type fœtal et même embryonnaire.

Il en existe deux variétés :

a) L'une est *secondaire*. Elle accompagne certaines maladies : syphilis (l'anémie revêt alors le type Jacksch-Hayem), paludisme congénital, ictère infectieux, streptococcémies, etc. Parfois, elle est causée par des hémorragies plus ou

moins abondantes, frappant le nouveau-né. Il faut encore ranger dans ce groupe des anémies qui seraient causées par une alimentation de la mère insuffisante et en quantité et en variété.

b) L'autre est désignée sous le nom d'anémie *primaire ou idiopathique*. Des liens étroits, mais non constants, d'alternance ou de succession ou de coexistence, la rattachent à deux maladies qui se montrent chez les enfants d'un même couple : l'ictère grave familial du nouveau-né, l'anasarque fœto-placentaire, lesquels sont groupés sous le terme général d'*érythroblastoses*.

Les acquisitions récentes permettent donc actuellement de constituer, dans la pathologie du nouveau-né, avec les anémies, un groupe nosologique bien délimité.

Sélection, immigration, naturalisation. — M. R. Martial. L'immigration n'a pas seulement un but économique, mais elle a aussi un but démographique. Mais comme la France n'a aucune politique de l'immigration, elle n'a pas pu avoir une méthode de sélection, et c'est l'absence de cette méthode de sélection qui a faussé les buts et les résultats de cette immigration. De même pour les réfugiés. L'entrée en France du « tout-venant » a eu pour résultat d'encombrer nos hôpitaux, nos asiles et nos prisons. Actuellement, on procède sans discernement à des naturalisations massives, de même qu'on a procédé, il y a deux ans, à des refoulements arbitraires.

Or, la naturalisation n'est que le dernier terme de l'assimilation des étrangers par la famille française. Elle ne doit donc être prononcée qu'après que l'on s'est assuré de la qualité physique et morale des nouveaux venus. C'est ce que l'auteur a déjà démontré dans tous ses travaux depuis 1917.

La sélection proposée par l'Académie de médecine, pour être efficace, ne doit pas seulement comporter un examen sérologique au sujet des maladies transmissibles, mais un examen anthropo-biologique complet, qui permettrait de déceler les maladies héréditaires et en particulier les maladies mentales héréditaires. Dans cette recherche, les groupements et la corrélation entre les groupements sanguins et les indices céphaliques jouent le premier rôle.

Au sujet de l'extra-systole et de l'action du vague sur le cœur. — M. de Somer.

Thérapeutique. — Sur la proposition de M. Tiffeneau, l'Académie émet le vœu : « que la solution de nitrate d'argent au 50e mise à la disposition des sages-femmes pour la prophylaxie de l'ophtalmie purulente chez les nouveau-nés soit transformée en solution au 100e, conservée autant que possible dans des ampoules scellées et colorées. »

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(séance du 7 avril 1937)

Le Président fait part aux membres de l'Académie du décès de MM. Hue, de Rouen, et du professeur Michel, de Nancy.

Section intracranienne du nerf auditif dans le traitement du vertige. — M. H. Velti rappelle qu'il a eu l'occasion de faire en 1931 la première intervention pratiquée en France.

Radiothérapie et fibromes naso-pharyngiens. — MM. Miginiac et Escat ont observé par cette méthode un succès transitoire et un échec.

Ostéolyses d'origine indéterminée. — M. Leriche a observé, à la suite d'une fracture minime du tibia, une ostéolyse complète du tibia ; il rapproche ce fait des observations déjà publiées et montre le rôle à peu près constant du traumatisme dans ces faits.

Tumeurs du côlon droit. — M. Basset rapporte 5 observations de M. Polony (Belfort), concernant un cas de fibrome colique et quatre cancers opérés en occlusion ou en subocclusion ; les interventions ont dû être faites en plusieurs temps ; les résultats opératoires ont été bons, mais les résultats éloignés, désastreux.

A propos des traumatismes cérébraux. — MM. Welti et Boutron insistent sur l'intérêt de la radiographie dans les traumatismes cérébraux.

L'os purum dans l'enchevillement des fractures diaphysaires. — M. Neumann (Bruxelles) a pratiqué six enchevillements à l'aide de chevilles d'os purum et a toujours obtenu la consolidation sans complications ; il estime qu'il y a là un excellent mode d'ostéosynthèse.

Tomographie et lésions pulmonaires. — M. E. Bernard montre l'immense intérêt de cette nouvelle technique dans le diagnostic de nature et de siège des lésions parenchymateuses. Des radiographies fort instructives illustrent cette intéressante communication.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 19 *mai.* — Jury : MM. Couvelaire, président ; Gosset, Ombrédanne, Leveuf. — M. Dagnan. De l'ectopie congénitale du rein dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. — M. Yovanovitch Branko. Indications, technique et résultats de l'iléostomie dans le traitement des occlusions intestinales post-opératoires. — Mlle Hofmann. De l'ostéomyélite du nourrisson.

Jeudi 20 *mai.* — Jury : MM. Bezançon, président ; Laignel-Lavastine, Chabrol, Lemaire. — M. Liron. Les pneumothorax inefficaces. — M. Velly. Contribution à l'étude du système nerveux végétatif dans les infections. — M. Boüan du Chef du Bois. Claude-Toussaint Marot, comte de la Garaye (1675-1755). — M. Ménager. Essai sur l'histoire médicale de la Vendée militaire. — M. Soulairac. Les réactions pseudo-mélancoliques chez les pervers.

— Jury : MM. Mocquot, président ; Tanon, Verne, Joannon. — M. Courvoisier. Les interventions mobilisatrices dans les raideurs des ankyloses du genou. — M. Culesco. Sur quelques nouvelles acquisitions dans l'alimentation du nourrisson. — M. Horowitz. Essai sur l'influence des facteurs psycho-pathologiques sur les événements politiques. — M. Likhatchoff. L'influence des trépidations industrielles et du bruit en général sur la fatigue des ouvriers. — M. Terdiman. Les formes anormales de la maladie de Little. — M. Mallet. La syphilis et le cancer dans un département rural (Deux-Sèvres).

Vendredi 21 *mai.* — Jury : MM. Robert Debré, président ; Fiessinger, Chiray, Troisier. — M. Boulet. Contribution à l'étude des infections sypho-paratyphoïdiques chez les vaccinés. — M. Ménet. Contribution à l'étude des pasteurelloses humaines. — M. Nicolas (Michel). Contribution à l'étude des corrélations physiologiques entre la préhypophyse et l'ovaire. — M. Le Goff. Les abcès froids non tuberculeux.

THESES VETERINAIRES

Mercredi 19 *mai.* — Jury : MM. Tanon, président ; Letard, Lesbouyriès, Verne. — M. Chatel. Echanges économiques entre la France et ses colonies au point de vue de quelques productions de l'élevage. — M. Schlagwhen. Sinnenthal d'Alsace.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 42. — MERCREDI 26 MAI 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : **Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Séance du 15 mai. — MM. les docteurs Mayer, 15 ; Mme Fayot-Petitmaire, 14 ; Séguy, 18 ; Lepage, 17.

Séance du 20 mai. — *Epreuve clinique :* MM. les docteurs Mayer, 19 ; Mme Fayot-Petitmaire, 18 ; Lepage, 20 ; Séguy, 18.

Epreuve clinique double : MM. les docteurs Lepage, 28 ; Séguy, 28.

Le classement des candidats s'établit ainsi qu'il suit : MM. les docteurs Séguy, 145 ; Lepage, 143.

CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Nomination.* — 2e *concours :* MM. les docteurs Gosset, 19 ; Mouchet, 18 ; Chabrut, 18.

CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE (nomination). — Jury : MM. les docteurs Bréchot, Parin, Ronneaux, Mahar, Belot, Jacquelin, Chifoliau.

Hospice départemental Paul-Brousse. — *Un concours pour la nomination de quatre internes en médecine* à l'Hospice Paul-Brousse, à l'Institut du Cancer, à la maison de retraite de Villejuif, et éventuellement la désignation d'internes provisoires, aura lieu le 30 juin 1937. Pourront prendre part au concours, les externes des hôpitaux de Paris et les étudiants pourvus de 10 inscriptions.

Renseignements et inscriptions à la Préfecture de Police, service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe Lobau, escalier A, 2e étage, pièce 227, du 25 mai au 7 juin 1937 inclus, de 10 à 12 et de 14 à 17 heures, dimanches exceptés.

Hôpital Franco-Musulman. — Un concours pour une place d'interne est ouvert. Inscriptions du 18 au 31 mai 1937. S'adresser à la Préfecture de la Seine, comme ci-dessus.

Sanatorium de Montfaucon. — A la suite du concours organisé par le Comité national de défense contre la tuberculose, et auquel ont pris part 11 candidats, le docteur Marlin a été nommé médecin-adjoint du sanatorium privé agréé de Montfaucon-du-Lot (Lot).

Légion d'honneur. — COLONIES. — *Chevalier :* docteur René Martin, directeur de l'hôpital Pasteur.

En Belgique : une Ecole supérieure de protection aérienne. — Exposée comme elle l'est, au point crucial de tous les conflits européens, la Belgique se devait d'étudier d'une façon tout à fait attentive le problème de la protection contre la guerre aérienne. Elle vient de prendre une initiative complètement nouvelle, en créant à Bruxelles une Ecole — la première du genre dans le monde entier — une Ecole supérieure pour la défense aérienne.

La protection aérienne est en général assurée par un concours de bonnes volontés travaillant trop souvent en ordre dispersé et auxquelles il manque une discipline scientifique formelle. C'est le but que le créateur de cette Ecole, le professeur Dautrebande, s'est assigné et qu'il a exposé dans sa leçon inaugurale à l'Ecole de Guerre.

Il faut : 1° établir dans le pays une unité de conception ; 2° organiser une canalisation des efforts ; 3° créer un contrôle des réalisations.

La nouvelle Ecole sera un organisme essentiellement scientifique, qui tiendra compte des expériences de la dernière guerre mais sera constamment au courant des acquisitions les plus récentes en chimie et en physique, en physiologie et en thérapeutique.

Les élèves seront choisis parmi les médecins, pharmaciens, chimistes, ingénieurs, qui deviendront ensuite des moniteurs dans les différents centres de la Belgique.

Journées d'amitié médicale franco-polonaise 1937. — Des Journées d'amitié médicale franco-polonaise auront lieu les 28, 29 et 30 juin 1937, à l'Exposition de Paris. Elles réuniront les médecins français et polonais qui veulent voir se maintenir et se resserrer les liens culturels médicaux entre leurs deux pays.

Elles sont placées sous le haut patronage de M. le Président de la République française et de M. l'ambassadeur de Pologne à Paris, et sous la présidence de M. le professeur Achard, Secrétaire général de l'Académie de médecine, membre de l'Institut.

Adresser les adhésions et les cotisations (80 fr. pour les membres adhérents), avant le 15 juin 1937, au Trésorier : professeur agrégé Fribourg-Blanc, 15, rue Fays, Saint-Mandé (Seine). Demandes de renseignements : professeur agrégé Chevallier, 241, boulevard Saint-Germain, Paris (7e). Permanence pendant les Journées : Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine (Bureau de l'A.D.R.M.).

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE DE LA PITIÉ (professeur : F. Rathery). — Un cours de perfectionnement sur « les maladies des reins » aura lieu du 7 au 19 juin 1937. Ce cours sera fait par M. le professeur Rathery, avec la collaboration du professeur Chevassu, chirurgien de l'Hôpital Cochin ; des docteurs Boltanski, Julien Marie, Mollaret, médecins des hôpitaux ; du docteur Froment, ancien chef de clinique, médecin assistant du service ; des docteurs Dérot, Germaine Dreyfus-Sée, Moline, Pautrat, chefs de clinique et anciens chefs de clinique ; du docteur Doubrow et de M. de Traverse, chefs de laboratoire.

Les inscriptions à ce cours seront reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A.D.R.M. (Faculté de médecine, salle Béclard), tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi). Droit d'inscription : 250 fr.

Un diplôme sera délivré à l'issue du cours.

Société de médecine publique et de génie sanitaire. — Le docteur Georges Heuyer, médecin des hôpitaux, fera une conférence sur le *Dépistage des enfants déficients à l'âge scolaire*, le mercredi 26 mai 1937, à 17 heures, au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, 28, rue du Docteur-Roux (15e).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE TITRE DE DOCTEUR

Il y a quelques jours, le 23 avril, le *Journal officiel* a publié une réponse ministérielle à une question écrite posée par le docteur Georges Lévy, député du Rhône, réponse qui a surpris tout le Corps médical (1).

A en croire le ministre de l'Education nationale, quiconque possède un diplôme universitaire de doctorat pourrait faire précéder son nom patronymique du titre de docteur.

Il est regrettable qu'avant de répondre, le ministre n'ait pas consulté son collègue de la Justice ; ce dernier n'aurait pas manqué de lui signaler qu'une jurisprudence constante — entre autres deux jugements récents du Tribunal de la Seine — était en opposition avec ce qu'il croyait.

Ces décisions ont été dictées par des considérations du plus haut intérêt social et nous ne saurions mieux les exposer qu'elles n'ont été exprimées dans un jugement également récent du Tribunal de Nancy ; après avoir rappelé que la profession médicale est légalement réglementée, il précise ainsi :

« Certes, le titre universitaire de docteur, conféré par les facultés françaises, suit habituellement le nom du titulaire. Ainsi, dit-on : M. X., docteur ès lettres ; M. Y., docteur ès sciences ; M. Z., docteur en pharmacie. Il y a cependant dans nos usages une seule exception en faveur des docteurs en médecine, qui sont appelés couramment « docteur ». Ce titre précède le nom et désigne, dans le langage courant, un médecin muni du diplôme de docteur en médecine.

« Enfin, le législateur lui-même emploie le titre de docteur dans le sens de médecin diplômé.

« Ainsi, le titre de docteur se confond avec la profession de docteur en médecine et se trouve attaché à cette profession, sans qu'il soit nécessaire de préciser davantage la spécialité à laquelle se réfère le diplôme de docteur. »

Il est donc bien établi que le titre de docteur désigne un médecin ; l'utiliser, dans les mêmes conditions, pour d'autres catégories de diplômés, constituerait, en fait, une sorte d'usurpation qui serait blâmable par la confusion qu'elle ne manquerait pas de provoquer et qui du reste présenterait, par ailleurs, plus d'inconvénients que d'avantages pour ces diplômés.

Il n'est pas inutile de rappeler la signification et la valeur exacte du titre de docteur ainsi fixées par la jurisprudence ; d'autant que cette question a été largement discutée dans divers bulletins, et que, l'usage de ce titre étant ainsi restreint pour les autres docteurs, il a pu être question de le permettre à des personnes ne possédant même pas un diplôme quelconque de doctorat.

A. HERPIN.

(1) M. Georges Lévy, député, demande à M. le ministre de l'Education nationale : 1° si un étranger qui a obtenu en France le diplôme d'université, mention médecine, peut se qualifier du vocable docteur X..., comme le font les docteurs en médecine de l'Etat français; 2° si un pharmacien titulaire du diplôme d'université de docteur en pharmacie peut s'intituler « docteur X..., docteur en pharmacie », laissant ainsi croire, suivant l'usage en France, qu'il est à la fois docteur en médecine et docteur en pharmacie. (*Question du 25 mars* 1937.)

Réponse. — Aucune disposition législative ou réglementaire n'interdit aux titulaires d'un diplôme de docteur d'université, mention « médecine » ou mention « pharmacie » de faire précéder leur nom patronyme du titre de docteur. — (*J. O.* 23 avril 1937.)



LES TROUBLES NEURO-VÉGÉTATIFS DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

PAR MM.

WAREMBOURG, Médecin des hôpitaux et LAINE, Interne des hôpitaux

de Lille.

La maladie de Bouillaud s'accompagne beaucoup plus fréquemment qu'il n'est classique de le dire d'une atteinte du système nerveux de la vie végétative, et les troubles qu'elle engendre ainsi prennent parfois une importance considérable.

Ils peuvent apparaître au cours de poussées aiguës articulaires ou viscérales ou se développer de façon autonome, insidieuse et progressive, en dehors de toute manifestation rhumatismale évolutive. Ils peuvent se greffer sur les cas les plus bénins au même titre qu'ils compliquent les plus graves. Enfin ils peuvent être de divers ordres, du type des ectosympathoses ou des endosympathoses ; mais, parmi eux, il faut accorder, en raison de l'importance qu'ils peuvent prendre, une place prépondérante aux troubles cardio-vasculaires. Ils viennent en effet entraver le fonctionnement d'un cœur qui, bien souvent, a déjà été gravement touché par le virus rhumatismal, associent un facteur de myocardie aux altérations anatomiques préexistantes et précipitent l'évolution de la cardiopathie vers l'asystolie terminale.

La notion de troubles neuro-végétatifs dans la maladie de Bouillaud est de connaissance relativement récente et on ne la trouve guère mise en évidence dans les différentes études qui ont été publiées sur le rhumatisme articulaire agiu, avant le remarquable travail que Van Bogaert et Mage ont fait paraître sur ce sujet dans les Annales de Médecine de janvier 1930.

Aussi ne pourrons-nous qu'être très brefs sur l'historique de cette question.

En 1914, Esmein, Pezzi, Donzelot rapportent, dans les archives des Maladies du Cœur, une observation de dissociation auriculo-ventriculaire complète et transitoire qu'ils rattachent pour une part à un hypertonie vagale, en se basant sur le caractère passager des accidents et aussi sur le fait que ceux-ci cédaient à une injection d'atropine.

Daniel Routier en 1924 rapporte une observation analogue.

La même année, Leenhardt et Mlle Sentis présentent trois cas de bradycardie totale d'origine nerveuse au cours du rhumatisme articulaire aigu.

Le premier, en 1928, Guérin publie une étude intéressante encore que restreinte sur les troubles du grand sympathique au cours de la maladie de Bouillaud.

Puis Van Bogaert et Mage présentent en 1930 le premier travail d'ensemble sur le syndrome neuro-végétatif du rhumatisme articulaire aigu : nous aurons l'occasion, chemin faisant, de l'analyser dans le détail.

Enfin Bouchut et Froment, à propos d'une observation de spasmes vasculaires au cours d'une poussée rhumatismale, se demandent quels sont les rapports qui existent entre le syndrome de Raynaud et les lésions sympathiques du rhumatisme, lorsque cet acro-syndrome survient chez un malade porteur d'une cardiopathie valvulaire.

Nous-mêmes avons eu l'occasion de présenter à la Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux de Lille une observation de rhumatisme cardiaque cliniquement primitif sur lequel s'étaient greffés des troubles importants d'ordre neuro-végétatif ; voici cette observation :

Observation. — C'est celle d'un homme de 25 ans qui depuis 4 ans a été suivi régulièrement dans le service de notre maître le professeur Minet.

Son premier séjour à la clinique remonte au mois d'août 1932.

Il se plaignait alors de crises de céphalées avec mouches volantes devant les yeux et de sensations d'arrêt du cœur. Il n'y avait rien à retenir dans ses antécédents.

L'examen révélait l'existence d'un frémissement systolique nettement perceptible à la palpation de la région apexienne.

L'auscultation faisait entendre un souffle mésosystolique inconstant et variable à la pointe et un léger souffle diastolique, lui aussi inconstant, à la base.

Enfin l'observation qui fut prise à ce moment signale encore de gros troubles vaso-moteurs : cyanose généralisée, permanente au niveau des extrémités, transitoire, apparaissant sous forme de plaques plus ou moins étendues sur le reste du corps, notamment après un effort ou une émotion.

Ce malade ne fut suivi que peu de temps dans le service ; il y revint une deuxième fois en août 34. Ses troubles vaso-moteurs étaient toujours aussi marqués. Il présentait d'autre part un gros éréthisme cardiaque.

A l'auscultation, on percevait un souffle systolique à la pointe et un souffle diastolique au niveau du deuxième espace intercostal droit : ces souffles ne se propageaient pas, étaient variables avec la respiration.

L'examen radioscopique montrait un cœur de situation et de dimensions normales, mais animé de battements extrêmement expansifs. L'espace clair rétro-cardiaque était absolument normal.

C'est au cours d'un troisième séjour que fit cet homme à l'hôpital de la Charité, l'été dernier, que notre attention a été plus particulièrement attirée vers lui.

Il était entré dans le service en pleine asystolie, se plaignant de dyspnée d'effort très accusée et de crises d'asthme cardiaque.

Les membres inférieurs étaient le siège de volumineux œdèmes, il existait un hydrothorax droit peu abondant.

Une fièvre désarticulée, aux environs de 38°, et des douleurs articulaires fugaces témoignaient de la présence de l'infection rhumatismale. Le pouls était rapide (100) et s'accélérait notablement au moindre effort ou à la moindre émotion.

La tension artérielle au Pachon était de 21/10, l'indice oscillométrique de 1 1/2.

A l'examen du cœur, on retrouvait le frémissement cataire qui avait déjà été signalé dans les précédentes observations.

L'auscultation révélait de façon indiscutable l'existence d'un rétrécissement mitral et d'une insuffisance aortique et l'examen radioscopique était sur ce point en plein accord avec la clinique. On entendait d'autre part un souffle d'insuffisance mitrale, sans doute fonctionnelle, car on était

(1) Travail de la Clinique Médicale et Phtisiologique de la Faculté. Prof. Jean Minet.

frappé par l'extrême variabilité de ce souffle dans le temps.

Enfin les troubles neuro-végétatifs, qui avaient déjà été notés, avaient pris, cette fois, une importance considérable.

La cyanose s'était étendue à toute la surface du corps. La paroi du thorax, de l'abdomen était parsemée de nombreuses taches violacées, ovalaires, qui s'effaçaient à la pression du doigt et étaient lentes à reparaître. De plus, le malade se plaignait de suer abondamment ; ces sueurs survenaient par crises de courte durée (1/2 heure, 1 heure, rarement davantage) ; elles se répétaient fréquemment, parfois au rythme de plusieurs crises par jour ; extrêmement abondantes, elles obligeaient chaque fois le sujet à changer de linge.

Elles coïncidaient presque toujours avec des accès d'oppression marquée qui s'accompagnaient d'une abondante sécrétion bronchique et nasale : un examen microscopique de ces sécrétions montrait la présence de nombreux éosinophiles.

Par ailleurs, les extrémités étaient animées d'un tremblement léger, rapide ; le regard était brillant, il n'y avait pas d'exophtalmie.

Nous avons alors pratiqué différentes épreuves de l'excitabilité neuro-végétative.

Nous avons recherché tout d'abord le R O C :

Le pouls, qui battait aux environs de 104, tombait après compression des globes oculaires à 72.

Une injection intra-musculaire d'un quart de milligramme d'atropine faisait en une heure grimper le pouls de 100 à 140, ce qui plaidait en faveur d'une hypertonie sympathique.

Nous avons encore pratiqué des intradermoréactions avec une solution d'histamine au 1/200 et une solution d'acécoline au 1/100 : les plages d'érythème que nous avons obtenues étaient sensiblement normales dans leur étendue.

En résumé : nous nous trouvions en présence d'un syndrome d'amphotonie vago-sympathique à prédominance de sympathicotonie.

Par la suite, l'état général ne fait que s'aggraver progressivement. La détaillance cardiaque augmente. Les troubles vaso-moteurs s'exagèrent encore et entraînent le développement de manifestations trophiques importantes.

Celles-ci débutent au niveau du membre supérieur où une escarre noirâtre apparaît sur la phalangette de l'index gauche, tandis qu'un œdème important envahit rapidement le membre, faisant croire un moment à l'existence d'une phlébite.

En quelques jours, cet œdème gagne le membre opposé, la face, s'étend au thorax et à la partie antérieure de l'abdomen.

De gros troubles psychiques — délire, agitation s'apparentant à la folie cardiaque — trahissent l'existence d'un œdème cérébral.

Le 3 février, ces œdèmes fondent en quelques heures, ce qui milite en faveur de la part que des troubles neuro-végétatifs prennent à leur constitution.

Les signes de défaillance cardiaque sont à ce moment très accentués ; la dyspnée est intense, le malade rejette de nombreux crachats hémoptoïques et meurt quelques heures plus tard.

Ainsi donc, voici l'histoire d'une cardiopathie complexe, relative au développement d'un rhumatisme évolutif et s'accompagnant de troubles manifestes de l'équilibre neuro-végétatif, traduits surtout par des crises de sueurs, d'asthme vrai, en même temps que par des poussées transitoires d'œdème angio-neurotique et par un syndrome d'acro-asphyxie assez intense pour aller jusqu'à la gangrène parcellaire.

Les troubles neuro-végétatifs, loin d'être rares au cours du rhumatisme articulaire aigu, se retrouvent au contraire dans un grand nombre de cas ; en effet nous verrons qu'il est possible de leur rattacher un certain nombre de signes qui, depuis longtemps, sont reconnus comme faisant partie intégrante du tableau clinique de la maladie de Bouillaud, sans qu'on ait réussi tout d'abord à en fournir l'explication pathogénique exacte.

On comprend facilement d'ailleurs que les manifestations vago-sympathiques du rhumatisme articulaire aigu n'aient fait que tardivement l'objet d'une étude soigneuse, car elles restent dans la majorité des cas discrètes et ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles acquièrent l'ampleur qu'elles prenaient dans notre observation.

La notion d'âge semble avoir une certaine importance dans le déterminisme de ces accidents.

C'est chez les jeunes, au cours des premières atteintes rhumatismales, qu'on les voit surtout apparaître et Van Bogaert et Mage ont pu réunir 14 observations de jeunes soldats chez qui la maladie rhumatismale s'était compliquée de telles manifestations.

C'est également chez les jeunes que celles-ci affectent l'importance la plus considérable, en raison sans doute de l'intensité plus grande des réactions vaso-motrices à cet âge.

La gravité du processus rhumatismal ne semble guère influer sur la genèse de ces troubles, qui semblent conditionnés plus par la localisation lésionnelle que par la virulence du germe rhumatismal.

Cliniquement on peut classer ces troubles en :

Sécrétoires et plus particulièrement sudoraux :

Vaso-moteurs ;

Cardiaques.

Les troubles sudoraux sont bien connus au cours du rhumatisme articulaire aigu et il est banal de répéter que les sueurs sont extrêmement abondantes dans cette maladie. Pourtant il est quelques faits sur lesquels il n'est pas habituel d'insister.

En effet, ces sueurs persistent le plus souvent après la chute de la température et il faut bien reconnaître que, dans ces cas, ce n'est pas par le seul mécanisme de l'hyperthermie qu'on peut les expliquer.

D'autre part elles affectent plus particulièrement certaines régions, notamment les extrémités, reconnaissant ainsi une topographie segmentaire que l'hyperthermie à elle seule ne saurait faire comprendre.

Dans notre observation, enfin, nous étions frappés par ce fait que les sueurs procédaient par crises violentes et de courte durée, coïncidaient avec des accès d'oppression et d'hypersécrétion bronchique, et survenaient en dehors de toute poussée thermique.

Physiologiquement, l'on sait que la sudation est engendrée par une vaso-dilatation artérielle et Van Bogaert a pu montrer la relation qui existe entre la sudation et l'atonie artérielle. Il faut donc interpréter les sueurs abondantes et paroxystiques de certains rhumatisants comme un signe d'hypotonie sympathique.

D'ailleurs, l'action de l'atonie artérielle, en pareil cas, peut être encore renforcée par la vasoconstriction capillaire concomitante, qui explique, d'autre part,

le contraste parfois observé au voisinage des articulations malades entre la blancheur mate de la peau et la chaleur vive éprouvée à la palpation : sur ce fait Trousseau avait déjà insisté.

Les troubles vaso-moteurs semblent avoir plus que les précédents retenus l'attention des auteurs.

Van Bogaert, Mage rappellent la fréquence d'apparition, au cours du rhumatisme articulaire aigu, de placards rouges que Bouillaud qualifiait « Roséole rhumatismale ».

Ce sont des taches de la dimension moyenne d'une pièce de 0 fr. 50, de coloration rouge vif, nullement prurigineuses.

Elles sont irrégulièrement disséminées sur le corps, affectant une prédilection marquée pour le tronc ; leurs contours sont nets, mais mobiles. Leur caractéristique essentielle est leur extrême variabilité ; elles apparaissent brusquement, acquièrent en quelques minutes leurs dimensions maxima et, après avoir persisté plus ou moins longtemps, parfois quelques heures, disparaissent avec une brusquerie qui n'avait d'égale que la rapidité de leur apparition.

Ces plaques d'érythème ne font que traduire l'extension aux capillaires de l'hypotonie artérielle généralisée.

L'hypotonie peut aussi intéresser les veinules de la peau.

C'est ainsi que, chez notre malade, nous relevions l'existence d'une cyanose intense, généralisée à tous les téguments sous forme de plaques violacées recouvrant les membres, le thorax, l'abdomen et disparaissant à la pression pour ne reparaître que longtemps après.

Dans le même ordre de faits, il faut signaler des œdèmes fugaces qui, chez certains rhumatisants, affectent tous les caractères de l'œdème de Quincke. Notre malade nous donna de tels faits un exemple remarquable ; cet homme présenta en effet, peu avant sa mort, de façon soudaine, une poussée considérable d'œdème, étendue à tout le tégument et prédominant à la face qui prit un aspect véritablement monstrueux. Tout naturellement nous rapportâmes cet accident aux progrès d'une insuffisance cardiaque par ailleurs indubitable. Or quel ne fut pas notre étonnement de voir, 48 heures avant la mort, cet œdème disparaître complètement et définitivement, alors que pourtant la faillite du myocarde se consommait définitivement, et qu'aucune cause d'œdème autre qu'un trouble vaso-moteur ne pouvait être retenue.

Telles sont les manifestations vaso-motrices le plus communément observées dans la maladie de Bouillaud : toutes sont relatives à une hypotonie sympathique. D'autres, par contre, peuvent être rapportées à une hypertonie sympathique.

Dans cet ordre d'idées, Guérin signale, chez une femme de 40 ans, atteinte de rhumatisme articulaire aigu, l'apparition, en dehors de toute fatigue, de crampes douloureuses localisées à un groupe musculaire et qui, en raison de la brusquerie de leur apparition et de la rapidité de leur évolution, ne pouvaient être rattachées qu'à des troubles de la nutrition du segment de membre intéressé, par suite de spasmes vasculaires dans le territoire correspondant.

De même, Bouchut et Froment rappelaient tout récemment dans le Journal de Médecine de Lyon une fort intéressante observation de Paviot :

Chez un ancien rhumatisant porteur d'un rétrécissement mitral étaient apparues des céphalées violentes à type d'hémicranie, avec turgescence de l'artère temporale superficielle et hyperesthésie cutanée. Elles s'accompagnaient d'une hypertension marquée de l'artère rétinienne, tandis que l'examen oscillométrique pratiqué aux deux avant-bras révélait une notable augmentation de la tension artérielle à droite par rapport à l'autre côté.

Ils expliquaient ces phénomènes vasculaires par un spasme dans le domaine de la sous-clavière et de la carotide externe droites et n'hésitaient pas à rattacher ce spasme à une atteinte rhumatismale du sympathique.

Ils se demandaient à cette occasion si un certain nombre de cas de maladies de Raynaud ne pouvaient reconnaître pour cause une lésion sympathique dont la maladie de Bouillaud serait responsable. En effet, nul ne conteste plus à l'heure actuelle le rôle que joue le sympathique dans la genèse de ce syndrome ; et il est plausible de rattacher celui-ci à des lésions sympathiques rhumatismales, lorsqu'il survient chez un sujet porteur d'une cardiopathie valvulaire et coexiste avec des troubles vaso-moteurs ou sudoraux analogues à ceux que nous signalons plus haut.

L'histoire de notre malade vient à l'appui de cette façon de voir. Chez lui, en effet, nous pûmes voir se produire au niveau des mains et des pieds des accès de cyanose extrêmement intenses dont la fréquence et la longueur ne cessèrent de s'accentuer ; bientôt apparurent de petites escharres noirâtres et sèches qui ne tardèrent pas à envahir la dernière phalange de plusieurs doigts et de plusieurs orteils. Le stade terminal d'un syndrome de Raynaud étendu aux quatre membres se trouvait ainsi réalisé et ne cessa de s'accentuer jusqu'à la mort du sujet.

Les méthodes oscillométriques permettent d'ailleurs de mettre parfois en évidence l'extension de ces troubles vaso-moteurs aux gros troncs vasculaires et l'on a pu décrire des syndromes d'hypertonie ou d'hypotonie artérielle rhumatismales.

Cette dernière est de loin la plus fréquente. L'hypotonie artérielle a fait, on le sait, l'objet des travaux de Dumas qui a étudié avec grand soin, d'un point de vue général, les variations concomitantes de la tension et du tonus des artères ; il considère que le critère le plus sûr de l'hypotonie vasculaire est l'hyperpulsatilité artérielle ; l'hypotension qui coexiste toujours, réalise un test moins fidèle, en raison des autres causes qui peuvent lui donner naissance, notamment l'insuffisance myocardique.

Or Van Bogaert et Mage trouvent dans 12 sur 14 de leurs observations un indice oscillométrique considérable. Cette augmentation de l'indice oscillométrique n'a pas toutefois une valeur absolue ; en effet, elle peut être conditionnée non seulement par des modifications du tonus artériel mais aussi par les variations de la masse sanguine expulsée à chaque systole.

Il peut suffire en effet, pour que l'indice s'accroisse, qu'une systole énergique lance brusquement une gran-

de masse sanguine dans l'arbre circulatoire. En ce sens, la bradycardie, qui coexiste souvent avec la diminution du tonus vasculaire, favorise l'augmentation de l'indice.

Inversement, l'insuffisance myocardique ou l'accélération du rythme, qui diminuent l'une et l'autre le volume de l'ondée sanguine systolique, peuvent réduire l'indice oscillométrique, alors que pourtant existe de l'hypotonie artérielle : c'est ce qui, probablement, se produisait chez notre malade dont l'indice était effectivement réduit à 1 1/2.

Chez d'autres rhumatisants, ce sont des troubles du rythme qui traduisent au premier chef l'atteinte vagosympathique. Tantôt on se trouve en présence de tachycardies sinusales, telles que les décrivirent Gallavardin et Tourniaire.

Bouchut et Froment ont pu rapporter même une observation de ce type, où la guérison fut obtenue par ablation du ganglion étoilé. Celui-ci présentait d'ailleurs des lésions inflammatoires, à la vérité non spécifiquement rhumatismales ; mais la maladie de Bouillaud était, dans ce cas, la seule étiologie qui pût être invoquée.

Beaucoup plus souvent c'est un ralentissement du rythme que provoquent les troubles nerveux du rhumatisme articulaire aigu et de nombreux auteurs ont été frappés par le contraste entre cette bradycardie et la fièvre, l'hypotonie vasculaire observés concomitamment.

C'est ainsi que, dans trois observations de Leenhardt et Mlle Sentis, le pouls battait aux environs de 40-60 alors que la température oscillait autour de 39° et il ne s'agissait pas là d'une bradycardie par bloc, mais bien, comme le prouvaient les recherches électrocardiographiques, d'une bradycardie totale d'origine sinusale. La recherche du réflexe oculo-cardiaque exagère encore ces bradycardies, qui cèdent spontanément quelque temps après la défervescence du rhumatisme et, à la période d'état de la maladie, sont réduites complètement par l'injection d'atropine (Petzetaki). Indiscutablement donc elles répondent à une hypertonie vagale d'origine rhumatismale. Signalons encore qu'on a pu observer dans la maladie de Bouillaud des cas de bradycardie par dissociation auriculo-ventriculaire, qui entrent, pour une part, dans le cadre des manifestations qui nous occupent.

Certes nous n'envisagerons pas ici la dissociation auriculo-ventriculaire définitive par lésions rhumatismales du faisceau de Hiss.

Nous avons en vue des dissociations auriculo-ventriculaires transitoires du type de celles que rapportent Esmein, Pezzi, Donzelot dans les archives des maladies du cœur de 1914 et qui cèdent à l'injection d'atropine. Routier, à propos d'une observation analogue, est amené à considérer qu'il existe dans ces cas une lésion purement inflammatoire du faisceau de Hiss et que cette lésion provoque, sous l'influence de l'hypertonie du pneumogastrique, une dissociation auriculo-ventriculaire.

Enfin, il nous reste à envisager l'importante question du rôle des troubles neuro-végétatifs rhumatismaux dans le déterminisme de l'insuffisance cardiaque. Il est superflu de rappeler à cet égard que le vague compte parmi ses diverses propriétés celles d'être cardio-dépresseur. D'autre part, le sympathique, s'il renforce la tonicité cardiaque, peut conduire cependant à l'insuffisance myocardique par l'intermédiaire des troubles importants et durables du rythme qu'il engendre parfois. Sans doute la question est difficile à régler, et il est souvent malaisé de faire la part, dans le déterminisme d'une insuffisance cardiaque, du facteur mécanique qu'engendrent les lésions valvulaires, du facteur infectieux qu'apporte avec lui le rhumatisme cardiaque évolutif, et des divers facteurs fonctionnels, parmi lesquels comptent les manifestations neuro-végétatives. Le rôle de ces facteurs fonctionnels de la myocardie, comme l'ont appelée Laubry et ses élèves, ne laisse pas cependant d'être réel.

« On ne peut manquer en effet d'être frappé, dit Walser dans sa thèse, par la destinée différente de certaines lésions valvulaires souvent complexes auxquelles le cœur s'est adapté sans peine et de certaines autres qui paraissent avoir entraîné la perte définitive de l'équilibre cardiaque.

Les premières n'ont créé qu'une gène mécanique plus ou moins grave à laquelle le cœur a remédié automatiquement. Aux secondes s'est ajouté un facteur cardiaque ou périphérique qui retentit sur la valeur fonctionnelle du myocarde et précipite sa déchéance. »

N'est-ce pas des phénomènes de même ordre qui s'étaient produits dans notre observation ?

Et ne pouvons-nous invoquer, pour expliquer la rapidité avec laquelle la cardiopathie de notre malade devait évoluer vers l'asystolie, le rôle du déséquilibre neuro-végétatif intense dont ce sujet nous donnait par ailleurs des preuves si nombreuses ?

D'ailleurs, de tels phénomènes sont certainement plus fréquents qu'il ne le semble au premier abord. Les troubles endocriniens, métaboliques, neuro-végétatifs engendrés chez les cardiaques par leur cardiopathie même ou par la cause qui lui a donné naissance, ne sont sûrement pas sans exercer une influence notable sur l'apparition de l'insuffisance myocardique. Des recherches en cours nous ont déjà convaincus de la vérité de cette opinion que nous comptons sous peu étayer par de nombreux faits objectifs.

Nombreux donc sont les troubles neuro-végétatifs qui peuvent compliquer le tableau clinique de la maladie de Bouillaud.

A la lecture des différentes observations qui en ont été rapportées on est frappé avant tout par la diversité de ces troubles et surtout leur généralisation, dans certains cas comme le nôtre, à la totalité de l'organisme.

Ce fait ne semble pouvoir s'expliquer que par la localisation du virus rhumatismal à des centres vasomoteurs haut-situés dans l'axe nerveux. Que, chez certains rhumatisants porteurs de troubles neuro-végétatifs localisés, les lésions siègent dans les ganglions sympathiques périphériques ou dans les centres médullaires ou bulbaires de la vaso-motricité, l'hypothèse en est très plausible.

D'ailleurs nous avons vu que, dans l'observation de Bouchut et Froment, citée plus haut, des lésions avaient été signalées dans un ganglion stellaire. Au contraire, dans des observations comme la nôtre, la

diffusion à tout l'organisme de la dystonie vago-sympathique impose l'idée d'une lésion siégeant dans les centres de la vie végétative les plus haut situés, c'est-à-dire dans les centres mésencéphalo-diencéphaliques et peut-être même corticaux. Sans doute n'avons-nous sur l'existence de ceux-ci que des notions encore incomplètes, mais suffisantes toutefois pour en affirmer la réalité. D'autre part le rhumatisme articulaire aigu peut très bien avoir pour ces régions du névraxe un tropisme, dont témoignerait en particulier, si elle était rigoureusement démontrée, l'origine rhumatismale de la chorée.

Quoi qu'il en soit, la notion de dystonie vago-sympathique rend compte dans le rhumatisme articulaire aigu de nombre de symptômes et d'accidents dont le mécanisme, sans elle, se révélerait obscur. Cette dystonie, d'autre part, apparaît capable de précipiter la redoutable éventualité qu'est, dans la maladie de Bouillaud, l'insuffisance cardiaque. Peut-être ces notions mériteraient-elles de quitter le domaine de la théorie où elles se cantonnent encore, pour gagner celui de la pratique et contribuer à l'enrichissement de nos thérapeutiques de la déficience myocardique ; les recherches de l'avenir justifieront peut-être ce point de vue.

BIBLIOGRAPHIE

Van Bogaert et Magé. Syndrome Neuro Végétatif du R.A.A., *Annales de Médecine, janv.* 1930.

Guérin. Troubles Sympathiques du R.A.A., *Rev. Gén. de Clin. et Thérap.*, 1er déc. 1928.

Bouchut, Froment. Les complications Névritiques, Méningées et Médullaires de la maladie de Bouillaud. *Journal de Médecine de Lyon*, mai 1936.

Leenhardt et Mlle Sentis. Bradycardies au cours du R.A.A. chez l'Enfant. *Bull. de Soc. des Sciences Méd. et Biol.* Montpellier, 13 juin 1924.

Esmein, Pezzi, Donzelot. Troubles du Rythme Cardiaque chez deux malades atteint de R.A.A. *Archives Mal. du Cœur*, mai 1914.

Routier. Dissociation Auriculo-Ventriculaire Transitoire du R.A.A. *Archives Mal. Cœur*, mai 1924.

Bezançon, Weill. Dissociation Auriculo-Ventriculaire et Arythmies Rhumatismales. *Annales de Médecine*, février 1926.

Girbal. R.A.A. et Asthme. *Le Progrès Médical*, 12 mai 1934.

G. Drouet. Complications du R.A.A. *Journal de Médecine de Paris*, 29 déc. 1927, 5 janv. 1928.

Bezançon, M.-P. Weill, Guillaumin. Le Sang dans le R.A.A. *Annales de Médecine*, février 1926.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de médecine catholique, par le docteur Henri Bon. Un vol. in-8° de 768 pages. Prix : 40 fr., Librairie Félix Alcan.

Maine de Biran et la Société médicale de Bergerac, par le docteur Pierre Lemay. Un vol. illustré de 232 pages, à Paris, chez Vigot Frères, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine (6e).

Les courants de haute fréquence, applications de tension (courant de résonance), par le docteur Georges Ronneaux. Un vol. in-8° de 156 pages avec 36 figures. Prix : 30 fr., chez Gauthier-Villars, 55, quai des Grands-Augustins, à Paris (6e).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 21 AVRIL 1937)

Hémorragies par lésions traumatiques de certains affluents des sinus de la dure-mère. — MM. Perves et Badelon (Marine) ont observé deux cas d'hémorragies intra-craniennes dues, dans un cas à la rupture de la veine émissaire mastoïdienne, dans l'autre à une veine cérébrale postérieure ; le rapporteur, M. Auvray, insiste à ce sujet sur les modalités un peu particulières de l'hémostase dans cette éventualité.

Diagnostic radiographique d'une occlusion aiguë. — M. Moulonguet rapporte cette intéressante observation de MM. Sicard et Malgras, qui montre bien la très grande précision de ce mode de diagnostic. A ce propos, le rapporteur montre par de multiples exemples tout ce qu'on peut attendre de la radiographie abdominale sans préparation, diagnostic d'occlusion, diagnostic de siège, élimination d'un diagnostic clinique d'occlusion posé par erreur.

Fibrome du mésentère. — M. Braine rapporte une observation de M. B. Popovitch (Belgrade), concernant un volumineux fibrome de la racine du mésentère, ayant nécessité l'ablation de 1 m. 80 de grêle ; excellent résultat opératoire. Le rapporteur, à ce propos, discute de la tactique opératoire à adopter dans le but de réduire au minimum l'importance de la résection intestinale.

M. Mocquot, dans un cas assez semblable, dissèque la tumeur, puis l'intestin, et cette succession des temps opératoires lui montre que la résection qu'il avait crue d'abord nécessaire ne correspondait qu'imparfaitement au territoire vraiment privé de vascularisation.

A propos du syndrome pâleur-hyperthermie. — M. Hustin (Bruxelles) estime que le syndrome pâleur-hyperthermie n'est en somme que l'exagération des troubles post-opératoires immédiats habituellement constatés mais avec trop d'imprécision ; il appuie ses dires d'observations très minutieuses des suites opératoires, particulièrement du point de vue des modifications de la température centrale et périphérique.

Gastrorragies par splénomégalie. — MM. Moiroud, Olmer et Jouve (Marseille) pratiquent une splénectomie pour splénomégalie scléreuse hémorragique, et 18 jours plus tard doivent réintervenir pour un syndrome abdominal aigu ; ils se trouvent en présence d'un infarctus massif du premier segment jéjuno-iléal, et toute tentative d'extériorisation est impossible. A l'autopsie, il s'agit d'une thrombose porto-mésentérique extensive.

Appendicite aiguë. — M. Leclerc (Dijon) estime que le principe de l'opération systématique après la 48e heure ne doit pas être absolu, et que, d'autre part, en présence d'un plastron, l'abstention est préférable et si, dans ces cas, on a la main forcée, il est préférable de ne pas pratiquer l'ablation de l'appendice.

La voie artérielle dans le traitement du tétanos. — M. de Fourmestraux a tenté à trois reprises l'injection intra-carotidienne de sérum antitétanique : il a eu deux décès et une guérison.

M. Bazy pose à ce sujet la question de la sérothérapie et de la vaccination antitétanique et conclut une fois de plus à la nécessité de la vaccination antitétanique, celle-ci étant sans aucun inconvénient et devant pour l'avenir diminuer le nombre de plus en plus grand des accidents sériques.

Occlusion et spasme colique au cours d'une poussée d'amibiase intestinale. — MM. Huard et Dejou montrent l'atteinte possible de l'intestin grêle au cours de l'amibiase, et ont guéri leur malade par l'iléo-sigmoïdostomie.

(SÉANCE DU 28 AVRIL 1937)

Kyste d'un pancréas accessoire. — M. PETIT-DUTAILLIS rapporte une curieuse observation de M. Meyer May (Hanoï). Il s'agit d'un volumineux kyste développé au niveau d'un pancréas accessoire intra-gastrique à cellules exclusivement Langerhansiennes ayant déterminé une ulcération intra-gastrique. L'énucléation de la tumeur fut possible, complétée par une résection antropylorique et suivie de pyloroplastie. Guérison.

A propos des abcès de la rate. — M. MEYER MAY adresse une observation de rupture d'un volumineux abcès de rate paludéenne ayant déterminé une péritonite généralisée. L'auteur, à propos de cette observation que rapporte M. Petit-Dutaillis, fait une courte revue des cas publiés ces dernières années.

Complications septiques de l'avortement. — M. PETIT-DUTAILLIS rapporte deux observations de M. Boudreaux. La première concerne un abcès pyo-gazeux consécutif à un avortement provoqué et guéri par hystérectomie ; la seconde un épanchement gazeux fessier et crural consécutif à un avortement également provoqué : la malade dans ce cas mourut au cours de l'ouverture de la collection fessière et l'absence d'autopsie ne permit pas de savoir s'il s'agissait d'un phlegmon métastatique ou de la propagation d'une gangrène pelvienne.

MM. BAZY et BANZET ont observé, chacun un cas d'abcès de l'utérus.

Anévrysme de la carotide interne. . — MM. JIRASEK, HENNER et SIKL, à propos d'une observation d'anévrysme intra-cranien font une revue générale de la question et envisagent les diverses méthodes thérapeutiques utilisées.

A propos de l'appendicite aiguë. — M. OKINCZYC a dépouillé 1.314 cas d'appendicite opérées dans son service. Parmi elles, si l'on s'en rapporte à l'état de l'appendice, il y avait 722 appendicites chroniques, 362 appendicites aiguës et 230 subaiguës. La mortalité a été respectivement de 0,17 p. 100, de 6,35 p. 100 et 0 p. 100. Parmi les 23 morts d'appendicite aiguë, il y eut 9 péritonites graves, 6 formes occlusives et 2 plastrons. L'auteur conclut à l'intervention formelle dans les crises au début et reste éclectique dans les appendicites vues tardivement ; en présence d'un plastron, il incline vers l'abstention, sauf indications particulières.

Syndrome hyperthermique et sérum physiologique. — M. OKIDCZYC montre que certains malades sont véritablement sensibilisés au sérum physiologique et que la suppression du sérum peut arrêter un syndrome hyperthermique commençant.

Cancer ano-rectal suivi quatre ans après d'un cancer gastrique. — M. MICHON opère en 1932 une malade d'un cancer ano-rectal et la revoit en 1936 présentant un volumineux cancer gastrique propagé au côlon. L'auteur fait une gastro-colectomie par extériorisation et section au bistouri électrique 48 heures plus tard. Guérison.

M. CUNÉO a été également frappé de la facilité de la gastro-colectomie.

M. MÉTIVET est partisan de la gastro-jéjunostomie précolique en cas de nécessité ; quant à M. Desplas, il considère que c'est toujours une mauvaise intervention qui doit toujours être complétée par une jéjuno-jéjunostomie.

Vernis chirurgical. — MM. LEVEUF et GODARD présentent un nouveau vernis permettant d'isoler le champ opératoire de la peau.

(SÉANCE DU 5 MAI 1937)

Radiographie et occlusion intestinale. — M. MÉTIVET montre deux radiographies d'occlusion intestinale, dont une avait été prise pour une crise tabétique.

Enclouage du col du fémur. — M. MATHIEU présente l'appareil de M. Valls (Buenos-Ayres), qui est certainement moins précis que celui de Brocq.

Enchevillement d'os purum dans les fractures diaphysaires. — M. LAFFITTE (Niort) a utilisé l'os purum dans quatre cas, avec trois très beaux succès ; un insuccès relatif est à mettre au compte d'une immobilisation insuffisante. Il insiste sur la nécessité d'une fixation rigoureuse de la cheville et d'une immobilisation assez prolongée.

M. MATHIEU juge que c'est une excellente méthode d'ostéosynthèse, mais que le rôle ostéogénique du greffon n'est pas encore prouvé.

M. HUET a utilisé trois fois avec succès l'enchevillement par greffon vivant.

M. SOREL prend acte que l'os purum n'est pas supérieur à l'os ordinaire.

Chirurgie vésicale et bistouri à haute fréquence. — M. HEITZ-BOYER apporte les résultats de sa longue expérience : il montre les avantages de la chirurgie à vessie ouverte, rendue pratique par sa méthode d'ourlage vésico-cutané, qui permet une visibilité et un écartement remarquable.

L'auteur présente ensuite deux très beaux films illustrant sa technique d'ablation des tumeurs vésicales. Il insiste sur le rôle de cette méthode dans la chirurgie des diverticules vésicaux, des cystites proliférantes, des fistules vésico-vaginales.

Iléus biliaire. Diagnostic radiologique préopératoire. — MM. HUET, DELAFONTAINE et PORCHER ont pu mettre en évidence le calcul et guérir leur malade par une intervention parfaitement réglée et simplifiée au maximum. Le calcul, énorme, pesait 38 grammes et mesurait 7 centimètres.

M. MONDOR insiste sur l'azotémie et l'hyperglycémie de ces malades, qui n'est qu'une indication de plus à l'intervention.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 13 JANVIER 1937)

Contribution au traitement des pelades. — M. LÉVY-FRANCKEL a utilisé, dans le traitement des pelades, en injections intradermiques, divers produits à action vaso-dilatatrice ; peut-être parce qu'il l'a expérimentée dans des formes rebelles et graves (Pelades anciennes, décalvantes totales), l'acétylcholine lui a donné des résultats moins rapides et moins constants que ceux qui ont été publiés récemment ; l'histamine a parfois amené la repousse après échec de l'acétylcholine.

Thérapeutique des gastrites ulcéreuses. — M. Fr. MOUTIER signale que bien individualisées par l'étude endoscopique, les gastrites ulcéreuses sont souvent peu sensibles aux médications qui réussissent dans l'ulcère de Cruveilhier.

Les médications, plus ou moins artificiellement, peuvent se diviser en calmantes (alcaline, bromure d'or), cicatrisantes directes (bismuth, alumine, liniment oléo calcaire, mucine, collargol), cicatrisantes indirectes (vaccination, hormone parathyroïdienne, vitamine A), désensibilisatrices (principes antigéniques extraits des produits de la digestion intragastrique.

L'auteur retient comme principalement actifs dans certains cas le *bromure* d'or, la mucine, la parathyroïde, le collargol, la vitamine A.

Douleur. Souvenir et symptôme. Souvenir. *Leur rôle en Pathologie. Leur Thérapeutique.* — M. G. LEVEN expose que les syndromes les plus variés, les plus anciens peuvent ne persister que sous l'influence de ce que nous proposons d'appeler la Douleur — Souvenir et le Symptôme-Souvenir.

Le Souvenir est la raison d'être de la persistance de la maladie durant des mois ou des années, alors qu'on accuse la gravité du mal de cette durée insolite.

Syndromes gastro-intestinaux, algies anorectales, syndromes respiratoires (asthme), tremblements, crampes musculaires, agoraphobie, migraines, névralgies dans les domai-

nes les plus variés (sciatique entre autres), etc..., ne sont parfois que des Douleurs ou des Symptômes-Souvenirs.

L'oubli de cette notion fait négliger la thérapeutique par suggestion qui, seule, peut avoir une action efficace et immédiate.

Nos observations choisies dans les chapitres les plus divers de la Pathologie viennent à l'appui de ces affirmations dont la conclusion sera qu'il n'y a pas de Médecine du Corps sans Médecine de l'Esprit.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR QUELLES BASES ÉTABLIR UN TRAITEMENT RATIONNEL DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

d'après M. Henri BARTH (1)
médecin honoraire de l'hôpital Necker.

Reprenant dans un important travail d'ensemble la question du traitement rationnel de la tuberculose, M. BARTH insiste sur la nécessité « de s'affranchir des idées toutes faites qui tendent à réduire la thérapeutique en équations. Il faut prendre la peine de considérer chaque malade en particulier, d'analyser les *indications*, d'étudier dans quelle mesure elles se recoupent et quelquefois s'opposent... »

M. Barth résume ainsi les indications principales qui se présentent chez la majorité des tuberculeux pulmonaires :

« *a*) Relever la tension artérielle et modérer le métabolisme basal ;

b) Combattre l'asthénie nerveuse et l'amaigrissement ;

c) Provoquer la résorption des exsudats inflammatoires, des débris caséeux ganglionnaires et parenchymateux.

Les indications complémentaires : lutter contre l'anémie, réveiller l'activité du tube digestif et du foie, calmer la toux et l'expectoration, viennent ensuite. Quant à la fièvre, s'il y en a, elle est symptomatique de la résorption des toxines tuberculeuses : elle cède avec celle-ci, sans qu'il soit besoin de la combattre directement.

On remplit la première indication (comme l'ont montré Lemoine et Hervouët) en administrant soit la cholestérine, soit les produits cholestérinogènes et notamment les solutions d'acides aminés telles que l'okamine. Ces médicaments déterminent le ralentissement des échanges et la tendance à l'hypertension qu'on constate chez les arthritiques goutteux. Ils peuvent même, si on en abuse, provoquer l'apparition de la lithiase biliaire, aussi faut-il en user avec précaution, à intervalles suffisants et pendant un temps limité.

Pour lutter contre l'asthénie et restaurer l'embonpoint, rien ne vaut les arsenicaux, notamment le cacodylate de soude, à la dose de 10 à 30 centigr. Administré en injection sous-cutanée une fois (ou deux au plus) par semaine, il est parfaitement supporté même par les fébriciants, améliore promptement l'assimilation et combat l'amaigrissement ; il agit en même temps sur la peau et sur le système nerveux central, comme un puissant tonique, et relève promptement les forces, surtout si on lui associe le glycéro-phosphate de chaux. On se trouve bien, chez les malades très asthéniques, d'y joindre quelque produit riche en vitamines, comme les embryons de céréales (pangermine de Barré).

La résorption des amas caséeux et des détritus cellulaires, produits de l'action nécrosante des toxines tuberculeuses, s'obtient en général assez facilement par l'iode, à doses faibles et longtemps continuées. Mais il faut se méfier, surtout chez les congestifs, chez ceux qui ont craché du sang, de l'influence irritante de ce remède sur la muqueuse laryngo-bronchique. Pour éviter tout risque il convient de l'administrer en suspension huileuse, sous la forme bien connue du lipiodol. Une injection sous-cutanée de 2 cc. de lipiodol, répétée chaque semaine, suffit généralement à faire disparaître en deux ou trois mois les dépôts caséeux les plus importants, qu'ils soient ganglionnaires ou parenchymateux. Les adénopathies cervicales suppurées,

(1) *La Presse médicale*, n° 13, 1937.

d'origine bacillaire, qui se fistulisent si facilement, et qui n'ont qu'une faible tendance à la guérison spontanée, disparaîtront souvent très vite, sous l'influence de ces injections, qui produisent par leur résorption lente une imprégnation iodique faible mais continue.

A ces moyens principaux il convient d'ajouter les ferrugineux quand l'anémie est prononcée, les amers et les alcalins si c'est l'inertie gastro-hépatique qui domine, les balsamiques et les calmants quand la fréquence de la toux et l'abondance des sécrétions bronchiques fatiguent exagérément le malade. Mais ces médications symptomatiques, comme aussi les révulsifs, comme les topiques du nez et de la gorge, comme les inhalations médicamenteuses, ne tiennent qu'une place accessoire et cessent bientôt d'être nécessaires, quand les effets du traitement principal commencent à se manifester.

Pour les malades apyrétiques, porteurs de lésions circonscrites, ulcérées ou non, le plan de traitement que l'expérience nous a fait adopter est le suivant : pendant trois mois au moins, injection sous-cutanée d'une ampoule d'okamine et d'une ampoule de cacodylate de soude à 20 centigr. une fois par semaine ; injection sous-cutanée de 1 ou 2 cc. de lipiodol, une fois par quinzaine.

En même temps, pendant une semaine sur deux, fer et glycéro-phosphate de chaux ; pendant la semaine intermédiaire, paratoxine (2 pilules par jour) et pangermine (2 cuillerées à café par jour au début des repas). »

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DES PÉRICARDITES AIGUËS (1)

FORMES CLINIQUES

Il existe *des formes localisées*, et en particulier une *forme postérieure* d'allure paradoxale, car il existe :

Des s. physiques trompeurs : le choc apexien est normal ; les bruits sont superficiels.

Des s. de compression difficiles à interpréter.

II. *La péricardite aiguë tuberculeuse*

Au cours de la granulie, elle passe le plus souvent inaperçue.

Quant *aux formes subaiguës*, elles sont très souvent *latentes* et méconnues ; elles peuvent être sèches, sérofibrineuses, hémorragiques ou purulentes ; elles sont souvent *très abondantes*, se reproduisant vite après la ponction.

Elles peuvent être isolées ou associées à une tuberculose pleuro-pulmonaire et n'être alors souvent qu'une découverte radiologique.

L'aboutissant en est souvent : *la cirrhose cardiotuberculeuse de Hutinel*, où s'associent une symphyse du péricarde, des lésions hépatiques et péritonéales périhépatiques.

Cependant certains cas ont guéri, soit à la suite de ponctions répétées avec pneumopéricarde, soit à la suite de péricardotomie suivie de fermeture sans drainage.

III. *Les péricardites purulentes pneumococciques*

Se rencontrent surtout chez l'enfant jeune :

Elles sont le plus souvent secondaires à une bronchopneumonie qui s'est elle-même compliquée de pleurésie purulente gauche.

Malgré le drainage de la plèvre, la température reste élevée, oscillante ; l'état général s'altère de plus en plus.

Il est rare que la percussion permette le diagnostic, que confirmerait l'examen radiologique.

Le traitement qui s'impose est alors la péricardotomie, mais le pronostic est fort grave.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 36, du 5 mai et n° 38, du 12 mai 1937.

— Chez l'adulte, on peut encore voir des péricardites purulentes au cours de toutes les septicopyohémies, mais elles sont le plus souvent latentes et découvertes seulement à l'autopsie.

IV. *La péricardite brightique*

Se voit habituellement après 40 ans.

Le plus souvent, il s'agit d'une péricardite sèche ne se traduisant que par *des frottements*, mais ceux-ci sont intenses, rudes, s'entendant jusque dans le dos.

Elle va de pair avec une azotémie élevée et elle permet de porter un pronostic fatal à brève échéance.

Plus rarement, il s'agit d'une péricardite avec épanchement hémorragique. Le diagnostic en est difficile, car le frottement persiste.

V. *Les autres péricardites aiguës*

Nous ne ferons que citer les péricardites provoquées par les microbes anaérobies, les formes aiguës des péricardites cancéreuses, les péricardites scorbutiques.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la péricardite sèche est le diagnostic du *frottement*. On discutera donc :

Un *frottement de pleurite sèche précordiale*, lorsque celui-ci se trouve rythmé par les bruits du cœur.

De plus, il est souvent difficile de reconnaître le frottement d'un *souffle extracardiaque*, qui siège lui aussi en dehors des foyers d'auscultation électifs, ne se propage pas, peut varier d'un examen à l'autre.

Toutefois, le souffle diminue en position assise, alors que le frottement augmente.

Un *souffle organique* pourra plus rarement être discuté.

Enfin le frottement se surajoutant aux bruits normaux pourra simuler un rythme à trois temps, un bruit de galop.

Le diagnostic de la péricardite à épanchement est le diagnostic étiologique des cardiomégalies.

Il faut reconnaître la péricardite d'*un gros cœur*.

Le diagnostic repose :

— Sur la forme de la matité ;

— Sur l'existence de matité sous-apexienne ;

— Sur l'examen radioscopique surtout.

Il reste cependant souvent très délicat.

Plus rarement on discutera *une pleurésie médiastine*, mais celle-ci dévie la pointe du cœur et à la radio les battements cardiaques sont normaux.

Une *pleurésie gauche*, en présence d'un syndrome de Pins.

Pour conclure, nous ne saurions trop insister sur la difficulté du diagnostic de certaines péricardites :

— Des péricardites avec épanchement peu abondant chez un rhumatisant ;

— Des péricardites tuberculeuses compliquant une granulie ou une tuberculose pleuropulmonaire ulcéro-caséeuse qui semble pouvoir expliquer tous les signes fonctionnels et physiques que présente le malade ;

— Des péricardites purulentes compliquant une pleurésie purulente du côté gauche ;

— Des péricardites survenant au cours des septicopyohémies.

Le diagnostic est même parfois impossible, tant la note péricardique est perdue dans le tableau de l'infection causale ; il est encore fréquent de n'en faire le diagnostic qu'anatomiquement sur la table d'autopsie, et ce n'est qu'en pensant systématiquement à l'atteinte possible du péricarde que l'on réduira au minimum la constatation de surprises de ce genre.

J. FERROIR.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


LA MARQUE DE FABRIQUE
EXIGER
SALUS ET SCIENTIA

N° 43. — SAMEDI 29 MAI 1937. 110e ANNÉE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Nomination. 2e concours.

MM. les docteurs Longuet, 18 ; Sauvage, 18 ; Padovani, 18.

MM. les docteurs Padovani, 28 ; Mouchet, 26 ; Chabrut, 27 ; Longuet, 26 ; Sauvage, 29 ; Gosset, 30.

Hôpitaux de Paris. — Concours de médecin de l'Assistance médicale. — *Lecture des copies d'obstétrique et de pathologie médicale.*

Séance du 20 mai :

MM. les docteurs Degrais, Pierre, 6+8=14 ; Boyer, 10+14=24 ; Mme Loewe-Lyon, 12+17=29 ; MM. Déséglise, 6+13=19 ; Moliné, 6+15=21 ; Laïk, absent ; Laforge, 10+15=25 ; Cabaille, 9+12=21 ; Willot, 14+19=33 ; Mlle Tisserand, 12+15=27.

Séance du 21 mai :

MM. les docteurs Klotz, 13+16=29 ; Dacheux, 10+10=20 ; Royer de Véricourt, 9+18=27 ; Nel, 8+15=23 ; Mlle Lévy, 7+19=26 ; Mlle L'Hoir, 8+17=25.

Séance du 22 mai :

MM. les docteurs Degrais, Jean, 7+10=17 ; Bachman, 7+15=22 ; Fouquier, 7+8=15 ; Lesieur, absent ; Mme Arager, 10+16=26 ; M. Caffort, 8+13=21 ; Mlle Lavit, 8+14=22 ; MM. Julia, absent ; Lemant, 13+19=32 ; Gachon, 7+7=14 ; Deparis, 15+19=34 ; Debray, Jean, 10+11=21.

Asiles publics d'aliénés de la Seine. — Un concours pour une place de pharmacien en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine ou de l'Hospice Paul-Brousse s'ouvrira à Paris, à l'asile-clinique, 1, rue Cabanis, le 10 juin 1937.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 h. à 12 h. et de 14 h. à 17 h., du 15 au 27 mai inclus.

Les candidats seront convoqués par lettre ; néanmoins, l'Administration décline toute responsabilité pour les convocations qui ne parviendraient pas.

Le candidat reçu entrera en fonctions le 1er juillet 1937.

Faculté de médecine de Paris. — Concours de l'adjuvat — Ont été proposés : MM. Guénin, Barcat, Cauchoix, Rouvillois, Lortat-Jacob, Cordebar (provisoire).

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Dufour, agrégé, est chargé d'un cours d'anatomie.

Faculté de médecine de Lille. — Est nommé professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lille, M. Polonowski, ancien professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Lille. M. Polonowski est actuellement professeur titulaire à la Faculté de médecine de Paris.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. le professeur Gorse est nommé doyen pour une période de trois ans.

Ecole de médecine de Rennes. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes s'ouvrira, le lundi 15 novembre 1937, devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris.

Guerre. — M. le médecin colonel Jeandin (de Metz) est affecté comme sous-directeur de la 3e région.

Le cinquantenaire de l'opération de Bassini. — Pour commémorer le cinquantenaire de l'opération de Bassini, la Société italienne de chirurgie a invité les chirurgiens italiens à une séance extraordinaire de la Société, qui aura lieu le 6 juin, à Padoue. M. Spangaro et M. A. Austoni parleront de la hernie inguinale et de la hernie crurale.

La cérémonie commencera par une séance solennelle dans l'Aula Magna de l'Université.

D'autre part, il sera publié, par l'Université, deux volumes consacrés à la reproduction des mémoires originaux de Bassini et à la publication de nombreux travaux sur la hernie, dus à des chirurgiens du monde entier.

Le Prix de la Renaissance française est attribué à la Ligue française contre le cancer. — A l'occasion de l'Exposition de 1937, le prix Paul Appell et la médaille d'or de la Renaissance française, destinés à récompenser l'ouvrage ayant apporté au cours de ces dernières années la contribution la plus efficace à la lutte contre les fléaux sociaux, ont été attribués à la Ligue française contre le Cancer, pour « l'Index analyticus Cancériologiae », créé il y a 11 ans sous la direction scientifique de MM. Forgue, de Nobele, Hartmann, Rogaud et Roussy.

Les lauréats du Prix Paul Appell sont MM. Lacassagne et Lavedan, secrétaires généraux de l'Index.

Un Voyage d'études médicales à Vals. — L'Automobile Club médical de Marseille, que préside le docteur Ferran, a profité des vacances de la Pentecôte pour visiter une fois encore Vals et la région vivaraise, sous la conduite du docteur Porcheron.

Après avoir traversé les hauts plateaux, visité Saint-Agrève et le Gerbier-des-Joncs, les visiteurs ont passé une journée à Vals, où les confrères de la station et la municipalité leur ont fait revoir les aménagements de l'Etablissement thermal, les diverses manutentions et particulièrement le bel embouteillage automatique de Vals-Saint-Jean. Un banquet leur fut offert par le Comité de propagande à l'Hôtel des Bains, au milieu des parcs fleuris qui sont un des grands charmes de la station.

Institut Calot, Berck-Plage. — PLACE VACANTE D'INTERNE RÉSIDANT. — *Conditions à remplir :* avoir fini sa scolarité et passé tous ses examens (la thèse passée ou non). Etre Français, non marié.

Conditions faites : logé, nourri, honoraires fixes 500 fr. par mois. Engagement pour un an. Entrée en fonction le 1er juillet 1937.

Se présenter soit au docteur Calot, 69, quai d'Orsay, Paris, les lundis ou samedis, de 3 heures à 4 heures, soit au docteur Fouchet, à Berck-Plage, Institut Calot, tous les jours, à 4 heures.

NÉCROLOGIE

A Copenhague, vient de mourir, à l'âge de 74 ans, le professeur Edward Ehlers. Cet illustre dermatologiste, dont les recherches sur la syphilis et la lèpre sont universellement connues, a été pendant toute sa vie un ami fidèle et dévoué de la France. Dans les mauvais jours, nous avons pu mesurer l'affection qu'il portait à notre pays ; sa mort cause à ses amis de France la plus sincère et la plus respectueuse affliction.

Ehlers était président de l'Union internationale contre le péril vénérien, membre du Comité d'hygiène de la S.D.N.; il était un des plus anciens associés étrangers de l'Académie de médecine. Après la guerre, il avait reçu la plaque de grand-officier de la Légion d'honneur.

— Nous apprenons avec peine la mort du professeur Ferdinando Micheli, sénateur d'Italie, directeur de la Clinique médicale de l'Université de Turin, et du Centre du cancer. Micheli était aussi directeur de *Minerva medica*. Nous adressons à la rédaction de ce grand journal, si éprouvée il y a quelques semaines par la mort du professeur Angelo Ceconi, un autre de ses directeurs, l'expression de notre profonde sympathie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DE LA LIMITE D'AGE DES PROFESSEURS

Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement, sur la proposition de M. Herpin, a voté récemment l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil général déclare que les conditions particulières à l'enseignement de la médecine nécessitent que la limite d'âge ne soit pas abaissée au-dessous de 70 ans, et cela pour tous les professeurs.

« Et se plaçant en dehors de toute question de personne et en dehors de toute discussion des mérites incontestables de quiconque,

« Considère que l'établissement d'une liste officielle de professeurs exceptionnels constitue, par le fait même, une injustice pour ceux d'entre eux qui, malgré leur haute valeur reconnue tant en France qu'à l'étranger, s'en trouvent exclus ;

« Que d'autre part, cette mesure est susceptible de leur porter le plus grave préjudice, tant moral que matériel ;

« Leur adresse l'expression de sa confiance et de son estime ;

« Et demande que ces mesures parfaitement injustifiées soient rapportées. »

BIBLIOGRAPHIE

Nouvelle publication. — Nous venons de recevoir les deux premiers fascicules des « *Annali dell' Istituto Carlo Forlanini* » (1). Cette publication, mensuelle, dirigée par M. le professeur Eugenio Morelli, l'éminent directeur de l'Institut, a pour rédacteur en chef le prof. A. Omodei-Zorini. Elle réunira tous les travaux du célèbre Institut, jusqu'ici épars dans diverses publications. Les *Annales* permettront de connaître dans leur ensemble les travaux des nombreux chercheurs de la grande famille de l'Institut.

Le premier travail publié est dû au professeur Morelli ; il est intitulé : « *I disintégrati del bacillo di Koch ottenuti per via meccanica* ». Un appareil, inventé par l'auteur, permet d'obtenir des solutions de fractions bacillaires non altérées par des manipulations chimiques ou par des phénomènes de lyse.

Cobayes et lapins, traités avec le « disgregat » démontrent une certaine résistance à l'infection tuberculeuse et, comme le « disgregat » bacillaire ne possède pas de stimulants tuberculogènes, on entrevoit la possibilité d'une réponse immunitaire même en l'absence d'altérations spécifiques.

Ce remarquable travail est suivi de plusieurs articles de Daddi et Cattaneo, Scoz et Cattaneo, Moroello Morellini, Sedriks et P. Peccioni.

F. L. S.

(1) Monteverde Nuovo, à Rome.

REVUE GÉNÉRALE

LA DYSOSTOSE CLÉIDO-CRANIENNE (1)

(MALADIE DE PIERRE MARIE ET SAINTON)

PAR MM.

G. CARRIÈRE, professeur de clinique médicale

Claude HURIEZ, professeur agrégé

à la Faculté de Médecine de l'Université de Lille.

et G. DÉCAMPS

Du groupe si confus des malformations osseuses congénitales, Pierre Marie et Sainton isolèrent en 1897 « la *dysostose cléido-cranienne héréditaire* », affection qui porte justement le nom de ceux qui avaient été les premiers à en préciser les trois caractéristiques essentielles :

a) La *dystrophie cranienne* consistait en un développement exagéré du diamètre transversal du crâne, avec absence de soudure osseuse et retard plus ou moins considérable dans l'ossification des fontanelles.

b) L'*aplasie claviculaire* plus ou moins complète.

c) La *transformation héréditaire* d'une dystrophie osseuse, qui devait être rangée dans le cadre des *maladies familiales*.

Malgré la publication dans la littérature médicale de plus d'une centaine de cas de dysostose cléido-cranienne, les études d'ensemble ont été suffisamment exceptionnelles pour justifier une *revue générale* du sujet, dont la dernière mise au point remonte à plus de trente ans, avec le travail, capital d'ailleurs, de Villaret et Francoz en 1905.

ETUDE CLINIQUE

A. — Les malformations claviculaires

L'aplasie claviculaire est certainement le symptôme capital, car le plus constant, de la maladie de Pierre Marie et Sainton.

Néanmoins une jeune fille de la famille étudiée par Villaret et Francoz présentait uniquement les stigmates craniens de la dystrophie et n'avait aucune anomalie des clavicules, mais cette observation reste unique dans la littérature médicale.

L'aplasie claviculaire est le plus souvent *bilatérale*; dans les rares cas, où l'agénésie est unilatérale, il existe une dépression à la partie moyenne de la clavicule complète.

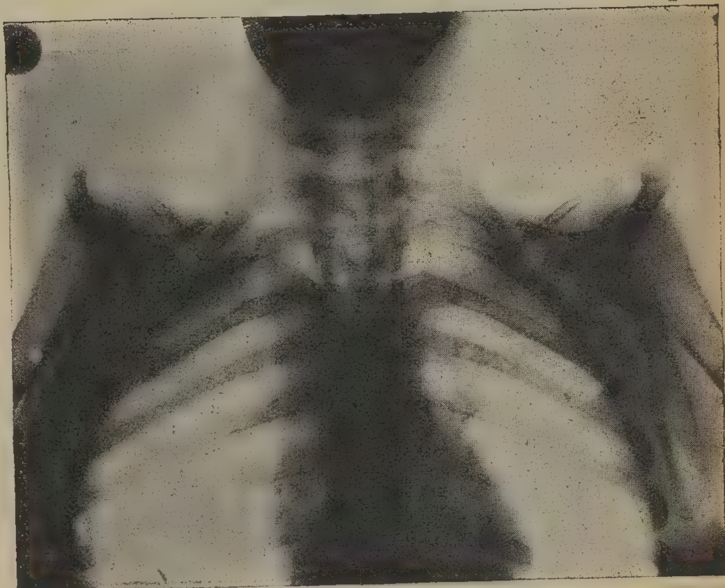
L'absence totale des 2 clavicules est tout aussi exceptionnelle : elle n'a été signalée que par Gibert, Hamilton et Morand, et plus récemment par Delchef et Ory. Dans les deux cas de Niemeyer et de Brindeau une seule clavicule manquait entièrement.

Le plus souvent, il existe des rudiments claviculaires :

1) Dans près de 40 p. 100 des observations, on note un seul fragment :

a) Quand il est *externe, para-acromial*, il y a une ébauche de relief claviculaire qui disparaît à quelques centimètres de l'acromion. Comme il nous a été donné de l'observer chez une malade, l'extrémité libre et interne de ce fragment fait parfois une saillie sous-cutanée ; elle est émoussée et présente une mobilité en touche de piano.

b) Au cas beaucoup plus fréquent de *rudiment parasternal isolé*, on note une inégalité de développement des fragments droit et gauche. L'ébauche claviculaire reste alors généralement au stade cartilagineux, ainsi qu'en témoignent les radiographies de Horstein, de Pierre Marie et Sainton, de Couvelaire, de Villaret et Francoz. Elle est articulée plus ou moins lâchement avec le sternum, cependant que sa pointe libre est plus ou moins acérée et mobile ; elle peut tendre la peau, en raison de sa direction anormale, soit horizontale, soit oblique en haut et en dehors.



Cliché 1.

Noter l'agénèse claviculaire (fragment acromial bilatéral), l'absence du manubrium sternal et le spina bifida de D1.

Dans l'observation de Couvelaire, cette extrémité est libre ; parfois elle donne insertion à un trousseau fibreux qui s'attache par ailleurs à l'apophyse coracoïde ou à la cavité glénoïde. L'existence de ce ligament, admise par Villaret et Francoz dans certaines de leurs observations, a pu être affirmée dans une dissection de Scheuthauer, cependant que l'examen anatomique de Todd permettait de la mettre en doute.

2) *Dans plus de 60 p. 100 des observations, on trouve mention de deux fragments externe et interne*, dont la disposition varie d'un côté à l'autre. Hult-Krantz notait un chevauchement du segment sternal par le rudiment acromial, cependant que Pinard et Varnier décrivaient une disposition strictement inverse. Leurs extrémités peuvent être réunies soit par une pseudarthrose, soit par un trousseau fibreux. Elles peuvent également rester libres et présenter une assez grande mobilité.

Le *calibre* de ces tronçons est exceptionnellement égal à celui d'une clavicule normale ; il est parfois assez grêle pour justifier les comparaisons avec celui d'une plume d'oie ou d'un crayon. L'effilement progressif est constamment noté, de l'articulation sternale ou acromiale, vers l'extrémité libre.

(1) Travail de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille.

La *structure* de ces ébauches claviculaires est généralement moins dense que celle de l'os normal ; leurs contours apparaissent fortement estompés sur les radiographies. L'arrêt de leur développement au stade cartilagineux les rend parfois invisibles sur les clichés et cette notion suffit à expliquer d'apparentes contradictions entre les données cliniques et radiologiques, comme dans le cas de R. Voisin et Macé de Lépinay.

Des anomalies claviculaires, il importe de rapprocher celles du sternum, des côtes et des omoplates, car de leur coexistence découlent l'aspect anormal du thorax, les modifications de la statique des épaules, la limitation des mouvements normaux et la possibilité des mouvements anormaux au cours de la dysostose cléido-cranienne.

Le *sternum* est le siège soit d'anomalies de développement, soit de déformations.



Cliché 2



Cliché 3

L'axyphoïdie, parfois signalée, est sans grand intérêt, mais il faut attacher plus d'importance à l'observation de Van Neck où la radiographie montrait chez un enfant de 16 mois l'absence de fusion de plusieurs noyaux symétriques, d'ailleurs plus petits que normalement.

Dans notre observation, il n'y avait pas de manubrium sternal et cette agénèsie doit être assez fréquente dans les cas analogues au nôtre, où il n'existe que des rudiments claviculaires para-acromiaux et aucun segment parasternal.

— L'absence complète de sternum est enfin signalée dans l'autopsie de Morand d'un enfant qui ne vécut que 20 heures.

— Dans l'observation de R. Voisin et de M. de Lépinay, le sternum était projeté en avant et à droite. Mais la déformation la plus fréquemment relevée consiste en l'existence d'une dépression ou rainure verticale médiane, d'une véritable « pliure » du sternum; plus ou moins accusée, assez importante dans le cas de Langmead « pour qu'on y puisse loger la moitié d'une orange ordinaire ».

Les *côtes* sont plus respectées par la dystrophie : les auteurs n'ont guère noté que la mobilité anormale en touche de piano de cartilages costaux (Chevalley et Garcin), des saillies anormales des articulations chondro-sternales (Salmon), des nouures d'allure rachitique (Chevalley et Garcin) ou encore un élargissement des espaces intercostaux (Mutel et Fourche).

Dans l'ensemble, la forme générale de la *Cage thoracique* est assez rarement normale. Le thorax était particulièrement étroit dans les observations de Brindeau, Witas et de Gross ; on notait un type *cervical* dans le cas de A. Léri et Lièvre ; par contre Blechmann et Mme Lavarde ainsi que Hirst et Louste relatent l'existence de *thorax globuleux* cependant que J. Salmon et Villaret et Francoz ont observé des *thorax en carène*.

Les *omoplates* présentent assez fréquemment des *saillies osseuses anormales* et des aplasies partielles, ou subissent un *déplacement pathologique* du fait de la déficience claviculaire.

Le déplacement d'insertions musculaires ou l'hyperactivité de certains muscles sont sans doute responsables soit de la production d'exostoses au niveau de la cavité glénoïde, ou de l'apophyse coracoïde, soit encore de la saillie exagérée des *tubercules du trapèze*, dans 3 des cas de la famille étudiée par Villaret et Francoz.

Les *agénèsies* sont plus rares : Sorrel, Oberthur et Chauveau ont noté cependant une aplasie de la cavité glénoïde, cependant que dans l'observation de Voisin et Macé de Lépinay l'acromion présentait un retard d'ossification.

La *statique* des omoplates est très souvent troublée. Leur relief est en général très accusé et dans la moitié des cas, le décollement des bords spinaux du gril costal réalise l'aspect classique des « scapulae alatae ».

Mais la déficience claviculaire et le décollement scapulaire engendrent surtout, dans plus des trois quarts des observations, un *abaissement et une saillie antérieure*, véritablement caractéristiques, *du moignon de l'épaule en position de repos.*

L'acromion déborde la tête humérale et il se produit une profonde encoche sous-acromiale comme dans les luxations antéro-internes de l'épaule.

En l'absence de tronçon claviculaire para-acromial, cette dépression est particulièrement nette, et l'on y perçoit facilement les battements de la sous-clavière.

Au niveau de la ceinture scapulaire, *il n'y a guère de troubles* de la *mobilité volontaire* : la plupart des sujets restent ainsi dans l'ignorance de la dystrophie dont ils sont atteints, en raison de leur aptitude à exercer tous les métiers, même les plus pénibles.

Rares en effet sont les observations qui signalent soit une fatigabilité rapide au niveau des membres supérieurs, soit l'impossibilité de porter ou de soulever des fardeaux (Pierre Marie et Sainton), soit encore une limitation de l'abduction. Enfin quand elles purent être pratiquées, les réactions électriques soulignaient l'intégrité des muscles et des nerfs.

Mais il faut cependant insister sur la *fréquence des mouvements anormaux* : la plupart des publications sont illustrées par des photographies affirmant la possibilité d'un rapprochement forcé antérieur des épaules d'autant plus complet que les segments claviculaires sont plus rudimentaires. Il est possible également de provoquer un contact postérieur des épaules ou tout au moins des bords internes des omoplates : ce fait était particulièrement net chez notre malade, mais il a été beaucoup moins fréquemment signalé que le contact antérieur.

Scheuthauer a enfin noté la production de bourses séreuses supplémentaires du fait de ces mouvements anormaux.

En l'absence des clavicules, la statique et la dynamique de l'épaule sont donc assurées par le seul appareil musculo-aponévrotique.

L'étude de la mobilité de la ceinture scapulaire dans la dysostose cléido-cranienne diminue singulièrement l'importance attribuée par les anatomistes classiques, à la clavicule dans le soutien des membres supérieurs.

B. — Anomalies du squelette cranio-facial

Les modifications céphaliques consistent, d'après la description princeps de Pierre Marie et Sainton, *en une saillie du front, avec relief exagéré des bosses frontales séparées par un sillon médian, en un élargissement transversal de la voûte cranienne par accentuation des bosses pariétales, en la persistance des espaces membraneux des sutures et fontanelles jusqu'à des âges parfois très avancés, et finalement en une atrophie faciale plus ou moins accusée.*

Mais cette dystrophie cranienne n'est pas aussi constante que l'aplasie claviculaire ; elle peut certes manquer, mais surtout elle doit passer souvent inaperçue.

Les modifications les plus fréquentes affectent le frontal : Dans près de la moitié des observations, les auteurs insistent sur la saillie des bosses frontales et sur l'existence d'un sillon médio-frontal, parfois large de plusieurs centimètres, descendant en bas jusqu'à la racine du nez et remontant vers la suture bregmatique.

Sur les radiographies de face, l'écaille du frontal peut apparaître complètement ossifiée, mais nous avons cependant retrouvé une quinzaine de cas analogues à celui de notre malade, avec large béance de la suture métopique dont les lèvres restent séparées par un pont de tissu osseux beaucoup plus mince.

Sur les clichés de profil, on décèle dans 20 p. 100 des cas, une clarté anormale au niveau de la suture fronto-pariétale qui apparaît non ossifiée ou même déprimée en un véritable sillon.

Tous les films objectivent enfin : d'une part, la petite taille du frontal par rapport au développement considérable des segments moyen et postérieur de la voûte cranienne, d'autre part, la décalcification diffuse de cet os.



Cliché 4 — Crâne de face



Cliché 5 — Crâne de profil

L'élargissement transversal de la voûte cranienne est engendré par une saillie exagérée des bosses pariétales. Le diamètre bipariétal, normalement égal à 160 mm., peut atteindre 180 mm. et plus.

L'existence d'un sillon inter-pariétal prolongeant le sillon médio-frontal n'est signalée que dans deux cas (Pierre, Salmon).

Les écailles temporales sont peu développées, mais assez fréquemment il y a saillie de l'écaille de l'occipital, avec ressaut post-lambdoïdien.

Le degré de calcification de ces os est généralement aussi insuffisant que celui du frontal. Parfois même (Gibert, Voisin, Van Neck) il existe des lacunes plus ou moins importantes de la voûte. Dans l'observation de Voisin, Macé de Lepinay et Infroit, seuls le frontal, la base du temporal et un peu de l'occipital étaient bien ossifiés et opaques aux rayons X : les auteurs

estimaient que les circonvolutions cérébrales étaient visibles au niveau de la voûte, mais cette constatation, unique dans la littérature médicale, a été fréquemment contestée.

La persistance d'espaces membraneux au niveau des sutures et des fontanelles représente une des caractéristiques les plus nettes de la dystrophie cranienne de la maladie de Pierre Marie et Sainton.

Normalement, le lambda se ferme entre le 3e et le 6e mois de la vie, la fontanelle mastoïdienne entre le 12e et le 18e, cependant que l'ossification du bregma est complète entre 18 mois et 2 ans, à 3 ans au plus tard. « Il n'en est pas de même dans la dysostose cléido-cranienne » écrivent Villaret et Francoz, qui rencontrent fréquemment, en dehors des onze cas rapportés par Couvelaire, une largeur inusitée des fontanelles chez les enfants et leur persistance chez l'adulte. Il n'est que deux observations sur les 37 du tableau de ces auteurs, où les fontanelles soient complètement ossifiées, elles concernaient une fillette de 8 ans et une jeune fille de 22 ans. Nous avons retrouvé pareille calcification chez un enfant de 7 ans, une femme âgée de 23 ans et une âgée de 70 ans. Dans tous les autres cas il y a retard d'ossification ou même persistance de l'état membraneux des fontanelles.

Chez un nourrisson examiné dès la naissance par Brindeau, il existait un élargissement considérable des fontanelles. réunies en une seule par un pont membraneux ininterrompu, large de deux doigts au moins, allant de la base du nez à la partie postérieure de la voûte.

Chez un enfant de 21 mois, Villaret et Francoz notent une fontanelle unique, lambdo-bregmatique, mesurant 20 cm. de longueur et atteignant par places 6 cm. de largeur.

Dans la liste des cas publiés de dysostose cléido-cranienne, il existe de multiples observations d'enfants âgés de moins de 3 ans, chez lesquels les fontanelles ne sont pas ossifiées et persistent anormalement étendues. Dans la famille étudiée par Villaret et Francoz, la soudure des fontanelles ne s'est faite qu'à 10 ans chez la mère, à 9 ans chez l'aînée de ses enfants, à 7 ans chez la cadette.

Nous avons parcouru des observations de sujets de 16, 18, 19, 23, 49 et 52 ans qui présentent encore une zone déprimée au niveau du bregma, plus ou moins déhiscent. L'absence de synostose des os de la voûte au niveau du lambda est signalée également chez des sujets âgés respectivement de 18, 39, 52 et 56 ans.

Ces fontanelles, anormalement persistantes, peuvent être le siège de battements (Pierre, Salmon, Villaret et Francoz) ou présenter une impulsion à la toux (Crouzon et Bouttier). Elles sont longtemps formées d'une membrane mince, de consistance molle, déprimée ou largement dépressible, qui mettra parfois 50 ans pour acquérir la dureté de l'os.

Scheuthauer avait signalé la *présence de nombreux os wormiens* mobiles et parfois animés de battements, au niveau des sutures sagittales et lambdoïde, bien avant que la radiologie ne révélât l'éparpillement de petites pièces osseuses le long des sutures qu'elles combleront petit à petit.

Les mêmes retards et anomalies d'ossification peuvent être observés au niveau des autres sutures. Blechmann, Villaret et Francoz ont noté un écartement de près d'un centimètre entre les os cependant que Chevalley et Garcin ainsi que Van Neck insistaient sur *l'aspect dentelé des sutures.* Chez notre malade, les synostoses fronto-pariétale et pariéto-occipitale étaient le siège de fines dentelures innombrables dont les bords atteignaient parfois un et deux centimètres de profondeur.

L'intégrité de la base du crâne doit être opposée à ce remaniement profond de la voûte. Dans les deux cas de Scheuthauer une « pliure » de la base est cependant signalée, mais ce fait reste unique. La selle turcique apparaît toujours normale sur les trop rares clichés de profil de crânes qui illustrent les publications de cas de dysostose cléido-cranienne.

Toutes ces anomalies impriment au crâne un *aspect général spécial.* Dans cinq cas, les sujets avaient été considérés comme hydrocéphales à leur naissance : c'est ainsi qu'on avait prédit l'idiotie d'une petite fille étudiée par Pierre Marie et Sainton, dont le psychisme se développa ultérieurement très normalement et dont les sutures craniennes se fermèrent vers 10 ans.

Nous avons trouvé des renseignements suffisants sur la forme des crânes de 27 sujets adultes, atteints de dysostose cléido-cranienne : Trois fois seulement, il était mentionné que le crâne était normal. Dans 13 cas, il s'agissait de « gros crâne » et deux fois de « crâne énorme ». De façon plus précise, le crâne méritait une fois le qualificatif de oxycéphale, une fois de mésaticéphale et sept fois de brachycéphale. Il semble que ce dernier type soit le plus fréquent, au cours de la maladie de Pierre Marie et Sainton, à son stade définitif.

Le crâne apparaît d'autant plus volumineux qu'il surplombe un *massif facial plus ou moins atrophié.* La diminution nette du diamètre vertical minimum contraste en effet avec l'augmentation du diamètre bipariétal. Et pour reprendre les termes de Villaret et Francoz, il en résulte « une pseudo-hydrocéphalie due à l'atrophie réelle de la face d'une part et à l'écartement excentrique des os de la voûte d'autre part ».

La réduction du relief facial prédomine au niveau du *nez,* qui est déprimé à sa racine dans plus de 90 p. 100 des cas. Par ailleurs, dans une dizaine d'observations, le squelette nasal est dévié, le plus souvent vers la droite.

La *saillie des globes oculaires* est assez fréquente dans la dysostose cléido-cranienne. Il s'agit surtout de pseudo-exophtalmie car le retrait du rebord orbitaire inférieur est le plus souvent le seul responsable de cet exorbitisme apparent.

Le relief des pommettes peut être soit exagéré (Blechmann et Mme Lavarde) soit estompé, du fait d'un arrêt de développement des apophyses zygomatiques (Hirtz et Louste) qui dans un cas de P. Marie et Sainton étaient séparées des os malaires par un hiatus de près de 1 centimètre.

Le maxillaire supérieur était légèrement projeté en avant dans le cas de Crouzon et Bouttier, mais le plus souvent il est étroit (Thiers, Nahan, Salmon) ou diminué de hauteur (Brindeau).

Bien que dans l'observation de Salmon le menton fût presque inexistant, le prognathisme du maxillaire inférieur est des plus fréquents, ainsi que la diminution du diamètre transversal de la mandibule, l'atrophie des apophyses coronoïdes et l'exagération d'ouverture de l'angle de la branche horizontale et de la branche montante.

La *voûte palatine* n'apparaît normale que dans 4 cas, elle est assez étroite, parfois en « tranchée », mais elle est décrite *ogivale* dans la quasi-totalité des observations. Par ailleurs un défaut de soudure des palatins entraîne assez fréquemment la formation, soit d'une cavité borgne, punctiforme au point le plus élevé de la voûte (Villaret et Francoz), soit d'une fente médiane (Hirtz et Louste, Pierre Marie et Sainton).

Signalons enfin l'absence d'anomalies des sinus dans les cas trop rares où fut faite leur étude radiologique.

Mais de toutes les malformations faciales, les anomalies dentaires sont certainement les plus importantes, tant par leur fréquence que par leur diversité. — Les malades de Chevalley et Garcin, de Mutel et Fourche, trois des 18 sujets étudiés par Langmead sont les seuls à présenter une dentition normale.

En 1911, Mouchet donna la première bonne description de la dystrophie dentaire, qu'il considère comme constante au cours de la maladie de Pierre Marie et Sainton.

La première dentition est très souvent tardive et incomplète (absence notamment des incisives supérieures), mais elle peut persister jusqu'à 12 ans, voire définitivement, car certains de ces sujets n'ont jamais eu de deuxième dentition. Cette dernière apparaît le plus souvent tardivement et ne s'épanouit jamais complètement, elle est constituée par un nombre infime de dents, qui coexistent avec des dents de lait. Le développement de dents de sagesse n'a jamais été observé chez ces sujets, qui peuvent cependant être porteurs de dents surnuméraires.

Toutes ces dents sont, en général, profondément déminéralisées, elles ne sont pas toujours recouvertes d'émail et sont vite la proie de caries. L'édentation complète n'est pas rare dès la trentaine.

Ces dents sont, le plus souvent, mal formées, petites, cupuliformes, à bords crénelés ou à stries transversales. Mais seul Gabrielle a constaté un aspect typique « en dent d'Hutchinson ».

Leur implantation est tout aussi défectueuse sur des rebords alvéolaires parfois diminués de hauteur : elles chevauchent les unes sur les autres ou sont disposées en créneaux, ou font saillie vers la langue ou la joue qu'elles peuvent ulcérer. Les radiographies de la mâchoire de notre malade révèlent bien le désordre et l'anarchie des implantations dentaires ainsi que l'existence de dents restées incluses dans les maxillaires. L'articulé est le plus souvent mauvais : en constriction, les arcades dentaires restent séparées par un espace losangique médian.

En somme la fréquence de ces dystrophies dentaires doit être longuement soulignée. Bien qu'elles ne soient réellement spécifiques elles méritent cependant d'être placées en raison de leur quasi-constance, aussitôt après l'aplasie claviculaire et la malformation cranienne dans le tableau de la maladie de Pierre Marie et Sainton, *véritable dystrophie cléido-cranio-dentaire* ».

C. — Développement général et autres malformations osseuses

En dehors de l'aplasie claviculaire et de la dystrophie cranienne, la plupart des publications n'insistent guère sur les autres manifestations squelettiques de la maladie de Pierre Marie et Sainton.

I. *Le développement général, au cours de la dysostose cléido-cranienne pèche cependant par défaut.*

La *taille* de ces sujets est *particulièrement petite* : chez vingt-deux adultes, où elle était mentionnée, nous relevons 9 cas où la taille était inférieure à 1 m. 50, 3 cas où elle était comprise entre 1 m. 50 et 1 m. 60, huit cas de « petite taille » (sans autres précisions) et deux cas seulement où elle dépassait 1 m. 60 (1 m. 64 et 1 m. 70).

Chez onze enfants, en éliminant les nourrissons et les enfants en bas âge, nous n'en relevons que deux à taille normale (1 m. 14 à 9 ans, 1 m. 18 à 10 ans), cependant que les neuf autres sont anormalement petits (1 m. 29 à 16 ans par exemple). Mais l'expression la plus saisissante de cette insuffisance de développement était certainement fournie par le malade de Thiers et Nahan : atteint de dysostose cléido-cranienne, il réalisait par ailleurs le type du « Progéria » de Gilford. Il ne mesurait que 1 m. 25 à 14 ans, 1 m. 27 à 16 ans, et 1 m. 31 à 19 ans, cependant que son poids ne passait en 5 ans que de 20 kg. 300 à 23 kg. 200. La coloration jaune d'une peau flasque et ridée, l'absence de tout pannicule adipeux sous-cutané, l'existence de déformations articulaires analogues à celles du rhumatisme chronique lui donnaient l'aspect caractéristique du « nanisme sénile ».

De cette insuffisance staturale, il nous faut rapprocher les données concernant le *poids* des sujets : Les auteurs qualifient le plus souvent les enfants de « malingres », de « chétifs », cependant que le poids des adultes reste, dans sa modicité, proportionnel à leur taille.

Nous n'avons trouvé enfin de renseignements sur le début de la marche que dans une douzaine d'observations. Dans 3 cas, les premiers pas s'effectuèrent à un âge normal, mais il y eut un *retard très net de la marche*, chez les autres qui ne purent marcher qu'entre 2 et 5 ans.

Ces notions vaudraient d'être précisées sur une plus grande échelle, mais nous nous sommes heurtés trop souvent à la carence des observations ; néanmoins, elles nous semblent suffisantes pour considérer les sujets atteints de dysostose cléido-cranienne, comme des *hypotrophiques* à tous points de vue.

II. *Les anomalies au niveau des membres sont fréquentes et variées.* — Elles affectent exceptionnellement toute leur étendue, sauf dans le cas de Voisin, Macé de Lepinay et Infroit, de micromélie d'un membre supérieur. Toutes les autres anomalies sont segmentaires, consistant soit en déformations, soit en développements anormaux par excès ou par défaut.

a) Les *déformations* évoquent souvent le rachitisme, qu'il s'agisse d'incurvations des os longs dans un cas de Villaret et de Shermann, d'incurvation du radius et du cubitus ainsi que du fémur (R. Voisin et Lépinay), des tibias en lame de sabre (Villaret et Francoz), ou d'anomalies articulaires. Dans huit cas, l'existence d'un genu valgum est en effet signalée, des pieds bots sont notés dans cinq observations et quatre fois des pieds plats. Ces déformations n'entraînaient d'ailleurs guère de troubles dans la marche.

b) Les *hypertrophies osseuses* sont rares : Dans le cas de Salmon, le tiers supérieur de l'humérus avait une épaisseur double de la normale ; la partie inférieure du radius était élargie dans un cas de Carpenter et Langmead ; R. Voisin et Lépinay rapportent une saillie anormale des apophyses styloïdes du radius et du cubitus, cependant que leur malade avait également un poignet plus gros que normalement avec déjettement de la main en dehors.

c) Les *raccourcissements* sont exceptionnels au niveau des os longs (hormis la brièveté d'un humérus dans le cas de Salmon), mais ils ont été notés électivement au niveau de la main, qui était petite avec raccourcissement du pouce et de l'auriculaire dans le cas de Brindeau, avec égalité de longueur du médius de l'annulaire et de l'index dans le cas de Salmon. Mais, d'après Murk-Jansen, les *anomalies des phalanges seraient constantes*, tant au niveau des doigts que des orteils dans la dysostose cléido-cranienne : les phalangines seraient écourtées et les phalangettes atrophiques ne dépasseraient pas, ongle compris, un centimètre de longueur.

Enfin Crouzon rappelle une constatation de Regnault : lors de la flexion des phalanges sur les métacarpiens, il se dessine normalement deux plis cutanés. Dans la dysostose cléido-cranienne, la file des interlignes métacarpo-phalangiens se redresserait au lieu d'être courbe et, à la flexion, il n'y aurait plus qu'un seul pli, barrant transversalement toute la paume de la main. Cette constatation est restée isolée, semblable anomalie n'ayant jamais été signalée ultérieurement.

Des *lésions articulaires* ont été signalées au cours de la maladie de Pierre Marie et Sainton.

Les malades de Hirtz et Louste, de Langmead, présentaient une *laxité extrême* des appareils ligamenteux des mains, permettant une subluxation de toutes les phalanges. Crouzon et Bouttier ont décrit dans leur observation des mouvements anormaux au niveau des membres inférieurs. De même, Chevalley et Garcin notaient dans leur cas, une hyperlaxité au niveau des hanches.

C'était enfin une véritable *luxation congénitale* du radius en arrière sans luxation du cubitus, que décelèrent chez leurs malades Voisin et Macé de Lépinay.

Par contre, *certains mouvements sont parfois limités :* Sous le nom de « dysankie » Léri et Lièvre ont signalé la limitation à 120° de l'extension du coude, anomalie qu'ils ont observée dans une série de malformations congénitales du squelette. Chez le malade de Salmon enfin, il y avait, en l'absence de toute lésion osseuse, une limitation des mouvements des hanches et des genoux.

III. Les *malformations rachidiennes* ne sont pas rares, qu'il s'agisse de *déviations* ou *d'anomalies soit par excès, soit par défaut*.

Dans sept observations, on trouve en effet mention d'une *scoliose*, soit isolée, soit associée à une lordose ou à une cyphose. Dans un cas, il existait une cyphose dorsale pure et dans cinq autres, une ensellure lombaire plus ou moins profonde.

L'*hypertrophie des apophyses transversales de la 7e cervicale* a été signalée par Léchelle, Thévenard et Mignot et dans cinq des dix-huit cas de la famille étudiée par Langmead. A un degré de plus, Mouchet et Errard, Langmead, Gabrielle ont noté la production de véritables *côtes cervicales*.

De cette dorsalisation de la 7e cervicale, il faut rapprocher la lombalisation de la 1re sacrée du malade de Léchelle.



Cliché 6

Mais les observations récentes insistent sur l'existence de *spina bifida*, découverts seulement à l'occasion d'examens radiologiques complets du squelette, et ceci explique sans doute qu'ils n'aient pas été plus fréquemment signalés dans les premières observations.

La déhiscence des arcs postérieurs est notée au niveau des deux dernières vertèbres cervicales et des deux premières dorsales dans l'observation de Gabrielle, au niveau de CVII et DI dans le cas de Léchelle, Thévenard et Mignot, cependant que le malade de Léri et Lièvre avait un spina bifida de DI et de DIII et une ouverture presque complète de la face postérieure du sacrum.

Enfin notre observation mentionne l'existence d'un spina bifida de DI et de SI, cette dernière pièce présentant une tendance très nette à la lombalisation (fig. 6).

IV. Le *bassin* n'est pas épargné non plus par la dystrophie. Crouzon et Bouttier ainsi que Van Neck ont noté une agénèsie de la branche ischio-pubienne ; en outre la maladie de Crouzon et Bouttier présentait une cavité cotyloïde trop petite, et, comme notre malade, une absence de soudure de la symphyse pubienne. Dans l'observation de Gabrielle, il y avait un arrêt de développement bilatéral du corps du pubis. La fillette étudiée par Delchef et Ory avait une double coxa-vara congénitale et une absence des branches ischio-pubiennes.

Toutes ces malformations entraînent par ailleurs soit des rétrécissements du bassin (aplatissement transversal, déformation oblique ovalaire), soit des anomalies d'orientation (antéversion) qui rendent compte d'accouchements dystociques, ayant nécessité des symphyséotomies ou même des opérations césariennes (Pinard et Varnier ; Léchelle, Thévenard et Mignot).

V. Pour éviter de multiples répétitions, nous n'avons que fort peu insisté sur la *structure des os* dont nous décrivions les diverses anomalies morphologiques. Les données radiologiques et anatomo-pathologiques concordent cependant pour souligner l'*importance et la diffusion de la raréfaction* osseuse au cours de la maladie de Pierre Marie et Sainton.

Cette hypocalcification prédomine certainement au niveau du squelette cranio-facial, ou des segments d'os, voire des os entiers, peuvent rester à l'état d'ébauches membraneuses.

Mais de nombreuses observations relatent également la minceur de la corticale des os longs, qui sont particulièrement grêles. A l'autopsie d'une fillette morte à l'âge de 15 ans d'ostéomyélite aiguë, Gibert insiste sur le manque de consistance d'os qui sont véritablement amollis. Néanmoins des fractures spontanées n'ont pas été signalées. Enfin nous manquons de données biologiques, puisque la mesure de la calcémie n'avait jamais encore été effectuée au cours de la dysostose cléido-cranienne : une hypercalcémie légère (0,118 par la méthode de Hirth) fut relevée chez notre malade.

Mais néanmoins, il est permis de considérer la maladie de Pierre Marie et Sainton, comme une véritable dysostose par défaut, à localisations électives claviculaires, craniennes et dentaires, mais capable également de déformer n'importe quel point d'un squelette par ailleurs fort mal calcifié.

(A suivre.)

La vie sexuelle de la femme (Introduction à la gynécologie), par André Binet, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. Un vol. de 355 pages avec 72 figures (seconde édition revue et augmentée). Prix : 40 fr., aux éditions de l'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, à Paris (6e).

Fille ou garçon, comment avoir fille ou garçon, reconnaître la grossesse dès son début, connaître le sexe avant la naissance, par le docteur Jules Regnault. Un vol. de 298 pages, prix : 18 fr., aux Editions Médicis, 30, rue de Bellefond, Paris (9e).

ACTUALITÉS

NOUVELLES RECHERCHES DU PROFESSEUR S. YASHIRO (DE TOKYO) SUR LES LYMPHATIQUES DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ LA FEMME

La semaine dernière, sous la présidence du professeur Couvelaire, à la Clinique Baudelocque, le professeur S. Yashiro (de Tokyo), a exposé les résultats de ses recherches sur les lymphatiques des organes génito-urinaires de la femme.

Au nombre des auditeurs, on a remarqué le professeur Rouvière, dont les travaux sur le système lymphatique sont bien connus. M. S. Yashiro, partant de ce fait que les vaisseaux lymphatiques suivent toujours un trajet analogue à celui des artères ou des veines, et que les ganglions lymphatiques se trouvent le plus souvent dans les angles formés par la division des vaisseaux sanguins, a fait des recherches, suivant la méthode de Gerota, chez 56 nouveau-nés du sexe féminin.

Ses recherches ont porté sur les lymphatiques des grandes et petites lèvres, de la région clitoridienne, des glandes de Bartholin, de l'hymen, du tissu conjonctif sous-muqueux du vagin, de l'utérus, de la trompe, de l'ovaire, du ligament large, des régions de l'aine, du canal inguinal et de la veine ombilicale.

Les lymphatiques de la vulve sont au nombre de 10 à 15 vaisseaux de chaque côté, dont une partie gagne les ganglions inguinaux, les autres cheminant dans les grandes lèvres se terminent également aux mêmes ganglions ; il a montré qu'il existe des anastomoses dans le tissu cellulaire sous-cutané, de sorte qu'une affection de la grande ou de la petite lèvre d'un côté entraîne un envahissement bilatéral des ganglions.

Dans le tissu conjonctif sous-muqueux du vagin, les vaisseaux lymphatiques sont très nombreux, formant un réticulum très ténu, anastomosé avec ceux de la couche musculaire. Dans la muqueuse vaginale, il n'a pas pu trouver de lymphatique.

Dans la couche musculaire à fibres longitudinales, les lymphatiques ont une direction longitudinale ; au contraire, transversale dans la couche de fibres transversales ; les lymphatiques du vagin s'anastomosent en haut avec ceux de la partie vaginale du col, en bas avec ceux de la vulve, en avant avec ceux de la vessie, en arrière avec ceux du rectum. L'auteur classe ces lymphatiques en 5 groupes, d'après le trajet des vaisseaux sanguins : 1° les inférieurs gagnent les ganglions inguinaux ; 2° ceux qui naissent de la région de l'artère hémorroïdale moyenne traversent les ganglions hémorroïdaux pour aller aux ganglions hypogastriques, parfois le long de l'artère hémorroïdale moyenne, atteignant les ganglions ano-rectaux (10 cas sur les 56 étudiés) : 3° ceux de la région de l'artère vaginale vont directement dans les ganglions hypogastriques ; 4° ceux qui prennent naissance au voisinage des artères cervico-vaginales traversent un ou deux ganglions cervico-vaginaux, montent le long des rameaux artériels, avec les efférents du col utérin, pour se terminer dans les ganglions hypogastriques ; 5° enfin, mais rarement, quelques lymphatiques des parois, antérieure ou latérale, du vagin gagnent les ganglions vésicaux inférieurs ou les ganglions hypogastriques.

Quant à l'utérus, il y a une différence entre le réticulum des vaisseaux lymphatiques de la muqueuse du col et de la muqueuse du corps utérin. Les mailles formées par les capillaires lymphatiques dans le corps utérin sont très étroites, régulières, plates et sont étendues au sous-épithélium ; le réticulum des lymphatiques du col n'apparaît pas aussi régulier et s'étend dans la couche sous-muqueuse. L'auteur, ayant trouvé dans la paroi du vagin et de la vessie des anastomoses entre les lymphatiques de la muqueuse et de la musculaire, a supposé qu'il devait exister les mêmes anastomoses dans la paroi de l'utérus. Il a injecté les vaisseaux lymphatiques de la muqueuse en injectant dans la musculaire (les autres auteurs avaient injecté les lymphatiques de la musculaire en injectant la muqueuse) ; il a fixé au formol à 3 p. 100 cet utérus injecté, puis a fait des coupes. Avec ce procédé, dans 6 cas, il a constaté la parfaite injection des vaisseaux lymphatiques de la muqueuse de l'utérus.

Il a constaté également qu'il existe des anastomoses entre les lymphatiques de l'utérus et ceux de la trompe, de l'ovaire, du vagin, de la vessie, du ligament rond et du ligament large.

Les efférents du corps utérin se divisent en trois groupes : 1° Les 2 à 5 efférents de la partie moyenne, appelés par l'auteur vaisseaux lymphatiques utérins, se rendent aux ganglions hypogastriques, parfois dans les ganglions iliaques ; 2° 2 à 3, venus du fond, gagnent le plexus sous-ovarien ; un troisième groupe, formé de lymphatiques très fins, chemine sur la surface du ligament rond, le long de l'artère spermatique externe ; c'est là une découverte importante de l'auteur.

Dans la séreuse de l'utérus, les vaisseaux lymphatiques forment un réticulum fin, régulier, qui s'étend dans la couche sous-épithéliale et se jette dans les vaisseaux lymphatiques de la sous-séreuse. Dans le tissu conjonctif de celle-ci, les lymphatiques sont très gros, parfois 8 à 10 fois plus gros qu'à l'ordinaire, ils ont des valvules comme les efférents et envoient des troncs verticaux dans la musculaire. Il est important de connaître la direction de ces lymphatiques de la sous-séreuse, parce qu'ainsi on connaît en même temps celle des lymphatiques de la sous-muqueuse qui est identique. Cette disposition explique pourquoi le cancer du col s'étend d'une manière différente de celle du cancer du corps utérin. Les lymphatiques de la partie vaginale du col commencent dans la couche sous-épithéliale, forment dans la musculaire des parties élargies et quittent l'utérus au milieu du col pour gagner les ganglions hypogastriques.

Pour l'auteur, les lymphatiques de la portion ampullaire de la trompe se rendent dans le plexus sous-ovarien en formant 10 vaisseaux avec valvules ; ils cheminent, les uns le long de la frange ovarienne de la trompe, les autres suivant les rameaux tubaires de l'artère ovarienne. Il existe des communications entre les lymphatiques de la trompe et ceux de l'utérus, comme en témoigne une de ses préparations. Les lymphatiques de l'ovaire se rendent dans le plexus sous-ovarien, rejoignent ceux du corps utérin de la trompe et se terminent dans les ganglions lymphatiques lombaires. Les autres lymphatiques de l'ovaire suivent le trajet de l'artère utérine pour se jeter dans les ganglions hypogastriques.

Les communications entre les lymphatiques du rectum et du vagin révèlent une grande importance au point de vue clinique ; les ganglions situés le long de l'artère vaginale devraient être appelés ganglions vaginaux ; quant aux ganglions situés le long des rameaux cervico-vaginaux de l'artère utérine, ils doivent être nommés ganglions cervico-vaginaux.

Les ganglions lymphatiques inguinaux profonds, au nombre de 2 à 4, sous le fascia lata, ne sont pas des ganglions de passage pour les lymphatiques profonds de la jambe, mais paraissent être des ganglions superficiels transposés dans la profondeur.

D'après les recherches de l'auteur, le nombre des ganglions inguinaux varie de 2 à 22, qu'il classe en quatre groupes : inférieur, supérieur, interne et externe.

Le groupe inférieur reçoit les lymphatiques de la jambe, le supérieur les vaisseaux lymphatiques épigastriques superficiels, l'interne les vaisseaux honteux externes et in-

guinaux moyens, l'externe les lymphatiques circonflexes iliaques superficiels et inguinaux latéraux. Ces 4 groupes envoient 2 à 30 efficients dans les ganglions iliaques externes.

Dans 5 cas, l'auteur a pu mettre en évidence 2 à 5 lymphatiques qui, le long de la veine ombilicale, gagnent les ganglions hépatiques, en traversant un ou deux petits ganglions appelés, par lui, ganglions ombilicaux. Des ganglions hépatiques, ils arrivent aux ganglions pancréatico-duodénaux en suivant le ligament hépato-duodénal.

Comme on le voit par cet exposé sommaire, les recherches si précises du professeur Yashiro éclairent d'un jour nouveau la question si discutée des lymphatiques génitaux chez la femme, et sont du plus grand intérêt tant au point de vue anatomique qu'au point de vue pathologique.

JEAN-MARIE LE GOFF.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 25 MAI 1937)

Epreuve d'exploration fonctionnelle du pancréas à l'huile iodée — M. F. TRÉMOLIÈRES, pour étudier la fonction externe du pancréas, a employé une technique nouvelle, mise au point par M. Cheramy.

L'épreuve consiste à faire absorber au malade le matin, à jeun, cinq capsules d'huile iodée correspondant à 1 gramme d'iode. A la faveur de l'absorption digestive de l'huile iodée, démontrée par divers travaux, l'iode passe dans l'urine, et, comme il est très diffusible et ne s'accumule pas, il est légitime de penser que son élimination est proportionnelle à son absorption. Il suffit donc de recueillir les urines de vingt-quatre heures et d'y doser l'iode par la technique de M. Cheramy. Chez les sujets normaux, le pourcentage de l'iode éliminé par rapport à l'iode ingéré est voisin de 50 p. 100.

Cette méthode ne permet d'apprécier que la sécrétion de la lipase. Mais, d'un bout à l'autre du tube digestif, trop de diastases peuvent ajouter leur action à celle de l'amylase et de la trypsine pour qu'on puisse apprécier exactement celle-ci. L'effet de la lipase pancréatique, au contraire, est comparativement trop supérieur à celui de la lipase intestinale pour que son évaluation en soit gênée.

Appliquée chez plus de 200 malades, cette épreuve a donné les résultats suivants :

1° Lorsque, d'après l'analyse coprologique après repas d'épreuve, il semble n'exister qu'une insuffisance pancréatique pure, la proportion d'iode éliminé est, en général de 20 à 30 p. 100, toujours supérieure à 13 p. 100 et nettement inférieure à 50 p. 100.

2° C'est dans le cas où les insuffisances pancréatique et biliaire sont associées qu'on trouve les pourcentages les plus bas, inférieurs à 25 p. 100 et descendant même à 5 et 3 p. 100 dans les cancers de la tête du pancréas.

3° Quand l'analyse coprologique ne fournit aucun indice de l'altération des fonctions biliaire et pancréatique, l'assimilation digestive de l'huile iodée est voisine de 50 p. 100.

Cette méthode, qui ne nécessite aucune intervention directe sur le malade et ne comporte que des manipulations chimiques simples et d'appréciation facile, paraît mériter de prendre place parmi les procédés d'exploration fonctionnelle de la sécrétion externe du pancréas.

L'expérience des écoles de plein air et ses applications aux programmes de la pédagogie nouvelle. — M. P. ARMAND-DELILLE rappelle les résultats obtenus dans les écoles de plein air qui se sont organisées depuis 30 ans en France et dans d'autres grandes nations voisines, résultats rapportés en 1936 au 3e Congrès international pour l'éducation en plein air, qui s'est tenu en Allemagne. Ces remarquables résultats sont dus à l'action combinée de l'exercice quotidien, de l'aération permanente complétée par l'héliothérapie ; ils réalisent en 18 mois une transformation complète de l'enfant débile et hypotonique en un sujet musclé, avec status correct et bon développement thoracique, en même temps que son état psychique revient à l'équilibre. Arrivé déprimé ou nerveux, il s'épanouit, devient actif et pondéré, ses aptitudes au travail intellectuel se développent en même temps que son activité physique.

L'auteur insiste sur la possibilité pour tous les élèves des écoles primaires et secondaires de bénéficier des mêmes avantages, si les programmes réservaient chaque jour, comme le demande M. Dézarnaulds, sous-secrétaire d'Etat de l'Education physique, plusieurs heures de classes aérées, et l'exercice au grand air complété dans les saisons propices par les bains de soleil, les jeux sur terrains appropriés, qui peuvent être créés même dans les grandes villes, ainsi que l'a montré l'expérience du Bastion 42.

Ces questions vont faire l'objet, le 6 juillet prochain, pendant le Congrès de médecine scolaire et d'éducation d'une des Journées internationales de la Santé publique physique, et aboutiront, il faut l'espérer, à des modifications des programmes scolaires.

La fièvre ondulante d'origine bovine en Franche-Comté. — MM. LEDOUX, BATAILLON, MARÉCHAL et PICARD.

Séances spéciales. — A la fin du mois de juin, à l'occasion des congrès médicaux qui attireront beaucoup de médecins étrangers, l'Académie tiendra deux séances spéciales, l'une consacrée au *Repeuplement*, l'autre à la *Médecine coloniale.*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


HYPERTENSIONS
ET TOUS ÉTATS SPASMODIQUES
DE LA MUSCULATURE LISSE
Gélules
Benzoate de Benzyle
OLÉTHYLE-BENZYLE
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, Rue du Faubourg St Honoré
PARIS VIIIe


CURE DE
DIURESE
EVIAN
SOURCE
CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE
GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

N° 44. — MERCREDI 2 JUIN 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE



INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — (Nomination, 2e concours). — MM. les docteurs Padovani, 17 ; Longuet, 19 ; Gosset, 20 ; Sauvage, 18.

CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. (Nomination). — Séance du mardi 25 mai 1937, à 17 h. Epreuve d'interprétation de clichés radiologiques. MM. les docteurs Stuhl, 13 ; Mme Baude, 11 ; Brunet, 13 ; Peuteuil, 14 ; Codet, 9.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Lecture des copies d'obstétrique et de pathologie médicale :*

Séance du 24 mai : MM. les docteurs Martel, 7+16=23 ; Fabre, 8+19=27 ; Mlle Helman, 7+16=23 ; Eliet, 7 plus 14=21 ; Delor, 8+11=19 ; Debray Charles, 11+18=29 ; Mme Duhamel, 7+13=20 ; Martini, 7+12=19 ; Bréhier, 7+17=24 ; Doukan, 7+18=25 ; Dormay, 13+17=30.

Epreuve clinique et rédaction d'ordonnance.

Séance du 26 mai : MM. les docteurs Martini, 9+3=12 ; Deparis, 16+8=24 ; Mlle Tisserand, 7+3=10 ; Laforge, 7+3=10.

Hospices d'Arles. — A la suite d'un concours ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier, M. Jean Gorodiche a été proposé à la Commission administrative des hospices d'Arles, comme chirurgien de ces hôpitaux.

titres, ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier, M. Schaeffer, de Béziers, a été proposé en première ligne à la nomination de la Commission administrative des **Hôpitaux de Béziers.** — A la suite d'un concours sur hospices de Béziers, comme médecin titulaire de ces hôpitaux.

Hôpital-hospice d'Orléans. — Un concours pour la nomination d'un interne titulaire et de deux internes provisoires, aura lieu à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, le lundi 2 août 1937, à 10 heures.

Pour tous renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser au directeur de l'hôpital-hospice.

Hospices civils de Versailles. — Un concours pour la nomination de douze internes en médecine (six titulaires et six provisoires) aura lieu les lundi 5 juillet et mardi 6 juillet 1937. Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser au directeur de l'hôpital civil, à Versailles, de 9 à 11 h. et de 14 à 16 h., samedi après-midi, dimanches et fêtes exceptés.

Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Les élections aux fins de compléter le conseil supérieur de l'Assistance publique auront lieu le 18 juin 1937, pour deux représentants et deux suppléants des hôpitaux et hospices.

Le *Journal officiel* du 28 mai 1937 publie la liste des hôpitaux et hospices appelés à concourir à ces élections.

Guerre. — Sont déclarées vacantes à l'*Ecole d'application du S. S. des troupes coloniales à Marseille*, les chaires de clinique thérapeutique et spécialités chirurgicales ; de médecine opératoire, appareillage orthopédique et obstétrique ; de clinique médicale et pathologie exotique.

Sont déclarés vacants à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales :

Un emploi de professeur agrégé de clinique thérapeutique et de spécialités chirurgicales ;

Un emploi de professeur agrégé d'ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie ;

Un emploi de professeur agrégé de neuro-psychiatrie et médecine légale ;

Un emploi de chef de service de stomatologie ;

Un emploi de chef de service d'électro-radiologie et physiothérapie.

(*J. O.*, 27 mai 1937.)

Ministère du Travail. — Ont été nommés ou maintenus membres de la Commission supérieure des maladies professionnelles pour une période de quatre années, à compter du 25 avril 1937 :

MM. Capitant, le professeur Balthazard, le docteur Jules Renault, le professseur Etienne-Martin, Gounod, Guyard, Bothereau, Biot, Florentin et Guy Hausser.

Médaille d'honneur de l'Education physique. — *Médaille d'or :* M. le médecin colonel Lannes-Dehore, à Paris, M. le docteur Barlatier, à Romans.

Médaille de bronze : M. le docteur Groves, à Barcelonnette.

Marine. — M. le médecin général de 2e classe Cazeneuve est nommé directeur du Service de santé de la 1re région maritime à Cherbourg.

— M. le médecin en chef de 1re classe Hamet est nommé chef du Service de santé à Rochefort.

— M. le médecin en chef de 2e classe Branger est nommé adjoint au directeur du Service de santé de la 3e région maritime, à Toulon.

— M. le médecin principal Grosso est nommé médecin major du ministère.

Comité international de la Lumière. — Le 1er juillet 1937, le Comité international de la Lumière tiendra, à Paris, la réunion annuelle prévue par ses statuts, sous la présidence de son président en exercice : le docteur H. Jausion, ancien professeur agrégé du Val de Grâce, médecin chef, directeur des laboratoires de l'hôpital franco-musulman.

S'inscrire sans cotisation, mais sans délai aussi, soit chez le docteur Jausion, 21, rue Théodore-de-Banville, Paris, soit auprès du docteur Schreiber, secrétaire général, 1, Robert-Koch-Platz, Berlin NW 7.

Société d'urologie du Sud-Ouest. — La Société d'urologie du Sud-Ouest vient de se constituer à Bordeaux et a nommé son bureau : président d'honneur : professeur Pousson (Bordeaux) ; président : professeur Duvergey (Bordeaux) ; vice-président : docteur Aversenq (Toulouse) ; secrétaire général : docteur Useau (Biarritz) ; secrétaire général adjoint : docteur H. Duvergey (Bordeaux) ; trésorier : docteur Papin (La Rochelle) ; secrétaires des séances : docteurs Viollet (Limoges), et Ginesty (Toulouse) ; archiviste : docteur Penaud (Bordeaux).

Club aéro-médical de France. — A l'occasion des Journées internationales d'aviation sanitaire et de médecine aéronautique, qui auront lieu à Paris en juillet prochain, le Club aéro-médical de France organise, pour le 7 juillet, les premières assises de la médecine aéronautique.

La question proposée est : *de l'importance comparée du sens stéréoscopique et de l'acuité visuelle pour le pilotage des aéronefs.*

Tous les membres du Corps médical sont invités à assister à la réunion et à participer à la discussion. Les inscriptions et les communications doivent être adresssées, avant le 1er juin, au Secrétariat du Club aéro-médical, 24, rue Pierre-Demours, Paris (17e).

Journées médicales internationales de Paris, organisées par la *Revue médicale française* (26-30 juin 1937). — Les Journées médicales de l'Exposition, sur les *Régulations hormonales en biologie, en clinique et en thérapeutique,* comprennent aussi une partie de visites, de fêtes et d'excursions.

— Le samedi 26 juin, il est prévu une *visite nocturne de l'Exposition.*

— Le dimanche 27 juin, *Grande Soirée de gala* et *Fête de nuit,* pour les adhérents et leur famille, au *Théâtre des Champs-Elysées,* de 20 heures à 4 heures du matin.

— Le lundi 28 juin, à 17 heures, *réception* des congressistes à *l'Hôtel de Ville,* par le Conseil municipal de Paris. Dans la soirée, *Fête lumineuse de nuit sur la Seine,* « les Mille et Une Nuits », partition sonore d'Arthur Houegger.

— Le mardi 29 juin, à 20 heures, *visite commentée* des congressistes et de leur famille aux *salles éclairées du Musée du Louvre.*

— Le mercredi 30 juin, *Banquet de clôture,* par souscription, à *Magic-City.*

Les 1er et 2 juillet, des *excursions* à prix réduits sont prévues aux *Châteaux et Parcs de Versailles, de Fontainebleau, d'Anet,* aux Châteaux de la Loire et à La Baule, au Touquet-Paris-Plage, à Vichy et aux stations du Massif Central.

La cotisation est de 100 *francs* pour les docteurs en médecine, les pharmaciens, les vétérinaires, les biologistes (donnant droit au volume des rapports, de plus de 500 pages, qui sera distribué au début des Journées, pour permettre d'en suivre les travaux, et dont la valeur est très supérieure à 50 francs).

La cotisation est de 50 *francs* pour les internes des hôpitaux, les étudiants, les femmes et enfants des adhérents (seules les cotisations de 100 francs donnent droit au volume des rapports).

Envoyer les adhésions au docteur Louis Lamy, Trésorier des Journées médicales, 18, rue de Verneuil, à Paris, chèque postal n° 1155-60, Paris.

Nécrologie. — Le docteur Eugène Monod, chirurgien honoraire des hôpitaux de Bordeaux, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Saintes dans sa 87e année.

— Le docteur Joseph Pelloquin, à Draguignan.

— Le docteur Maurice Blot, assistant d'électro-radiologie à l'hôpital Broussais.

— Le docteur André Tardieu, à Paris.

— Le docteur Ferdinand Raynaut (à Marseille).

— Le docteur Jacques Bandeline, directeur du Bureau permanent de la Ligue internationale contre le Cancer, décédé à Paris.

— Le docteur Léopold-Pierre Le Balle (de Fougères), décédé à Paris ;

— Le docteur Arnal (d'Annecy), victime d'un accident de montagne.

LES HYPERIDROSES ESSENTIELLES

Par M. Louis CAILLON
Médecin de l'hôpital thermal de Vichy,
Ancien chef de laboratoire de l'Institut Pasteur de Tunis.

L'hyperidrose est l'exagération de la sueur, sécrétion des glandes sudoripares.

L'hyperidrose est généralisée ou localisée ; localisée elle s'appelle également éphidrose : éphidrose palmaire, plantaire, axillaire. L'éphidrose plantaire s'accompagne fréquemment de fétidité, constituant alors l'affection appelée bromidrose (du gr. bromos : mauvaise odeur ; idros : sueur). Les sueurs odorantes sont les osmidroses (du gr. osmi : odeur).

Dans le cadre de cette étude nous ne nous occuperons que des *hyperidroses essentielles*, indépendantes de toute maladie ou lésion bien définie. C'est dire que nous ne comprendrons pas celles qui se produisent dans une foule d'états pathologiques, à savoir :

a) Sueurs des états lipothymiques, dites sueurs froides ;

b) Sueurs accompagnant toute chute thermique brusque et profonde au cours ou au déclin de maladies infectieuses fébriles : typhoïde, pneumonie, grippe, rhumatisme articulaire aigu, suette miliaire, septicémies, accès paludéen, fièvre de Malte, fièvre hectique des phtisiques et des suppurants, etc. ;

c) Sueurs apparaissant à la suite de l'administration des médicaments antithermiques (aspirine, antipyrine, pyramidon, etc.) ;

d) Sueurs de certains endocriniens : basedowiens, insuffisantes ovariennes, femmes à la ménopause ;

e) Enfin sueurs survenant dans une série de maladies nerveuses, organiques ou fonctionnelles, dans lesquelles l'hyperidrose peut être généralisée ou partielle, permanente ou par crises : tabès, névrites (alcooliques notamment), hémiplégies et paraplégies, sclérose en plaques, syringomyélie, syndromes parkinsoniens, mélancolie, blessures ou compressions des nerfs, lésions du sympathique, etc...

HYPERIDROSE GENERALISEE

La quantité de sueur sécrétée varie énormément pour un sujet donné, suivant l'état hygrométrique et la température de l'air, suivant le travail musculaire, la sécrétion urinaire, la quantité de boissons ingérées. En moyenne, la production de la sueur peut être évaluée à un litre par 24 heures. Dans les cas d'hyperidrose l'abondance de la sueur est très variable, allant d'une simple moiteur de la peau à des sueurs profuses — atteignant deux litres et plus — telles que les vêtements et les draps des malades semblent avoir été trempés dans l'eau.

Cette hyperidrose survenant en dehors de tout état pathologique se rencontre plus fréquemment :

Soit chez certains sujets très impressionnables (dits sympathicotoniques) (1) qui, à l'occasion d'une émotion, d'un effort intellectuel, ont des sueurs profuses;

Soit chez des obèses, des intoxiqués, des arthritiques, des rhumatisants, des goutteux, etc...

On est conduit à soupçonner une pathogénie nerveuse à cette affection, bien qu'il soit souvent difficile de préciser quelle est la cause de l'excitation nerveuse qui lui donne naissance.

Cette hyperidrose généralisée est toujours plus accusée au front, au cuir chevelu, aux aisselles, aux aines, aux plis génitaux, etc...

A la longue les hyperidroses altèrent les téguments, provoquent l'apparition des sudamina, vésicules formées par la dilatation des canaux sudorifères : la macération de l'épiderme se fait surtout dans les plis : des crevasses, des intertrigos, des furoncles peuvent apparaître.

HYPERIDROSE LOCALISEE OU EPHIDROSE

Au cuir chevelu, l'hyperidrose peut contribuer à produire la séborrhée, elle est fréquente chez les chauves. Darier pense que cette hyperidrose est liée à la kérose et dépend de ses causes si multiples. « Il arrive que la sueur des kérosiques soit chargée d'une si grande abondance de graisse liquide émulsionnée, qu'elle graisse abondamment les oreillers, les chapeaux, un papier qu'on en imprègne, etc... On désigne ces cas sous le nom d'hyperidrose huileuse. Il est vraisemblable qu'il s'agit d'une combinaison de l'hyperidrose avec de la séborrhée huileuse » (Darier).

A la face, il existe des éphidroses paroxystiques, apparaissant souvent sous l'influence de la mastication, ou à l'occasion de certaines sensations gustatives : oignon, vinaigre, moutarde, chocolat, etc...

Dans les creux axillaires, l'éphidrose gêne les malades du fait qu'elle mouille et tache leur linge. Elle prédispose aux intertrigos et aux abcès tubéreux.

Signalons une éphidrose par action réflexe qu'on voit apparaître chez certains sujets que l'on fait déshabiller devant un public, comme cela se passe dans les consultations hospitalières (hyperidrose nudorum).

Aux mains. Les personnes atteintes d'éphidrose palmaire ont la paume des mains constamment moite et humide. On voit la sueur sourdre des orifices glandulaires au fur et à mesure qu'on l'essuie. L'exercice de certaines professions est rendu difficile, sinon impossible.

Aux pieds. Dans l'éphidrose plantaire la macération de l'épiderme se produit assez facilement, du fait des fermentations provoquées par le port des chaussures. La marche peut être gênée ; les sueurs se compliquent souvent de fétidité (bromidrose).

(1) En dehors de tout désordre nerveux organique, l'hyperidrose se rattache à un *déséquilibre du système nerveux végétatif*, soit du type *orthosympathicotonique* (sueurs chaudes), soit plus souvent du type *parasympathicotonique* comme la *vagotonie* (Eppinger et Hess), les sueurs sont alors paroxystiques, profuses et froides. La vagotonie peut être congénitale (hyperidroses vagotoniques congénitales) (d'Heucqueville).

TRAITEMENT

I. — Traitement général

Un examen complet du malade est indispensable : il permettra d'éliminer les sueurs liées à un état pathologique et qui peuvent, d'ailleurs, avoir une précieuse valeur d'orientation diagnostique ; d'autre part, c'est grâce à cet examen qu'on pourra instituer le traitement général et rectifier ce qu'il peut y avoir de défectueux dans l'hygiène générale du malade.

Le traitement général comprend :

— *Des mesures d'hygiène générale* propres au neuro-arthritisme : vie au grand air, exercice régulier, éviter les soucis, le surmenage moral et intellectuel, etc...

— Hydrothérapie appropriée à chaque malade : bains ou douches tièdes, complétées au besoin par les frictions et les massages.

— Electrothérapie : l'électricité statique ou franklinisation a des effets sédatifs indubitables chez un certain nombre de nerveux.

— Le régime devra combattre la constipation et favoriser la diurèse. On s'abstiendra de tout aliment faisandé ou conservé, de tous les condiments tels que : poivre, cornichon, moutarde, vinaigrette, oignon, ail, échalote, etc. Les repas seront pris à heure fixe, une bonne mastication est indispensable.

II. — Traitement médicamenteux interne

A. Traitement tonique suivant les cas : phosphates, arsenic.

B. Traitement antinerveux : bromures, valérianate de quinine, etc...

C. Traitement opothérapique. On réalisera la sédation de la fonction thyroïdienne, soit qu'on utilise l'extrait thyroïdien à petites doses, soit qu'on ait recours aux extraits endocriniens antagonistes (hypophyse totale et pancréas), mais l'opothérapie douée de quelque efficacité dans les hyperidroses généralisées est sans action sur les éphidroses (Acquaviva).

D. Traitement antisudorifique ou anhydrotique. Ne seront donnés qu'avec prudence et ménagement : Sulfate d'Atropine (1 à 2 milligrammes) ou Belladone qui agissent en même temps comme sédatifs du vague, Agaric ou Agaricine, Ergotine, tisane de feuilles ou teinture de Sauge, etc... Ferreyroles a préconisé le Sulfate de Cuivre en suppositoires dans l'hyperidrose en général.

Voici une formule de cachet anhydrotique (Siguret):

Poudre de digitale	ââ 0,01 centigr.
— de noix vomique	
— d'agaric	ââ 0,10 centigr.
— d'ergot de seigle	
Chlorhydrate de quinine	

Le traitement médicamenteux, il faut le reconnaître, a une action très restreinte dans les éphidroses, pour lesquelles le traitement local sera d'une grande efficacité.

III. — Traitement local

I. Dans les *hyperidroses généralisées* ce traitement se réduira à des bains chauds ou tièdes, à des frictions alcooliques, à l'alcool camphré ou encore avec une solution aqueuse de tanin à 5 % ou solution de formol à 2 %. Ces frictions seront suivies de poudrages abondants avec des poudres inertes : talc, amidon, minéraline, avec de l'alun ou du tanin à 1 %, surtout au niveau des plis.

II. Dans les *hyperidroses localisées* le traitement local peut être fait beaucoup plus méthodiquement et donne des résultats souvent parfaits.

Le traitement consiste à obtenir un véritable tannage cutané par *épaississement des téguments.*

On commencera par des lotions modificatrices biquotidiennes avec des solutions formolées : le formol est le véritable traitement de l'hyperidrose, mais pour éviter son action irritante qui est le seul reproche qui lui ait été fait, on utilisera le Lusoforme qui est une solution de formol et de ricinoléates. On onctionne la paume des mains ou la plante des pieds avec le produit pur pendant quelques secondes, puis on pratique des lavages ou des bains locaux de quelques minutes avec de l'eau tiède. Cet antiseptique a l'avantage d'être en même temps désodorisant. Sa réaction légèrement alcaline lui permet de dissoudre les sécrétions sudorales et de décaper les pores de la peau, rendant ainsi l'action modificatrice profonde. En augmentant la résistance de l'épiderme il prévient les écorchures des marcheurs.

On utilisera pour les poudrages consécutifs aux lotions formolées après séchage, une des poudres suivantes. On poudrera abondamment tout le pied et particulièrement les espaces interdigitaux :

Talc	ââ
Oxyde de zinc	
Salicylate de bismuth	

ou :

Talc	90 gr.
Amidon	10 gr.

ou :

Alun pulvérisé	45 gr.
Acide salicylique	2 gr.

ou :

Poudre d'amidon	ââ 5 gr.
— de sous-nitrate de bismuth.......	
— d'acide borique	

Contre l'éphidrose plantaire, on a conseillé les semelles de papier buvard imprégnées d'une solution de permanganate de potasse à 1 %, puis séchées ; ces semelles sont changées deux fois par jour. On recommandera les chaussures d'étoffe pendant l'été.

Il est exceptionnel de voir des phénomènes d'intolérance au formol utilisé comme nous l'avons indiqué. Dans ces cas on aura recours à des lotions avec :

— Soit une solution à 5 0/00 de permanganate de potassium ;

— Soit une solution alcoolique à 1 % de tanin ;

— Soit enfin une solution alcoolique à 1 % de sulfate de quinine.

Les lotions seront suivies, après séchage, de poudrage avec :

Salicylate de soude	2 gr.
Permanganate de potasse	10 gr.
Sous-nitrate de bismuth	ââ 50 gr.
Talc	

Contre l'hyperidrose axillaire on utilisera, lorsqu'elle est peu accusée, des lotions d'eau vinaigrée à 1 % qui sont très efficaces. On évitera l'emploi des sous-bras imperméables. Dans les cas plus sévères on utilisera la lotion avec une solution de Lusoforme dans l'eau à 2 %. On sèche et on poudre avec :

Acide salicylique	1 gr.
— tartrique	āā 3 gr.
— borique	
Oxyde de zinc	āā 45 gr.
Racine d'iris pulvérisée	

Dans les cas rebelles à la thérapeutique que nous venons d'indiquer, on aura recours au *traitement par les agents physiques* si bien décrits par Acquaviva (1).

L'ULTRA-VIOLET. — On utilise contre l'éphidrose l'action traumatisante et tannante des rayons ultra-violets.

« Les doses, pour être efficaces, doivent être fortes, érythémateuses, elles seront moindres au creux axillaire, la peau fine de celui-ci réagissant davantage aux rayons que les faces palmaires et plantaires.

« Du point de vue des effets de l'ultra-violet sur les éphidroses il nous faut, par analogie avec la kérose, distinguer l'éphidrose des parties découvertes (l'éphidrose palmaire) des éphidroses des parties couvertes (éphidroses axillaire et plantaire). L'action de l'ultra-violet est plus nette sur les éphidroses des parties cachées, l'éphidrose axillaire étant plus facilement curable que l'éphidrose plantaire. Par contre, la sudation des mains n'est que peu ou pas atténuée par les irradiations ultra-violettes.

« En un mot, dans les éphidroses, la thérapeutique locale ultra-violette est inefficace aux mains, agit utilement à la face plantaire, et surtout aux aisselles, où l'un de ses inconvénients est de laisser une pigmentation visible et d'assez longue durée ».

RADIOTHÉRAPIE. — Enfin, la radiothérapie préconisée par Sabouraud constitue un traitement parfait, auquel il sera indispensable d'avoir recours en cas d'échec des méthodes précédentes. Voici les conseils techniques excellents donnés par M. Gireaudeau (*La Médecine*, juin 1932).

La conduite du traitement est délicate car il ne faut à aucun prix dépasser le but et dessécher la peau, comme il est arrivé dans les premiers essais de traitement de cette pénible affection. Il est, en effet, impossible de revenir en arrière et de restituer leur vitalité aux acini détruits. Les rayons X agissent sur les fonctions reproductrices des noyaux cellulaires. Leur action n'est donc pas immédiatement apparente. L'effet d'une dose ou d'une série de doses ne peut être apprécié qu'un mois après cessation du traitement. Heureusement, le fonctionnement des glandes sudoripares constitue par lui-même un test sensible traduisant le plus ou moins d'altérations des cellules épithéliales. Première cure de 1.500 R. filtrés sur 2 millimètres d'aluminium divisée en six séances hebdomadaires de 250 R. suivie d'un mois de repos.

A ce moment, d'après l'état de la transpiration, faire une ou deux nouvelles cures de 750 R. en trois séances hebdomadaires séparées par un mois de repos. Chaque séance d'irradiation ne doit être entreprise que si la sudation reste exagérée. Il faut s'arrêter alors qu'il persiste encore une moiteur physiologique très nette car l'effet médicamenteux se poursuivra pendant quelque temps. Il est possible de ramener la sécrétion sudorale à son degré normal sans aucune atteinte visible des téguments.

Les hyperidroses spéciales seront traitées de la même façon, mais avec des doses différentes.

L'hyperidrose axillaire se complique fréquemment d'infection donnant lieu aux abcès de l'hydrosadénite. La région étant enflammée il convient de n'administrer qu'une dose faible, par exemple 1.000 R. en quatre séances de 250 R. suivant la technique que nous venons d'indiquer. Bien entendu, les traitements antiseptiques et même chirurgicaux ne seront pas négligés.

La bromidrose sera traitée comme l'hyperidrose simple.

(1) Les Dermatoses inesthétiques, leur traitement par les agents physiques : Edit. médicales N. Maloine.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LE SALICYLATE DE SOUDE EN MÉDECINE INFANTILE

Par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Syn. — Salicylate neutre de sodium. Natrium salicylicum (Codex).

Composition. — Le salicylate de soude officiel correspond, pour 100 p., à 77,53 d'acide salicylique ; il contient 12,92 p. de sodium, ce qui correspond à 29,77 p. de carbonate neutre de sodium sec ; il renferme 10,11 p. d'eau de cristallisation.

Caractères. — Il « se présente en aiguilles, en lamelles ou sous forme de poudre cristalline. Il est incolore et inodore. Sa saveur est à la fois salée et sucrée. Il se dissout à +15° dans son poids d'eau, dans 2 p. d'alcool à 60°, dans 5 p. d'alcool à 95°. Très soluble dans la glycérine, il est insoluble dans l'éther. A la lumière, il s'altère et se colore en rose puis en brun. Son soluté aqueux est neutre au tournesol. Les acides dilués le décomposent en mettant l'acide salicylique en liberté. Son soluté aqueux dissout la caféine » (Codex), la théobromine, la vanilline, l'eucalyptol.

Incompatibilités. — Antipyrine (mélange sirupeux). Borax. Caféine. Camphre. Chloral. Menthol. Perchlorure de fer. Phénol. Sels de quinine. Solutions acides (décomposition avec formation d'acide salicylique insoluble).

Action physiologique. — De par sa constitution, il renferme, dans sa molécule, une fonction phénolique OH libre, qui lui confère une certaine toxicité, que diminue, d'ailleurs, la présence, dans son noyau, d'une fonction acide CO^2H en ortho par rapport à la fonction phénol OH. Il est moins antiseptique, mais aussi moins irritant, que l'acide salicylique. Rapidement absorbé par toutes les voies, il est non moins rapidement éliminé, sous forme de gly-

BIBLIOGRAPHIE. — L. BABONNEIX, *Précis de thérapeutique infantile*, Paris, 1932, in-18, p. 96, 243, 253, 335. — L. BABONNEIX et R. FABRE. Les médicaments. *Traité de Médecine des enfants*, Paris, 1934, t. V, p. 652. — *Codex medicamentarius gallicus*, Paris, 1920, in-8°, p. 657-658. — H. GRENET et L. PELLISSIER. *Les rhumatismes*, Paris, 1933, p. 109. — A. RICHAUD et R. HAZARD. *Précis de thérapeutique et de pharmacologie*, Paris, 1935, in-18, p. 662. — M. TIFFENEAU. *Abrégé de pharmacologie*, Paris, 1931, in-8°, 3e édition, p. 31-33.

cocolle (acide salicylurique) et aussi, au moins partiellement, sous forme d'acide dioxybenzoïque et d'hydroquinone, par les urines, qui, par addition de perchlorure de fer, prennent une coloration violette.

Chez le sujet normal, il n'influence pas la température. Chez le fébricitant, il exerce une action antipyrétique générale, en augmentant, par vaso-dilatation, la perte de chaleur. Il est cholérétique.

Action spécifique dans le rhumatisme articulaire aigu (Stricker, G. Sée). — Elle est due à l'affinité élective du médicament pour les articulations et pour les tissus périarticulaires, comme l'ont montré les examens radiologiques (P. Carnot), et dépend de la présence, dans la même molécule, des fonctions OH et CO^2Na en position ortho.

Indications. — Les principales sont :

1° Le *rhumatisme articulaire aigu* et l'*érythème noueux ;*

2° Les *infections neurotropes ;*

3° Les *affections où il y a lieu d'augmenter la sécrétion biliaire ;*

4° Les *angines aiguës.*

Contre-indications. — Ce sont :

Les *lésions rénales,* avec albuminurie, sauf s'il s'agit de néphrite rhumatismale ;

Les *troubles digestifs ;*

Le *diabète ;*

L'*asystolie ;*

L'*acidose ;*

Les *états névropathiques.*

Posologie et mode d'emploi. — Tout le monde est d'accord pour admettre que les doses faibles sont inopérantes. D'autre part, les doses fortes ne sont pas sans danger. Ici comme ailleurs, il faut donc savoir garder la mesure, en se rappelant, d'une part, que les enfants supportent très bien le médicament, quand il n'existe pas, chez eux, de contre-indications (v. plus haut), et, de l'autre, en ayant toujours à l'esprit le principe si juste établi par Gubler : l'organisme tolère des doses d'autant plus fortes d'un médicament qu'il est dévié, par la maladie, dans un sens opposé à l'action de ce médicament.

Sous ces réserves, on peut considérer comme acceptables les doses de 2 à 4 g. chez les enfants de 4 à 6 ans, de 4 à 6 g. chez les enfants de 6 à 10 ans, de 6 à 8 g. chez les enfants de 10 à 15 ans, aux conditions qui seront précisées pour le rhumatisme articulaire aigu (v. plus loin).

MM. H. Grenet et L. Pellissier sont partisans de doses plus fortes : 8 à 12 g. pour un enfant de 10 ans ; à la dose classique de 0 g. 50, ils proposent de substituer celled de 0 g. 75 à 1 g. par année d'âge. Mais ils font justement observer que la progression doit toujours être surveillée.

1° Dans le rhumatisme articulaire aigu, on peut, suivant les circonstances, donner le sel en injections intraveineuses, par la bouche ou en lavement.

En *injections intra-veineuses* (v. plus loin), lorsqu'il est indispensable de frapper vite et fort, ou qu'il existe de l'intolérance digestive. Les doses, dans ce cas, correspondent à des doses administrées *per os* de dix fois supérieures, sans que l'élimination soit plus rapide que par la voie buccale (Ed. Lesné, Mad. Ardouin-Linossier et Beaufils).

Par la bouche, on peut le donner :

En *potion.* On l'associe habituellement alors au bicarbonate de soude à doses doubles, afin de diminuer, d'une part, les risques d'acidose, de l'autre, l'action irritante due au phénol, et on ajoutera, comme correctif, un sirop capable de masquer son goût désagréable. On prescrira, par exemple :

Potion salicylée pour un enfant de 8 ans

Bicarbonate de sodium	ââ 5 grammes
Salicylate de sodium	
Sirop de menthe (ou d'écorce d'orange amère)..	20 cm^3
Eau distillée .... Q. S. pour	100 —

A prendre par cuillerée à dessert (0 g. 50 de sel) toutes les 2 heures et à renouveler chaque jour.

Dans un grand verre de *grog* léger.

En solution « *dans un 1/2 litre ou 1 litre d'eau de Vichy,* que « l'on fait absorber dans la journée : on réalise « ainsi le fractionnement des doses en dilution et l'alcali- « nisation » (A. Richaud et R. Hazard).

Pour que ces doses soient bien supportées, il faut se conformer à certaines règles, dont l'usage a démontré la valeur :

1° *Employer un sel très pur ;*

2° *Commencer la médication le plus tôt possible ;*

3° *Tâter la susceptibilité de l'économie en débutant par des doses faibles ;*

4° *Fractionner la dose globale* et veiller à ce que la médication ne soit pas interrompue la nuit ;

5° Si l'on recourt à la forme potion, la *diluer suffisamment et lui ajouter du bicarbonate de soude à doses convenables* (v. plus haut) ;

6° *S'assurer que le médicament est bien absorbé,* en ajoutant aux urines du perchlorure de fer (id.) ;

7° *Continuer jusqu'à apyrexie et diminuer dès que les manifestations articulaires s'atténuent ;*

8° *Continuer une quinzaine au moins la moitié de la dose initiale ;*

9° *Laisser le malade au régime lacté ou, tout au moins, lacto-végétarien ;*

10° *Dans le rhumatisme cérébral, lui associer les bains froids.*

Même technique dans les affections « pseudo-rhumatismales », dont, surtout, l'*érythème noueux.*

2° Dans les infections neurotropes : *encéphalites aiguës,* au premier rang desquelles se place l'*encéphalite léthargique.* Toutes les fois que la chose sera possible, on essaiera les injections intra-veineuses.

Solution de salicylate de soude pour injections intra-veineuses

(R. Bénard)

Salicylate de soude pur recristallisé	ââ 10 grammes
Glucose	
Eau	100 cm^3

A répartir en ampoules de verre neutre de 20 cm^3 stérilisées par séjour de 15 minutes à l'autoclave ouvert.

Chaque ampoule contient 2 g. de sel.

Dose : 1/2 à 1 ampoule par jour, chez un enfant de 10 ans (E. Lesné).

3° Dans les affections où il convient d'augmenter la sécrétion biliaire, on donnera le salicylate de soude en paquets ou en cachets, et associé à un autre sel de soude : benzoate surtout.

Paquets pour un enfant de 10 ans

Salicylate de soude	0 g. 25
Benzoate de soude	0 g. 30

Pour un paquet N° 10
(Provision)

Deux par jour dans un pain azyme, suivi de l'administration de 1/2 verre d'eau de Vichy.

4° Dans les angines aiguës non diphtériques, on prescrira :

Soit des *gargarismes* avec un verre d'eau bouillie chaude dans lequel on aura fait dissoudre un des paquets suivants :

Paquet de salicylate de soude

Salicylate de soude .... 1 gramme

Pour un paquet N° 10
(Provision)

et auquel on ajoutera ensuite quelques gouttes d'alcool de menthe ;

Soit de *grands lavages de gorge*, sous faible pression (0 m. 50 de hauteur), avec un litre d'eau bouillie chaude additionnée d'une cuillerée à café de salicylate de soude (E. Sergent).

Intoxication. — Administré par voie buccale, il peut déterminer des troubles de divers ordres, et qu'ont bien étudiés MM. Langmead (1906), G. Paisseau, E. Friedmann et C. Vaille (1934) :

Digestifs : coliques, gastralgie, vomissements, diarrhée ;

Respiratoires : épistaxis, dyspnée ;

Nerveux : bourdonnements d'oreilles, mouches volantes, amblyopie, sueurs, raideurs et secousses cloniques, insomnie ; troubles psychiques (délire salicylé) avec céphalées, jactation, loquacité, hallucinations, bradycardie, hypothermie, alors que, dans le rhumatisme cérébral, il y a toujours hyperthermie (H. Grenet et L. Pellissier) ;

Rénaux : oligurie, albuminurie ;

Généraux : acétonémie, avec ses manifestations habituelles.

De ces accidents, les premiers sont en rapport avec une intoxication phénolique, le dernier, avec l'acidose. Pour les éviter, que faire ?

1° Se contenter de doses moyennes, conformément à l'enseignement de l'Ecole française : M. J. Comby ne déclare-t-il pas qu'il n'a jamais dépassé 5 g. à 10 ans, 6 g. à 12 ?

2° Surveiller de près le rythme respiratoire, mesurer le pH urinaire, augmenter, au besoin, les doses de bicarbonate sodique ; au moindre symptôme anormal : constipation, délire, mesurer la réserve alcaline, suspendre le salicylate et alcaniser l'organisme. MM. H. Bénard, F.-P. Merklen et R. Fasquelle, auxquels nous empruntons une partie des détails précédents, conseillent aussi l'administration de sirop de sucre, d'autres auteurs, les lavages d'estomac (Caussade) et d'intestins, les boissons abondantes. Si la question des injections d'insuline reste réservée, les stimulants généraux, donnés largement, ne comportent aucune contre-indication.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 MAI 1937)

Les poussières et fumées présentes au niveau du sol. — M. Lévi Herman et Mme Renée Herman-Montagne montrent que la position horaire des maxima des courbes de poussières dépend étroitement des conditions météorologiques, variant d'une saison à une autre.

Ces maxima ne doivent pas être attribués à des accroissements momentanés de la production des fumées par les foyers domestiques et industriels.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 19 MAI 1937)

M. le Président fait part aux membres de l'Académie du décès de M. Dollinger, de Budapest, membre associé étranger.

Radiographie dans l'occlusion. — M. Métivet apporte deux observations qui montrent la grande valeur de la méthode.

Syndrome pâleur-hyperthermie chez une femme de 37 ans. — M. Quénu rapporte une observation de M. Follias-son (Grenoble) concernant un cas d'hystérectomie pour fibrome terminé par la mort en 36 heures avec une température à 41° et une pâleur extrême.

A propos des tumeurs dites bénignes de l'estomac. — M. H. Hartmann a observé des récidives tardives dans deux cas de tumeur « bénigne » de l'estomac traitées par ablation limitée. Il montre qu'il existe encore fort peu de tumeurs de ce type suivies de longues années et estime pour sa part que l'on est en droit de pratiquer des gastrectomies étendues, seules capables de garantir l'avenir.

Etranglement du diverticule de Meckel. — M. Picot rapporte une observation de MM. Perrignon (Troyes) et du Bourguet (Armée), qui ont trouvé dans un diverticule étranglé dans un sac de hernie inguinale une véritable tumeur formée par des corps étrangers conglomérés. La résection en coin leur permit de guérir leur malade.

Deux cas de greffe ovarienne. — M. Ménégaux rapporte deux observations de M. Panis, qui a implanté l'ovaire dans une logette creusée à la curette au niveau de la corne utérine ; dans les deux cas est survenue une grossesse et un accouchement à terme. Il s'agit là d'une technique nouvelle qui paraît devoir donner des succès plus réguliers que les autres méthodes.

M. Moulonguet félicite M. Panis de cette technique beaucoup plus satisfaisante que l'incarcération de l'ovaire à l'intérieur de l'utérus.

A propos de l'appendicite. — M. Métivet, qui est formel en ce qui concerne l'intervention dans les 48 premières heures, estime qu'au delà le chirurgien est seul juge des cas particuliers qui se présentent à lui.

Tumeur pseudo kystique du sein. — M. Bréchot apporte un cas curieux de tumeur pseudo kystique inflammatoire du sein, dont la pathogénie apparaît inexpliquée.

M. L. Bazy pose à ce propos la question de la tuberculose et celle de la syphilis.

Un nouveau matériel de suture. — M. Welti présente un fil en acier inoxydable du calibre des crins les plus fins, qui peut être parfaitement noué comme du simple fil de lin.

M. Ameline attire l'attention sur les dangers possibles d'un tel matériel, dans l'éventualité d'un traitement ultérieur par les radiations.

MM. Lenormant, Mondor et Ménégaux montrent les inconvénients des sutures métalliques.

Phlébites saisonnières. — M. Okinczyc, en quatre mois d'hiver, a observé 12 cas de phlébite, alors qu'il n'en a à peu près jamais, et sans qu'aucun élément étiologique ait pu être mis en évidence.

M. Sauvé montre que les épidémies de phlébite sont décalées par rapport aux épidémies de grippe.

Tuberculose du col utérin. — M. Okinczyc en a observé 2 cas seulement, qui ont très simplement guéri ; il rappelle que l'on n'en connaît que 260 cas.

Cancer localisé du rectum. — M. Banzet a eu l'occasion de faire l'ablation d'un cancer en médaillon qui est resté guéri 4 mois, puis a récidivé, et a guéri à la suite d'une amputation abdomino-périnéale.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1937)

Perte de virulence et stabilité de la variété R d'une souche de bacilles aviaires observés après cinq années de passage in vitro sur pomme de terre glycérinée. — M. A. Saënz. Les souches de bacilles aviaires, constituées au moment de l'isolement par des colonies de la variété S, sont facilement dissociables *in vitro* en variété R correspondante.

Ces deux variétés ont le même degré de virulence pour les animaux sensibles. Mais une des souches, sur les vingt étudiées, permit parfois de constater, au fur et à mesure

des passages sur pomme de terre glycérinée, que la variété R devenait progressivement avirulente, tandis que la variété S conservait sa virulence initiale.

Virus de la peste aviaire et tumeur de Pearce. — MM. C. Levaditi, R. Schoen et L. Reinié. Les néoplasmes, malgré leur haute différenciation, empruntent à l'organisme dont ils proviennent,et auquel on les transmet, sa réceptivité, ou sa résistance, à l'égard de tel ou tel virus. L'ultragerme de la peste aviaire est cancérolytique chez la souris, dont l'organisme est très sensible à cet ultragerme ; il ne l'est pas chez le lapin dont l'immunité naturelle est incontestablement supérieure à celle de la souris.

Culture directe dans le sang non dilué mais citraté. — MM. P. Carnot et H. Lavergne. Le sang non citraté est fortement bactéricide. 1° Les auteurs ont établi que le citrate de soude à forte dose (15 à 20 p. 100) inhibe le pouvoir bactéricide du sang pour les germes d'un groupe coli-typhique et permet la pullulation de ces bactéries dans le sang total non dilué.

MM. A. Grimberg, S. Mutermilch et A. Agasse-Lafont ont confirmé ces résultats, mais indiquent comme nécessaire une concentration du citrate de 30 p. 100, ce qui est exact.

2° Les auteurs ont, chez deux typhiques, obtenu des hémocultures positives par pullulation directe de bacille d'Eberth dans le sang fortement citraté (mais non dilué) dans les mêmes délais que les hémocultures ordinaires témoins en sang très dilué.

Inversement, dans le sang de ces malades, citraté seulement à 5 p. 1.000, le bacille d'Eberth ne s'est pas multiplié et n'a pas été retrouvé après 48 heures

Action de divers sels de morphine sur le volume du rein et sur la diurèse. — MM. Clerc, Paris et Macrez. Chez le chien, et par voie intraveineuse, à la dose de 1 à 2 mgr. par kilogr., le chlorhydrate de morphine provoque de la vaso-constriction rénale et de l'oligurie ; le phénylpropionate peut être deux et trois fois moins actif. Ces effets ne peuvent contre-indiquer ces médicaments chez les cardiaques, les doses expérimentales étant massives, par rapport à celles utilisées en clinique par la voie sous-cutanée.

Variations expérimentales de la glycémie au cours des cholalémies provoquées chez le chien. — MM. E. Chabrol, J. Cottet et J. Sallet ont repris sur le chien les expériences des auteurs japonais qui, administrant différents sels biliaires par voie sous-cutanée à des lapins à jeun, ont assisté à une chute constante du sucre sanguin. Les résultats varient suivant l'espèce animale employée. Une injection lente d'acide cholalique par voie veineuse provoque une légère hyperglycémie sur les chiens dont le cholédoque a été ligaturé ; elle n'entraîne guère de variations lorsque la bile s'écoule librement dans l'intestin. Le taux du sucre sanguin ne varie pas davantage lorsque, au lieu de recevoir de l'acide cholalique, l'animal est soumis à une spoliation biliaire par fistule externe du canal cholédoque.

Influence des cholalémies expérimentales sur l'épreuve de l'hyperglycémie par l'adrénaline. — MM. E. Chabrol, J. Cottet et J. Sallet. L'hyperglycémie adrénalinique s'effectue comme à l'état normal chez les chiens dont les voies biliaires sont libres : l'injection lente et continue de l'acide cholalique à la dose de 10 cgr. par kilogr.-heure n'entrave point l'élévation du sucre sanguin. C'est seulement après ligature du canal cholédoque que l'on met obstacle à l'hyperglycémie.

On peut se demander si les sels biliaires n'agissent pas comme un facteur neutralisant de l'adrénaline introduite artificiellement dans l'économie bien plus que comme un perturbateur de l'équilibre glycémique. Il serait prématuré de les assimiler à l'insuline en les représentant comme un antagoniste de l'adrénaline.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 5 février 1937)

L'infiltration analgésique des ganglions sympathiques, en particulier du ganglion étoilé et du 2e ganglion lombaire. (Etude de 98 cas.) — M. Raphaël Massart.

Deux septicémies à staphylocoques guéries depuis 4 et 5 ans. Le processus de la guérison naturelle et son utilisation thérapeutique. — M. Raiga.

Un cas de pierre utérine. — M. H. Blanc communique cette observation rare et présente la pièce opératoire. Une femme de 53 ans qui, depuis trois ans, n'avait plus de règles, présente subitement une crise douloureuse du bas-ventre, puis, six mois après, une autre crise plus intense avec rétention d'urine. L'auteur l'examine quinze jours après et porte le diagnostic de fibrome utérin. L'opération montre qu'il s'agit d'un fibrome entièrement calcifié, véritable pierre utérine.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA DÉCLARATION DES CAUSES DE DÉCÈS

Nous croyons utile de publier les parties essentielles de la circulaire ministérielle du 1er janvier 1937, relative à la déclaration des décès, et *qui sera applicable le 1er juillet prochain, dans toutes les communes sans exception :*

« ...1° Le service départemental de l'état civil sera placé sous l'autorité du médecin inspecteur départemental de l'hygiène ;

« 2° Les bulletins de décès, bulletins verts, au lieu d'être transmis par les municipalités à la fin de chaque trimestre, seront envoyés, *sans délai*, au médecin inspecteur départemental d'hygiène, au fur et à mesure de l'enregistrement du décès ;

« 3° Chaque bulletin de décès sera accompagné d'un certificat de décès, *rédigé par le médecin traitant, clos par lui*, et rendu entièrement confidentiel par les deux mesures suivantes : impression en noir du certificat, au verso de l'emplacement où figure la cause de décès déclarée par le médecin ; séparation de l'en-tête du certificat, portant le nom du décédé par l'employé de l'état civil, *qui rend ainsi le certificat anonyme*, après y avoir inscrit le numéro d'ordre du décès (1) ;

« 4° Le médecin-inspecteur d'hygiène transcrit sur le bulletin vert de décès la cause de mort qui figure sur le certificat médical correspondant. Lorsque les indications figurant sur le certificat médical lui paraissent insuffisantes, ou lorsqu'il n'est pas joint de certificat médical, il s'efforce par tous les moyens dont il dispose (correspondance avec le médecin traitant, le médecin chargé de la constatation du décès), d'obtenir la désignation aussi exacte et complète que possible de la cause de mort.

« Il détache ensuite la partie supérieure du bulletin vert de décès, qui porte le nom du décédé. Il garantit ainsi l'anonymat des bulletins destinés à la statistique. Il conserve les bulletins classés, en vue de leur envoi, *chaque trimestre*, à la statistique générale de la France ;

« 5° Rien n'est changé aux prescriptions réglementaires concernant les autres bulletins d'état civil (naissances vivantes, mort-nés, mariages, divorces, etc.). En particulier, leur transmission demeure assurée par les mairies, à la fin de chaque trimestre, dans les délais réglementaires. Cette trans-

(1) *Condition essentielle :* Le numéro doit figurer à la fois sur le bulletin vert de décès et sur le certificat médical du décès. L'employé de l'état civil doit s'assurer de cette concordance.

mission, actuellement faite par l'intermédiaire des sous-préfectures, sera effectuée directement à l'avenir par les mairies à la préfecture (inspection départementale d'hygiène). Sur le bordereau communal trimestriel, *le maire inscrira le nombre total des décès du trimestre*, bien que ces bulletins envoyés au jour le jour ne soient pas joints à l'envoi trimestriel. Cette indication est *indispensable* pour que le médecin inspecteur d'hygiène s'assure qu'il a reçu tous les bulletins de décès du trimestre pour toutes les communes du département ;

« 6° A la fin de chaque trimestre, le médecin inspecteur d'hygiène, ayant centralisé tous les bulletins d'état civil rédigés durant le trimestre dans toutes les communes du département, établit le bordereau récapitulatif départemental, et envoie bulletins et bordereaux à la statistique générale de la France dans le délai prescrit par les circulaires antérieures... »

PRATIQUE MÉDICALE

A PROPOS DES THÉRAPEUTIQUES DE LA TUBERCULOSE

Le docteur Perisson, ancien interne des hôpitaux de Paris, déplore *l'empirisme* de la thérapeutique classique de la tuberculose, alors que nous avons à notre disposition des thérapeutiques *spécifiques* d'une efficacité tout à fait comparable, par exemple, à celle du traitement chimique antisyphilitique, savoir la sérothérapie antibacillaire (*sérum de Jousset*) et la vaccinothérapie par l'*Allergine* (mise au point par le même auteur).

Ces méthodes, convenablement appliquées, ont une efficacité certaine, mais à une seule condition : il est nécessaire de les instituer de très bonne heure, à une phase toute initiale de l'évolution morbide. Il nous semble qu'il faut considérer le traitement de la tuberculose sous un jour très spécial, qui s'imposera à tous dans l'avenir devant la réalité des faits. Il ne faut pas croire que les thérapeutiques spécifiques que nous préconisons à la suite de notre Maître André Jousset doivent être opposées de parti pris aux méthodes classiques, qui seules sont enseignées aux praticiens. En réalité, ces diverses méthodes ne sont pas faites pour se combattre et ne s'excluent pas mutuellement. Elles s'adressent seulement à des cas différents, et il arrive que, dans un grand nombre de faits, leur association doive être envisagée pour le plus grand bien des malades.

1° *Les traitements spécifiques s'adressent surtout aux infections initiales et doivent être considérés comme des traitements éminemment prélésionnels.*

La sérothérapie antibacillaire est le traitement de choix des primo-infections tuberculeuses, qu'elle guérit avec une rapidité surprenante toutes les fois qu'un diagnostic suffisamment précoce permet son intervention rapide.

2° *Les traitements classiques, qui sont des traitements symptomatiques, s'adressent au contraire à des lésions constituées plus ou moins anciennes.*

Ce sont les diverses méthodes chirurgicales ou semi-chirurgicales, bien connues des praticiens. Elles méritent d'être seules opposées aux vieilles lésions scléreuses représentant des séquelles à une phase évolutive où le bacille de Koch ne joue bien souvent qu'un rôle effacé. Mais ce sont là des circonstances très rares, et les cas les plus nombreux sont ceux dans lesquels une lésion scléreuse irréductible est le fait d'un bacille encore virulent et actif. C'est alors que l'association des deux méthodes thérapeutiques mérite d'être envisagée. D'un côté, le traitement spécifique, institué le premier, combat l'infection et la limite dans la mesure du possible, en prévenant les complications que le traitement lésionnel pourrait déterminer. Par ailleurs, le traitement symptomatique s'attaque à la lésion et permet souvent d'en chasser définitivemest le bacille bien défendu dans sa prison fibreuse. C'est ainsi que le traitement spécifique bien conduit et institué chez un malade dont l'état général est encore suffisamment résistant, peut prétendre à refroidir une lésion pulmonaire et à permettre la réalisation plus ou moins rapide et inoffensive d'un pneumothorax qui, fait à chaud, aurait pu être suivi d'une évolution très grave, trop souvent même mortelle. C'est ainsi également que des abcès froids, d'origines diverses, traités suffisamment tôt par une intervention chirurgicale que l'on aura soin de faire précéder et de faire suivre par une vaccinothérapie bien conduite, guériront dans la règle comme des abcès chauds.

On pourrait multiplier les exemples. Ce sont des faits qui deviendront un jour familiers à tous les médecins. Ils le sont déjà à quelques-uns, malheureusement en trop petit nombre, et nous espérons avoir ici fait œuvre utile en répandant des notions qui ne sont pas encore officielles, et dont l'importance n'échappera certainement pas à ceux qui liront ces lignes.

(*L'Année médicale pratique.*)

LIVRES NOUVEAUX

Expériences de vaccination antituberculeuse, par le prof. Alberto Ascoli (avec préface de S. E. Dante de Blasi, Président du Comité médical du Conseil national des Recherches). — Publication de l'Institut de Pathologie comparée de l'Université de Milan, 1936,-xv.

Ce travail, qui fait suite aux travaux déjà publiés en 1928 par le prof. Ascoli, rapporte les protocoles expérimentaux portant sur 94 bovidés dans 6 établissements différents de la province de Paris, protocoles détaillés, appuyés de graphiques, de tableaux comparatifs et de commentaires qui témoignent de la rigueur scientifique des recherches qui ont été exécutées sous le contrôle du Comité technico-scientifique de l'Institut de vaccination antituberculeuse.

La vaccination a été pratiquée et renouvelée avec des doses diverses tantôt de bacilles vivants (type B C G), tantôt de bacilles tués par la chaleur. Les contaminations d'animaux vaccinés réalisées soit par des injections massives de produits virulents, soit par la cohabitation dans des conditions d'intimité particulièrement sévères avec des animaux d'une contagiosité élevée et vérifiée.

Dans l'ensemble, l'injection intraveineuse ou intramusculaire de bacilles vivants a procuré aux animaux une importante augmentation de résistance, de même que la vaccination au moyen de bacilles humains, à la condition que la contamination expérimentale ultérieure n'ait pas été effectuée au moyen de doses trop massives de produits virulents.

L'administration de bacilles tués par la chaleur n'a montré, dans les mêmes conditions, aucun pouvoir protecteur ni curatif. Parfois même, ce procédé a semblé avoir une action favorisante nette sur l'évolution de l'infection expérimentale de contrôle.

Les effets du vaccin ont été d'autant meilleurs que les animaux en expérience avaient été maintenus pendant un temps suffisant à l'abri de la contagion naturelle. Cette efficacité s'est montrée nette vis-à-vis de conditions expérimentales de contamination dépassant de beaucoup en sévérité les conditions de contamination naturelle.

R. LEVENT.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DE LA LANGUE

Le cancer de la langue est un épithélioma du type pavimenteux stratifié, le plus souvent spino-cellulaire, plus rarement baso-cellulaire.

Cancer de l'homme ayant dépassé la quarantaine, que l'on doit considérer comme une affection locale « bucco-cervicale », dans laquelle les récidives ganglionnaires sont la règle et par contre les métastases à distance restent exceptionnelles.

On a tout d'abord étudié la distribution des lymphatiques de la langue pour faire des *exérèses précises et logiques* ; puis la radio et surtout la radiumthérapie ont fait faire des progrès considérables au traitement.

A côté du rôle indéniable de la syphilis dans l'apparition du cancer de la langue (Sébileau a pu dire : « Pas d'épithélioma sans leucoplasie et pas de leucoplasie sans syphilis »), il est nécessaire de rappeler les causes d'irritation locale :

Caries dentaires, tabagisme, cautérisations, traitement antispécifique capable de donner un coup de fouet.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le cancer de la langue est un *épithélioma malpighien*, qui peut présenter deux types cytologiques :

— *Epithélioma lobulé spino-cellulaire* (prolifération de la couche intermédiaire), formé de cellules agencées en globes cornés et formant de gros boyaux plongeant dans le derme : *il est peu radio-sensible ;*

— *Epithélioma tubulé baso-cellulaire* (prolifération de l'assise basilaire), formé de petites cellules ovales se disposant en prolongements étroits, en tubes anastomosés en réseaux qui s'enfoncent dans la profondeur : *il est radio-sensible.*

On a également décrit des formes carcinomateuses, squirrheuses, cylindromateuses, se différenciant par la réaction de la trame conjonctive.

Les adénopathies. — La propagation par voie lymphatique et la prise ganglionnaire sont soumises à certaines lois, d'ailleurs seulement vraies au début de l'affection :

— Un cancer retentit toujours sur les *ganglions homolatéraux*, sauf si la lésion est proche de la ligne médiane, si elle siège à la face postérieure, inférieure ou à la pointe de la langue.

— A un *siège déterminé* correspond un *territoire ganglionnaire électif :*

Les cancers *apicaux* et *ventro-linguaux* retentissent sur les ganglions *sous-mentonniers ;*

Les cancers *marginaux antérieurs*, sur les ganglions *sous-maxillaires ;*

Les cancers *dorsaux du corps* et *marginaux postérieurs* s'accompagnent de ganglions de la *chaîne jugulo-carotidienne.*

— Les adénopathies progressent toujours à marche descendante.

— Elles apparaissent, pour les *cancers ventraux*, moins de 3 mois après le début clinique ;

Pour les cancers *marginaux-antérieurs*, de 3 à 6 mois ;

Pour les cancers *méso-marginaux* et *postérieurs*, plus de 6 mois après le début clinique.

ETUDE CLINIQUE

Nous prendrons pour type le *néo-marginal antérieur.*

Le diagnostic précoce a une importance capitale, mais il faut souligner le fait que, malheureusement, 80 p. 100 des cas sont reconnus alors qu'ils sont à la limite de l'opérabilité, ou même inopérables.

Début. — Les signes fonctionnels sont insignifiants :

— Une certaine sensibilité au passage des aliments ;

— Une malhabileté de la langue avec légers troubles de la parole.

Et très souvent le malade ne s'aperçoit pas de *la transformation maligne d'une plaque de leucoplasie*, qui reste dans la majorité des cas le point de départ du cancer de la langue.

Non transformée, cette leucoplasie est formée de taches blanches et lisses (taches de bougie), parfois plus opaques (carapaces de plâtre) ; ces taches confluent plus ou moins, mais sont *unies, souples et douces* au toucher.

On devra suspecter la transformation, si l'une ou plusieurs des plaques s'épaississent, deviennent saillantes, sont dures au toucher ou bien se détachent par place (tous signes traduisant l'*état pré-cancéreux* qu'est la *transformation hyperkératosique.*

D'ailleurs, rapidement, la leucoplasie prend l'aspect :

— De *leucoplasie verruqueuse* avec aspérités papillomateuses grisâtres ;

— De *leucoplasie blindée* à aspect de pastille à fond induré ;

— De *leucoplasie fissuraire* avec une crevasse qui s'entr'ouvre et dont les bords s'éversent et s'indurent.

D'ailleurs, quelle que soit la forme, l'épithélioma kératosique se détache bientôt et laisse à nu un derme qui s'ulcère et qui saigne au contact.

Dans d'autres cas, la plaque de leucoplasie se recouvre de saillies cornées dont l'épithélium, se détachant, laisse apercevoir une lésion muriforme, rosée, saignant au moindre contact.

Enfin, parfois le début du néo de la langue est marqué par l'apparition d'une ulcération douloureuse et saignante ; c'est une forme érosive que l'on rencontre surtout à la base du frein.

Devant de telles lésions, on recherche l'adénopathie, en faisant relâcher le muscle sterno-mastoïdien.

Surtout, on pratique une *biopsie*, véritable *exérèse aussi large en superficie qu'en profondeur*, permettant un examen histologique qui jugera de la transformation ou non et de la variété cytologique.

A ce stade, le pronostic est bon : 55 p. 100 de guérisons, avec danger cependant de *récidive ganglionnaire.*

Mais, malheureusement, le malade est vu plus souvent à la période d'ulcération confirmée.

ETAT

Les signes fonctionnels apparaissent progressivement :

La douleur devient bientôt continue, avec des paroxysmes et irradiations dans l'oreille ; elle est provoquée par le contact, les mouvements de la langue.

Bientôt les analgésiques banaux ne suffisent pas ; la morphine seule soulage ces malades ;

La parole est lourde ;

La mastication, la déglutition deviennent impossibles.

Surtout, la *salivation* est de plus en plus importante, et cette salive, qui ne peut être déglutie, s'écoule presque continuellement aux commissures.

L'haleine est fétide, d'une odeur caractéristique.

L'état général est *très variable.* Tantôt le malade a bon faciès ; tantôt il est blanc, amaigri par l'inanition et l'insomnie et décline rapidement.

(*A suivre.*)

ROGER-JEAN CHEVALLIER.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 45. — SAMEDI 5 JUIN 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des Hôpitaux *met à la disposition de MM. les étudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

Il ne sera donné suite à aucune demande passé le 30 juin.

Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE NOMINATION DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Séance du vendredi 28 mai 1937 :

Epreuve de thérapeutique chirurgicale.

MM. les docteurs Gosset, 29 ; Sauvage, 30 ; Padovani, 28 ; Longuet, 28.

Total des points obtenus par les candidats :

MM. les docteurs Gosset, 98 ; Sauvage, 95 ; Padovani, 91 ; Longuet, 91.

Sont nommés chirurgiens des hôpitaux : MM. G. Gosset et Sauvage.

CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Séance du lundi 31 mai 1937.

Nomination, 2e concours. Epreuve clinique :

MM. les docteurs Launay, 20,00 ; Lenègre, 20,00 ; Worms, 19,00 ; Lièvre, 19,18 ; Oumansky, 19,00 ; Kaplan, 19,00.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Le Conseil de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux a, dans sa séance du 14 mai 1937, émis le vœu « que tout projet de réformes d'études médicales, et en particulier d'études dentaires, ainsi que des titres y afférant, puisse être étudié dans les facultés de médecine avant de devenir projet de loi ».

Muséum d'histoire naturelle. — M. Pellegrin (François), sous-directeur de laboratoire au Muséum national d'histoire naturelle, est nommé professeur titulaire de la chaire de zoologie audit établissement, en remplacement de M. Roule, admis à la retraite.

Distinctions honorifiques. — M. le professeur Valère Crocq (de Bruxelles) a reçu la plaque de grand officier de l'Ordre royal belge de la Couronne.

— M. le professeur sénateur Raffaele Bastianelli (de Rome) a été nommé chevalier de l'Ordre civil de Savoie.

Le règlement des pensions de la Légion d'honneur, qui s'effectuait jusqu'ici le 1er juin et le 1er décembre, est reporté désormais au 1er juillet et au 1er janvier de chaque année.

Association générale des médecins de France. — *Assemblée générale annuelle.* — Cette assemblée a eu lieu sous la présidence de M. le docteur Chapon, le dimanche 23 mai 1937, à 14 heures, dans la salle des séances de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi. Seuls pouvaient y assister les membres du Conseil Général de l'Association, les présidents et délégués des Sociétés locales et les membres de la presse médicale.

Le soir, banquet à l'Hôtel Continental, rue Rouget-de-l'Isle, sous la présidence de M. le docteur Olmer, professeur à la Faculté de médecine de Marseille, président de la Société des Médecins des Bouches-du-Rhône.

Un médecin aviateur. — M. le professeur Eugenio Morelli, l'éminent directeur de l'Institut Carlo Forlanini, vient de recevoir son brevet de pilote à l'aéroport du Littorio, à

Rome. Son brevet lui a été remis par le général Valle, sous-secrétaire à l'Aéronautique.

La mortalité des médecins aux Etats-Unis. — Notre confrère Bertillon donne, dans le *Siècle médical*, les intéressants renseignements qui suivent :

« En 1936, 3.475 médecins sont morts aux Etats-Unis, contre 3.319 en 1935. L'âge moyen de mortalité des médecins a été de 64 ans et demi contre 62,2 en 1935. La principale cause de mortalité est toujours constituée par les cardiopathies. On compte 182 morts accidentelles contre 120 l'année précédente, et 59 suicides contre 47 en 1935. Parmi ces morts, 34 étaient présidents ou anciens présidents de sociétés d'Etats et 32 étaient membres effectifs ou honoraires de la House of Delegates. »

Un voyage d'études médicales à Vichy. — Selon une tradition fort heureuse, les élèves du Cours de perfectionnement d'hydro-climatologie de M. le professeur Maurice Villaret viennent de visiter la station de Vichy.

Cet important voyage d'études médicales avait à sa tête M. le professeur Villaret, entouré du professeur agrégé Justin-Besançon, du professeur Lavier, de la Faculté de Lille, et du docteur Deval. Il comprenait un groupe de médecins représentant dix pays différents : le Canada, la Colombie, l'Egypte, l'Indochine, l'Iran, la Grèce, le Mexique, le Portugal, la Tchécoslovaquie, la Tunisie, et de très nombreux internes et externes des hôpitaux de Paris.

La visite des installations thermales commença par le Laboratoire de recherches hydrologiques, dirigé par le docteur Lescœur, qui fit part à ses confrères de ses travaux et des résultats de ses recherches. Ce fut ensuite la réception par la Société des sciences médicales dans la vaste salle de conférences récemment aménagée avec bibliothèque attenante. M. le docteur Binet, président, souhaita une cordiale bienvenue aux distingués hôtes de la station, puis, dans une causerie très appréciée, il fit un bref historique de Vichy. et donna d'intéressantes précisions sur ses différentes sources ainsi que sur les indications de la cure. Après lui, M. le professeur Villaret fit à ses élèves la dernière conférence de son cours d'hydro-climatologie.

Un banquet offert par la Compagnie fermière et présidé par M. Normand, Directeur administratif, a réuni dans les salons de l'Hôtel du Parc les membres du voyage d'études médicales et quelques personnalités du Corps médical de Vichy. Au champagne, des discours furent prononcés par : MM. A. Normand, le docteur Binet, des médecins étrangers au nom de leurs nations respectives, et le professeur Villaret. A la sortie du banquet, une conférence fut faite par le professeur agrégé Justin-Besançon ; puis se poursuivit la visite des installations thermales : Grand Etablissement et ses divers services parmi lesquels ceux d'illutations et de cataplasmes de boues, transformés et considérablement augmentés cette année ; Sources de l'Etat, Sporting-Club de Vichy, splendide domaine aux magnifiques terrains de golf et courts de tennis ; les ateliers d'embouteillage et d'expéditions des eaux minérales Vichy-État ; enfin, Etablissement de 2e classe, « Bains Callou ».

Au cours de leur visite, les distingués membres du voyage d'études médicales manifestèrent à plusieurs reprises toute leur admiration pour les perfectionnements modernes apportés dans toutes ces installations. Ils ont quitté Vichy, en emportant de leur séjour dans la grande station thermale le meilleur souvenir.

Nécrologie. — Récemment est mort à Londres un des plus illustres neurologistes britanniques : S. A. Kinnier Wilson, médecin du Kings College Hospital et du National Hospital, de Queen Square. Kinnier Wilson était aussi consultant du Comité des asiles de Londres et directeur du *Journal of neurology and psychopathology.*

Kinnier Wilson était né à New-York en 1878, d'une famille écossaise. Il fit ses études en Ecosse, puis à Leipzig, enfin à Paris où il a été l'élève de Pierre Marie.

Ses travaux sur les chorées, la narcolepsie, l'épilepsie, le signe d'Argyll-Robertson, l'encéphalite épidémique, l'hystérie sont bien connus, mais il devait surtout sa célébrité à l'affection qui porte son nom et qu'il décrivit en 1912 : la dégénération hépato-lenticulaire.

CHRONIQUE

UNE CONFÉRENCE DU PROFESSEUR ANTHONY

Le 20 mai, à la Sorbonne, M. le professeur Anthony, du Muséum d'Histoire Naturelle, a fait une conférence sur le sujet suivant : « *Existe-t-il des dogmes en science ?* »

Malgré le mauvais temps, le public avait tenu à venir en foule écouter le conférencier qui, dans son exorde, fit un parallèle ou plutôt une comparaison entre la religion et la science, précisant que si la religion impose l'acceptation de dogmes intangibles à ses adeptes — ce qui est article de foi — la science, œuvre essentiellement humaine et constamment révisible, ne peut accepter l'existence de dogmes.

La science, en effet, peut accepter longtemps des idées paraissant démontrées par des expériences qu'on a pu croire définitives, quand de nouveaux travaux parviennent à détruire ce qui a été admis jusque-là. C'est là condition même du progrès scientifique qui exige que tous les travaux scientifiques soient connus du plus grand nombre de savants pour susciter toujours de nouvelles hypothèses et de nouvelles recherches. En un mot, pour M. Anthony, la science ne doit pas se stabiliser.

Le conférencier prend comme exemple son collègue du Muséum, le professeur Tissot qui, après vingt ans de recherches, prétend avoir établi une origine de la tuberculose non conforme aux doctrines admises depuis la découverte de Koch. On sait, en effet, que pour le docteur Tissot, la tuberculose serait d'origine endogène et non exogène.

Et M. Anthony, sans vouloir s'engager sur le fond du débat, de protester contre le silence fait autour des travaux de M. Tissot, silence analogue à celui qui accueillit les premiers travaux de Brown-Séquard sur les glandes endocrines. M. Anthony a d'ailleurs publié dans la *Revue Générale des Sciences pures et appliquées* du 15 mars 1937 (1) un article sur le *Conformisme scientifique*, dans lequel il déclare que *les professeurs du Muséum entendent sauvegarder la liberté de publication et de discussion scientifiques, tout en spécifiant qu'ils n'entendent prendre parti, ni pour, ni contre les conclusions de leurs collègues.*

Le conformisme, que combat M. Anthony, est, en somme, une véritable déformation professionnelle, qui risquerait de s'opposer à tout progrès de la science.

La dénonciation de ce travers fut l'objet principal de sa conférence.

MAURICE MORDAGNE.

(1) Chez Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL.D PASTEUR. PARIS (XVe)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS



DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

les 2 médicaments cardiaques essentiels

REVUE GENERALE

LA DYSOSTOSE CLÉIDO-CRANIENNE (1)

(MALADIE DE PIERRE MARIE ET SAINTON)

PAR MM.
G. CARRIÈRE, professeur de clinique médicale
CLAUDE HURIEZ, professeur agrégé
à la Faculté de Médecine de l'Université de Lille.
et G. DÉCAMPS

D. — Formes cliniques

Le tableau clinique de la dysostose cléido-cranio-dentaire est au complet dans plus de 80 % des observations que nous avons pu rassembler ; il réalise donc la *forme typique de la maladie de Pierre Marie et Sainton.*

Mais cette dystrophie réalise parfois des formes anormales, suivant que la symptomatologie en est plus ou moins complète, qu'elle est compliquée de troubles neurologiques, que son évolution est plus ou moins modifiée par la prédominance de manifestations, évoquant telle ou telle étiologie.

I. Formes symptomatiques. — Parmi les *formes symptomatiques*, il en est d'incomplètes, telles les *formes claviculaires pures* (cas de Mouchet et Errard ; de Mutel et Fourche), telles les *formes craniennes isolées* (un enfant de la famille étudiée par Villaret, puis par Mouchet ; le malade de Salmon).

En réalité, il s'agit de formes progressivement atténuées de la maladie de Pierre Marie et Sainton : d'une génération à l'autre, la dystrophie va en s'émoussant et, dans la descendance de ces sujets, elle peut n'engendrer qu'une légère malformation cranienne sans la moindre aplasie claviculaire ou inversement.

Et à l'appui de cette thèse nous rapporterons les constatations de Mouchet et de Langmead. Mouchet eut l'occasion d'examiner en 1911 la famille étudiée en 1905 par Villaret et Francoz : deux enfants avaient comme leur mère une pseudarthrose bilatérale de la clavicule, mais un 3e enfant n'avait aucune aplasie claviculaire alors qu'il présentait des déformations craniennes aussi nettes que sa mère et ses deux frères et sœurs.

Pareille atténuation de la dystrophie a pu être relevée par Langmead au cours de quatre générations d'une famille étudiée initialement par Carpenter.

Ces *formes incomplètes et atténuées* seraient beaucoup mieux connues si les publications avaient trait moins souvent à des cas isolés, dont l'intérêt est beaucoup moindre, lorsqu'il n'a pas été possible de les replacer dans leur cadre familial et ancestral.

Mais il existe, à l'opposé, des cas où la dystrophie ne se contente pas de frapper électivement les clavicules et le crâne, mais engendre encore d'autres malformations squelettiques.

C'est ainsi que Crouzon et Bouttier purent individualiser une *forme cléido-crano-pelvienne.* — En plus des symptômes classiques de la maladie de Pierre Marie et Sainton, leur malade présentait de multiples agénésies pelviennes : la symphyse pubienne n'était pas ossifiée, l'anneau des trous obturateurs était incomplet, en raison d'un défaut de développement des branches ischio-pubiennes, les cavités cotyloïdes étaient déformées et particulièrement réduites. Cette dystrophie pelvienne permettait une très grande mobilité anormale des membres inférieurs sur le bassin (grand écart) et des mouvements très étendus du tronc sur les cuisses (voir clichés 7 à 11). Delchef et Ory ont publié un autre exemple de cette forme pelvienne, retrouvée également par Rimbaud et Pages.

Des observations comme celles de Léri et Lièvre, de Léchelle, Thévenard et Mignot, comme la nôtre, permettent d'admettre l'existence de *formes cléido-cranio-vertébrales,* du fait de la réunion d'aplasie claviculaire, de dysostose cranienne et de spina bifida généralement multiples. — Ces formes sont par ailleurs généralement compliquées de troubles nerveux sur lesquels nous reviendrons.

Enfin un cas de Gabrielle réalise vraiment une *forme généralisée* de la dystrophie : à la dysostose cléido-cranienne s'ajoute un aplatissement du bassin, une dorsalisation de la 7e cervicale et une série de spina bifida atteignant CVI, CVII, DI et DII.

II. Formes compliquées. — Seule la constatation de *troubles neurologiques* est assez fréquente aux diverses périodes de la vie des sujets atteints de maladie de Pierre Marie et Sainton.

Des phénomènes de *compression du plexus brachial,* en rapport avec les anomalies claviculaires, n'ont été signalés cependant que dans l'observation de Spriggs, qui dut enlever à son malade le fragment para-acromial qui lésait les troncs nerveux.

Le plus souvent, il s'agit d'altérations nerveuses dont les rapports avec la dysostose cléido-cranienne sont plus discutables :

L'aspect du crâne, évoquant l'hydrocéphalie, a souvent fait redouter l'apparition ultérieure d'*altérations du psychisme.* Certes, un des malades de P. Marie et Sainton, âgé de 12 ans, était nettement « arriéré », cependant que quelques enfants n'ont parlé que vers l'âge de 3 à 4 ans et que Scheuthauer notait l'aliénation mentale chez un homme de 56 ans. Mais ces cas restent l'exception. Tous les auteurs insistent au contraire sur l'intégrité psychique au cours de la maladie de P. Marie et Sainton, sur le degré suffisant d'intelligence et d'instruction de ceux qui en sont atteints.

Par contre, des *manifestations encéphalo-méningées* ont été signalées, telles que des convulsions infantiles dans le cas de Villaret et Francoz. Le malade de Crouzon et Bouttier avait eu également des crises convulsives en bas âge et présenta des crises d'épilepsie à 16 ans, comme le sujet étudié par Dowse. Le malade de R. Voisin, Macé et Lépinay et Infroit aurait eu une méningite à l'âge de 4 ans et conservait encore à 16 ans des signes d'irritation pyramidale.

(1) Suite. Voir *Gaz. des Hôp.*, n° 43, du 29 mai 1937.

Un homme de 39 ans présentait lors de son examen par P. Marie et Sainton en 1897 une hémiplégie droite. A son autopsie en 1909, Roussy et Ameuille mettaient en évidence des lésions de syringomyélie.



Cliché n° 7.



Cliché n° 8.



Cliché n° 9.



Cliché n° 10.



Cliché n° 11.

LA DYSOSTOSE CLEIDO-CRANIO-PELVIENNE
Malade de CROUZON et BOUTTIER
in Nouveau traité de Médecine, tome XXII, p. 207. Masson et Cie, Editeurs.

Les altérations des organes des sens sont exceptionnelles, surtout en ce qui concerne la vision : des taches pigmentaires furent seulement observées dans le fond d'œil d'un des malades de Villaret et Francoz. Dans le cas de Salmon l'audition était très défectueuse à 7 ans, alors que le malade de Gabrielle était sourd. Cette surdité faisait partie d'une triade d'Hutchinson; elle était familiale dans le premier cas de Villaret et Francoz.

Des signes d'*atteinte radiculo-médullaire* ont été également notés : les réflexes rotuliens étaient abolis dans les cas de Hirtz et Louste, de Salmon, dont le malade avait une marche anormale, avec les genoux fléchis à 140°.

Le malade de Léchelle, Thévenard et Mignot accusait des paresthésies au niveau des membres supérieurs, du dérobement fréquent des jambes, cependant que les auteurs décelaient une hypoesthésie dans le territoire de la 4e paire sacrée. Il nous faut rappeler d'ailleurs que ce sujet avait été énurésique jusqu'à l'âge de 16 ans et que la radiologie avait décelé de multiples anomalies vertébrales concomitantes : des spina bifida de DI et CVII, une dorsalisation de la 7e cervicale et une lombalisation de la 1re sacrée.

Des constatations fort analogues furent faites chez notre malade qui, vers la trentaine, devint rapidement quadriplégique ; cette paralysie était flasque ; elle s'accompagnait d'une amyotrophie importante, d'une aréflexie généralisée, de troubles sensitifs accusés, mais il y avait intégrité des sphincters.

Nous avons cru d'abord que ces manifestations neurologiques étaient totalement indépendantes de la dystrophie cléido-cranienne. La malade était en effet une éthylique avérée et la rétrocession partielle des troubles moteurs sous l'influence d'un traitement intensif par la strychnine, accréditait l'hypothèse d'une polynévrite alcoolique banale, chez une femme atteinte de maladie de P. Marie et Sainton. Mais, après quelques progrès rapides, l'état de la malade devint stationnaire : elle put déplacer ses membres inférieurs sur le plan du lit, mais elle était incapable de marcher et ne se servait de ses mains qu'avec difficulté.

L'existence d'un double spina bifida, en DI et SI, affirmait chez elle une atteinte fort ancienne, remontant à la vie embryonnaire, des enveloppes médullaires.

Nous nous sommes dès lors demandé si l'intoxication éthylique ne s'était pas fixée électivement en des zones du système nerveux, antérieurement fragilisées par le processus de la période foetale. Cette hypothèse expliquait assez bien le demi-échec de la strychnothérapie intensive dans le traitement de cette polynévrite éthylique.

Mais chez notre malade, la notion d'une syphilis, affirmée par la positivité de la réaction de Kahn et par l'élévation à 13 de l'indice de floculation de Vernes, rendait plus complexe encore la question des rapports entre les troubles nerveux et la dysostose cléido-cranienne.

Nous ne croyons pas que la quadriplégie de cette malade dépende d'une myélite spécifique : en effet, les sphincters ne furent pas touchés, le liquide céphalo-rachidien était absolument normal ; les troubles moteurs enfin rétrocédèrent partiellement sous l'influence d'une simple strychnothérapie, et ne furent pas améliorés par l'institution ultérieure d'un traitement antispécifique intensif. Voilà qui cadre assez mal avec l'hypothèse d'une syphilis acquise, de même qu'il paraît difficile de rapporter ces accidents neurologiques suraigus, survenant chez une femme de 30 ans, à une hérédo-syphilis tardive.

Mais si la quadriplégie de notre malade semble beaucoup plus sous la dépendance d'un éthylisme avoué que d'une syphilis, nous ne croyons pas cependant que cette spécificité soit totalement étrangère et à la production de la dysostose cléido-cranienne et à la fragilisation du système nerveux de cette femme.

Nous rappellerons en effet, plus loin, les arguments avancés par Léri pour incriminer une infection intra-utérine dans la pathogénie de la maladie de P. Marie et Sainton. Ils sont analogues à ceux invoqués pour expliquer la production des spina bifida. Et dès lors, nous étions fondés à suspecter le rôle de la spécificité dans la réalisation des dystrophies claviculaires, craniennes et vertébrales et dans la localisation et l'évolution des troubles nerveux.

L'hypothèse spécifique était par ailleurs rendue vraisemblable chez notre malade par la survenue de convulsions mortelles chez son seul enfant à l'âge de 3 mois, et par la polymortalité infantile dans la « fratrie » à laquelle elle appartenait. Mais cette syphilis n'est affirmée, nous tenons à faire cette réserve, que par la positivité des réactions de Kahn et Vernes, alors que toutes les autres réactions étaient négatives dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

La constatation de troubles nerveux est assez fréquente au cours de la maladie de Pierre Marie et Sainton. Mais la survenue de convulsions infantiles, de crises d'épilepsie dans l'adolescence, de manifestations encéphalo-méningées ou radiculo-médullaires chez l'adulte s'explique vraisemblablement chez ces sujets par la fragilisation préalable du système nerveux par le processus de la période foetale, responsable de la production de dysostose cléido-cranienne.

III. Formes associées. — Les associations morbides ne figurent pas souvent dans les publications de cas de dysostose cléido-cranienne.

a) Les *anomalies congénitales*, telles que les hernies, l'ectopie testiculaire (Crouzon et Bouttier), la grenouillette (Hirtz et Louste), les nœvi pigmentaires (Crouzon et Bouttier)... ne sont relevées que dans 5 % des observations analysées dans notre tableau.

b) Parmi les *manifestations cutanées* signalées, citons le vitiligo (Salmon), le prurigo chronique de Hébra (Chevalley et Garcin), l'ichtyose (Delchef et Ory), le livedo (Pages, Pares et Conte), une translucidité anormale de la peau du nez et des narines (Salmon). Ce dernier malade présentait par ailleurs une abolition des réflexes rotuliens et une hyperkératose plantaire, qui apparaissait dès lors surtout comme un trouble trophique.

c) Les *perturbations endocriniennes* sont exceptionnelles, ou n'ont guère retenu l'attention des auteurs. Pierre mentionne l'existence d'un goitre chez une de ses malades, cependant que Léchelle, Thévenard et Mignot trouvent, chez un homme de 39 ans, un abaissement de 16,5 % du métabolisme basal. D'après Gullan, le cas de Hill Abram présentait également des signes d'hypothyroïdisme. Aux quelques cas où fut notée une dysovarie, il faut ajouter le nôtre : notre malade ne fut réglée qu'à 17 ans et depuis lors les menstruations ne surviennent que tous les 2, 3 mois. Pages, Pares et Conte rattachent l'adiposité de leur malade de 16 ans à une insuffisance thyro-ovarienne.

IV. Formes évolutives. — Nous signalerons, aux données génétiques, que le diagnostic de maladie de Pierre Marie et Sainton avait été posé aux âges les plus divers, dès la naissance ou dans une sénilité avancée ; c'est dire que la vie des sujets atteints de dysostose cléido-cranienne ne semble pas écourtée.

Cependant, un nouveau-né ne vécut que 20 heures (Morand) : il présentait d'ailleurs plus qu'une dysostose cléido-cranienne, ayant une absence totale de sternum et de cartilages costaux.

Par contre, les malades de Chevalley et Garcin, de Salmon avaient survécu bien qu'ils fussent nés fort avant terme, et qu'ils fussent particulièrement malingres et débiles. Dans la littérature médicale, nous n'avons trouvé mention que de sept morts en bas âge, avant trois ans (il est cependant indispensable de remarquer que dans les familles atteintes de maladie de P. Marie et Sainton, la dystrophie est peut-être passée inaperçue chez certains des sujets dont la mort prématurée a été signalée aux auteurs, qui n'en ont pas pu tenir compte dans la rédaction des schémas généalogiques). Certaines affections aiguës de l'enfance, notamment la rougeole et la coqueluche, paraissent revêtir une gravité particulière, puisqu'elles ont causé 6 des 7 décès précités. Nous relevons encore une ostéomyélite aiguë mortelle, chez une jeune fille de 15 ans, dont l'observation est due à Gilbert.

Chez l'adulte, les infections intercurrentes n'offrent aucun caractère anormal de fréquence ou de gravité : la mort par tuberculose pulmonaire est soulignée cependant dans quatre publications.

Les sujets atteints de dysostose cléido-cranienne sont, nous l'avons déjà écrit, des hypotrophiques. Et cependant, il ne semble pas que leur mortalité soit particulièrement élevée ou précoce. Nous n'en voulons pour preuves que le petit nombre d'autopsies qui ont pu être pratiquées (moins de 8 %).

E. — Données génétiques

Pour Pierre Marie et Sainton, le *caractère héréditaire* de la dysostose cléido-cranienne est suffisamment constant pour mériter d'être mentionné dans la définition même de la dystrophie.

Dans le tableau de Villaret et Francoz, l'hérédo-familiarité n'est affirmée que dans un quart seulement des publications analysées. A ces sept familles de dysostose cléido-cranienne notre étude permet d'en ajouter treize nouvelles.

Mais dans plus de la moitié des observations, le caractère héréditaire n'est pas mentionné ou n'est pas admis.

Dans nombre de cas, aucun renseignement n'est fourni à ce sujet. Pour les derniers, les auteurs ont dû vraisemblablement se fier aux dires du sujet étudié, sans pouvoir examiner sa famille.

En effet, la plupart des sujets atteints de dysostose cléido-cranienne atteignant l'âge mûr sans éprouver la moindre gêne dans l'exercice de professions parfois pénibles : un de nos cas, âgé actuellement de

49 ans, travaille au fond de la mine, depuis plus de 30 ans.

Donc quand l'enquête généalogique est uniquement basée sur les témoignages des malades, les réponses négatives ne nous semblent pas suffisantes pour éliminer définitivement le caractère héréditaire de l'affection. Autant que faire se peut, tous les autres membres de la famille devraient être soumis à un examen médical.

Exceptionnels deviennent les cas où une enquête génétique minutieusement conduite permet de conclure à l'existence d'un cas isolé de maladie de Pierre Marie et Sainton.

Cliché n° 12.
Arbre généalogique de la famille W..., étudié par LANGMEAD.

Cliché n° 13.
Observation personnelle.
Arbre généalogique de la famille BON..., de Bruay-en-Artois

Par ailleurs si le caractère héréditaire de l'affection est souvent peu net, c'est qu'il se prolongerait rarement, d'après Gegenbaur et Pierre Marie, au delà de deux générations. Villaret et Francoz notent cette atténuation de la transmission au delà de la 2e génération dans six familles ; une seule de leurs observations renferme des cas de dysostose à la 3e génération.

Dans les documents supplémentaires qu'il nous a été donné de rassembler nous relevons sept familles où la dystrophie ne dépasse pas la 2e génération, et six autres où elle s'étend sur 3 et 4 générations. La plus intéressante, à cet égard, est celle de Carpenter, dont l'étude reprise en 1916 par Langmead réunit 18 cas de dysostose en 4 générations (schéma n° 12).

Rappelons enfin notre constatation personnelle : pour la famille Bon... de Bruay-en-Artois (voir schéma généalogique n° 13) nous avons pu obtenir des renseignements suffisants sur 5 générations, groupant 33 membres dont 8 sont atteints de maladie de Pierre Marie et Sainton. Il nous faut reconnaître que les 4e et 5e générations sont respectées par la dystrophie.

Avec Villaret et Francoz, nous pensons que les auteurs se sont trop souvent heurtés à des difficultés matérielles difficilement surmontables pour connaître plus de deux générations d'une même famille, et qu'ils n'ont peut-être pas recherché suffisamment les formes frustes de la maladie de Pierre Marie et Sainton chez les ascendants et chez les descendants.

Dans l'étude d'une affection familiale, nous avons immédiatement songé à rechercher si le caractère héréditaire se transmettait conformément aux *lois de Mendel, de la dominance et de la ségrégation.*

Pour donner un exemple de la première, le croisement d'une souris grise et d'une souris blanche donnera une première génération de souris grises, le gris se comportant comme dominant par rapport au blanc. Cette loi, fort discutée depuis longtemps, n'a pu être vérifiée dans aucun des seize schémas généalogiques que nous avions établis en n'utilisant que les observations qui comportaient des précisions au point de vue familial. Reconnaissons cependant que le point de départ de la dystrophie dans chacune de ces familles a pu échapper à l'enquête des auteurs, qui ne s'étend jamais à plus de 5 générations, dans des cas comme le nôtre, qui restent par ailleurs l'exception.

On attache plus de valeur à la deuxième loi mendelienne dite de ségrégation : d'après celle-ci, les caractères des parents se disjoignent dès la deuxième génération, comme si chaque caractère se transmettait indépendamment des autres. Cette disjonction se fait dans des proportions définies 2-1, 3-1..., etc...

On admet généralement chez l'homme :

1° Qu'un sujet « atteint » transmet le caractère dystrophique à la moitié de sa descendance.

2° Que les descendants ainsi « atteints » transmettront à leur tour le caractère héréditaire à la moitié de leur descendance.

3° Que les descendants « indemnes » ont une descendance totalement « affranchie » du caractère mendelien.

4° Que cette transmission est indépendante du sexe du géniteur au départ et à l'aboutissant.

Il suffit de parcourir les schémas des familles les plus importantes, celles étudiées par Langmead et par nous, pour trouver des points en contradiction avec chacune des propositions précitées.

En effet : *a*) des individus « atteints » n'ont pas transmis le caractère dystrophique à leur descendance.

b) Des sujets « indemnes » ont eu des descendants touchés par la dystrophie.

c) Dans notre observation, le caractère héréditaire n'a été transmis que par les femmes, mais il faut reconnaître que dans la plupart des familles la transmission se fait aussi bien par les hommes que par les femmes.

En plus des lois mendéliennes, René Bénard (1) avait cru pouvoir codifier, sous le nom de *loi d'aînesse* et de *loi d'alternance*, l'ordre dans lequel se succéderaient, au cours d'une même génération, les normaux et les pathologiques :

1) « Dans une affection ou une dysmorphie héréditaire reconnaissant la proportion mendélienne, l'aîné des enfants est toujours atteint ».

2) « Dans les susdites familles, les sujets pathologiques et les sujets sains alternent entre eux, de façon rigoureuse pour les deux aînés, plus ou moins rigoureuse pour les suivants ».

Un corollaire logique de ces lois était d'admettre : « Que si dans une malformation héréditaire à type mendélien, l'aîné d'une génération n'était pas atteint, tous les autres sujets de la génération seraient indemnes et que l'hérédité de la dystrophie serait définitivement arrêtée ».

Dans la famille que nous avons pu étudier, il est indéniable que les lois d'aînesse et d'alternance apparaissent vérifiées, au cours de la 2e génération, mais dès la génération suivante les aînés ne sont pas « dystrophiés » et la succession des sujets sains et pathologiques se fait sans la moindre alternance.

Dès 1925, Apert (2) avait discuté ces propositions de Bénard, dont l'exactitude eût offert une solution remarquable à l'un des problèmes les plus graves de l'hérédité morbide : « Si les lois précédentes étaient vraies, on disposerait d'un moyen pratique d'éliminer les tares mendéliennes dans les descendances pathologiques. Il suffirait, dans les familles menacées, d'interrompre les grossesses impaires ».

Mais, de prime abord, la loi d'aînesse était apparue fausse à Apert qui faisait remarquer, à juste titre, que c'était un hasard qui faisait d'un individu l'aîné d'une famille « l'aîné véritable étant le premier ovule expulsé ».

Du fait que l'ovulation est spontanée chez la femme, chacune des lois de Mendel ou des propositions de Bénard n'avait que peu de chances à priori d'être vérifiée. Dans les familles très nombreuses, comme celles dont nous avons fait figurer plus haut les arbres génalogiques, les grossesses s'étaient succédé à une cadence si rapide que les lois mendéliennes avaient moins de chances d'être infirmées que dans les familles à natalité minime et espacée.

En somme après étude des schémas généalogiques de 16 familles atteintes de dysostose cléido-crânienne, nous nous rangeons à l'opinion formulée récemment par Schiller (3).

« En résumé, chez l'homme, les lois de la génétique mendélienne, non seulement ne sont pas confirmées, mais dans l'état actuel de la Science, reçoivent un démenti formel. »

Il faut cependant reconnaître que cette analyse porte sur une trop petite échelle pour avoir une signification absolue.

(1) R. Bénard. *Lois d'hérédité dans les affections à proportions mendéliennes*. Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. de Paris, 1924, p. 1751.

(2) Apert. Bulletin et mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 1925, p. 165.

(3) Schiller. *La génétique mendélienne et l'homme*. La Presse médicale, 17 mars 1937, p. 425-426.

***

Pour s'en tenir à des données beaucoup plus terre à terre, nous donnerons quelques précisions étiologiques sur 92 cas de dysostose cléido-cranienne :

— Chaque sexe est atteint indifféremment par la dystrophie, puisque le total précité réunit 46 hommes et 46 femmes.

— Enfin nous tenons à indiquer l'âge auquel on découvrit la maladie de Pierre Marie et Sainton chez ces sujets.

Ce fut : avant 1 an dans 8 cas,
entre 1 et 15 ans dans 32 cas,
entre 15 et 25 ans dans 18 cas,
entre 25 et 50 ans dans 24 cas,
au delà de 50 ans dans 10 cas.

En conclusions, les recherches généalogiques permettent bien de considérer la dysostose cléido-cranienne comme une maladie familiale, atteignant indifféremment hommes et femmes, et dont la transmission est indépendante du sexe du géniteur.

Ce caractère héréditaire est à la fois tenace et régressif, mais l'étude de familles atteintes de la maladie de Pierre Marie et Sainton infirme, une fois de plus, les lois de la génétique mendélienne chez l'homme.

DIAGNOSTIC

La découverte d'une aplasie claviculaire chez un sujet qui présente des malformations craniennes évoque tout de suite la maladie de P. Marie et Sainton ; ce diagnostic peut être affirmé si les stigmates craniens consistent bien en un élargissement transversal du crâne, avec un retard d'ossification des sutures et si ces malformations cléido-craniennes sont héréditaires.

L'*agénésie claviculaire est donc l'élément capital de diagnostic :* sa constatation est particulièrement facile quand les clavicules manquent en totalité, ou lorsque les fragments, parasternal et para-acromial, sont libres ou réunis par une pseudarthrose lâche. Elle devient plus délicate au cas de pseudarthrose serrée et ne peut alors être affirmée sans le secours de la radiographie.

Mais certains auteurs ont considéré que l'intégrité claviculaire ne permettait pas de rejeter le diagnostic de maladie de P. Marie et Sainton, dans des formes frustes, purement craniennes.

Cet élargissement du cadre de la maladie de P. Marie et Sainton reste justifié pour des sujets présentant des stigmates craniens et une intégrité claviculaire, mais appartenant à une famille où la dysostose cléido-cranienne est observée dans sa forme complète chez des ascendants ou des collatéraux.

Mais en dehors de ces *formes atténuées* ou *incomplètes, mais familiales*, il importe de ne pas poser sans ample discussion le diagnostic de *formes craniennes pures* de maladie de P. Marie et Sainton, devant des malformations isolées du crâne, fussent-elles même héréditaires. C'est ainsi que la thèse de Salmon concerne un enfant dont les clavicules sont intactes et dont la dystrophie cranienne et articulaire ne fut pas retrouvée chez les parents. C'est ainsi que Télémak

Fredbärj et Einar Fagerström (de Stockholm) ont décrit sous le nom très contestable de dysostose cléido-cranienne une malade familiale caractérisée par l'exagération du volume du crâne nettement brachycéphale, par l'absence de fermeture des fontanelles et de la suture sagitale, par la chute des cheveux, sourcils et cils à l'âge de 2 ou 3 ans, par un élargissement de la racine du nez, par une atrophie plus ou moins prononcée du nerf optique, cependant que les clavicules étaient normales.

D'après Grenet, il s'agit là d'un syndrome spécial qu'on ne peut pas ranger dans le cadre de la dysostose cléido-cranienne, dont il se distingue par l'intégrité claviculaire, par la calvitie et par l'atrophie optique. Tout aussi discutable est l'assimilation à la maladie de P. Marie et Sainton d'une dystrophie, décrite par Hurler, où les lésions craniennes sont du même ordre, mais où l'atteinte claviculaire consiste, non pas en une aplasie, mais en un épaississement des clavicules qui font une forte saillie, ainsi que les acromions.

Mais le diagnostic de maladie de P. Marie et Sainton pose également celui des « grosses têtes » et des « têtes déformées » dont Grenet a fait une étude si approfondie.

a) La dysostose cléido-cranienne a été confondue d'abord avec l'*hydrocéphalie*. Le diagnostic est d'autant plus délicat que dans certains cas (Carpenter, Crouzon et Bouttier, Léchelle, Thévenard et Mignot), les déformations craniennes s'accompagnent d'hydrocéphalie. C'est ainsi d'ailleurs que les deux premiers cas de P. Marie et Sainton avaient été catalogués par ces auteurs eux-mêmes comme hydrocéphalie héréditaire.

b) La *dystrophie cranio-faciale, ou maladie de Crouzon*, est nettement distincte de la dysostose cléido-cranienne, car elle ne s'accompagne jamais de lésions claviculaires, et par ailleurs les stigmates craniens diffèrent dans ces deux affections héréditaires.

Dans la maladie de Crouzon, la déformation du crâne consiste en « une bosse qui fait saillie au bord supérieur de l'os frontal, qui s'élève parfois en forme de tour, qui au contraire s'élève quelquefois avec une certaine obliquité. Parfois, il existe une zone dépressive au sommet de la bosse. Cette bosse est souvent prolongée par une crête transversale ou quelquefois par une crête antéro-postérieure qui, chez certains malades, existe seule et comme une forme fruste de la malformation ». La radiographie du crâne montre un aspect cérébriforme typique et les sutures ne sont pas visibles.

Il existe par ailleurs des malformations de la face, consistant en un nez écrasé ou arqué en bec de perroquet et un prognathisme de la mâchoire inférieure.

Enfin les troubles oculaires sont importants : l'exophtalmie est marquée, avec strabisme divergent, cependant que la vision est diminuée, voire supprimée, par étranglement du nerf dans le canal optique.

Mais il est tout un groupe de « grosses têtes » où le crâne apparaît volumineux, plus du fait d'hypertrophie osseuse proprement dite, que par suite de l'absence de soudures des pièces osseuses qui restent plus ou moins écartées les unes des autres.

c) Dans le *rachitisme* à prédominance cranienne, le développement des bosses frontales et pariétales entraîne la formation du front olympien, du crâne natiforme qui diffère de la dysostose cranienne de la maladie de P. Marie et Sainton.

Cependant dans les deux affections, on observe un retard de fermeture de la grande fontanelle, un retard de l'éruption dentaire, une implantation irrégulière des dents, une voûte palatine ogivale.

Mais les déformations du thorax en carène ou en entonnoir, avec un chapelet de nouures costales, les incurvations vertébrales, les déformations du bassin en cœur de carte à jouer, les tuméfactions des épiphyses et les incurvations diaphysaires qui sont l'apanage du rachitisme n'ont été qu'exceptionnellement notées dans la maladie de P. Marie et Sainton. Par ailleurs l'atteinte rachitique des clavicules se traduit par une exagération de leurs courbures, sans la moindre agénésie, caractéristique essentielle de la dysostose cléido-cranienne.

d) Parmi les stigmates osseux de la *syphilis héréditaire*, l'atteinte cranienne est souvent caractérisée par une hypertrophie des bosses frontales et pariétales, coïncidant d'ailleurs avec un retard de fermeture des fontanelles et des sutures. L'exagération par places de la raréfaction osseuse peut engendrer le *crânio-tabes* qui pour la plupart des auteurs est plus un signe de rachitisme que de syphilis. Mais les os syphilitiques sont épaissis, massifs du fait de l'ostéopériostite (tibias en lame de sabre) : à cet aspect il faut opposer la gracilité des os longs, leur amincissement dans la maladie de P. Marie et Sainton.

e) Les malformations craniennes ne sont pas constantes dans l'*achondroplasie* : elles ne présentent jamais l'intensité des déformations de la dysostose cléido-cranienne, elles consistent en une macrocéphalie assez régulière, avec élargissement de la face et aplatissement du nez. Mais surtout le nanisme, qui ne porte pas sur le tronc, et la micromélie atteignant les quatre membres, l'aspect de la main en trident, sont tout à fait caractéristiques.

Le diagnostic différentiel sera encore beaucoup plus aisé avec les malformations craniennes de l'acromégalie, du léontiasis osséa et de la xanthomatose crânio-hypophysaire :

f) Dans l'*acromégalie*, le crâne est peu touché, la face l'est beaucoup. L'allongement cranien porte sur le diamètre antéro-postérieur. Mais le visage est surtout augmenté dans toute sa hauteur, et prend la forme d'un ovale allongé. Le nez en « pied de marmite » le menton en « galoche » suffisent le plus souvent à caractériser le faciès acromégalique ; cependant que la radiographie du profil du crâne objective les altérations de la selle turcique. Mais ces déformations céphaliques s'accompagnent d'une augmentation des dimensions des mains et des pieds, d'une déformation du tronc réalisant l'aspect de « Polichinelle » et surtout ces déformations n'apparaissent que tardivement (rarement avant 20 ans) et progressivement.

g) Le *léontiasis osséa de Virchow* détermine une ostéopathie hypertrophiante en bosses saillantes sur les os de la face et du crâne qui donne aux malades un aspect léonin hideux. L'affection survient tardive-

ment et se traduit radiologiquement par une hyperostose diffuse.

h) Enfin l'augmentation de volume du crâne dans la *dysostose hypophysaire ou maladie de Schüller-Christian* ne prête guère à confusion ; elle s'accompagne de perforations des os de la voûte du crâne, surtout au niveau du frontal, et d'une triade caractéristique, faite d'exophtalmie, de diabète insipide, d'infantilisme hypophysaire. L'examen du sang révélerait en cas de doute une hypercholestérinémie considérable, témoin humoral de cette xanthomatose.

Mais, dans toutes ces affections, les malformations craniennes ne s'accompagnent pas d'anomalies par défaut des clavicules. *L'agénésie claviculaire reste toujours l'élément indispensable et suffisant pour affirmer un diagnostic de maladie de Pierre Marie et Sainton.*

(*A suivre.*)

LES INDICATIONS DU TRAITEMENT CRÉNOTHÉRAPIQUE DANS L'ADÉNOÏDISME INFANTILE

Par le docteur P. VALETTE (de La Bourboule)

L'indication d'un traitement crénothérapique chez les adénoïdiens se pose le plus souvent, après l'acte opératoire, lorsque l'amélioration escomptée ne survient pas dans les délais habituels.

Une cure hydrominérale, en effet, ne saurait prétendre seule à faire disparaître la tumeur adénoïdienne elle-même, dont l'ablation dans la plupart des cas doit être précoce et complète. Mais après la libération du cavum, elle devient alors vraiment la providence de ces « arriérés de la guérison » (Vialle) dont l'hyperadénoïdie pharyngée n'est qu'un symptôme de l'adénoïdisme et chez lesquels l'intervention ne peut plus constituer qu'un premier acte thérapeutique.

*
**

Les réactions qui persistent après le nettoyage du cavum chez certains sujets et qui nécessitent alors l'intervention du traitement crénothérapique sont en général de deux ordres : les unes intéressent l'ensemble de la muqueuse rhino-bronchique, les autres atteignent le système ganglionnaire.

Du côté de la muqueuse on constate que les tissus conservent toute leur sensibilité et que l'infection subsiste. Au niveau du rhino-pharynx les poussées d'angine rétro-nasale continuent à se reproduire, favorisant de nouveau l'hypertrophie des follicules encore enchâssés dans la muqueuse, tandis qu'au niveau de l'appareil pulmonaire les poussées inflammatoires ne cessent de se reproduire sous les plus minimes influences.

Du côté du système lymphoïde, la résolution espérée ne s'amorce pas et quelquefois même les ganglions continuent à augmenter de volume à l'occasion de chaque poussée nouvelle.

Or, la persistance de ces adénopathies chroniques et de cette débilité de la muqueuse rhino-bronchique bien décrite depuis longtemps déjà par Flurin, dépend surtout de l'état du terrain du petit malade.

L'hérédité tuberculeuse, l'hérédo-spécificité, le neuro-arthritisme, le lymphatisme, sont autant de facteurs pouvant favoriser chacun pour sa part, les réactions hyperplasiques des tissus lymphoïdes sous l'action des infections variées auxquelles est soumis l'enfant. Le lymphatisme surtout, qu'Hutinel a défini « une prédisposition générale du système lymphoïde à s'infecter et à réagir aux infections par l'hypertrophie » est le plus fréquemment en cause ; et ce sont assurément ces jeunes malades si particulièrement prédisposés aux écoulements des muqueuses, à propos desquels le docteur Comby a pu dire « le catarrhe naso-pharyngien est l'attribut de l'enfant lymphatique » dont l'activité circulatoire est réduite, le système nerveux particulièrement dépressible et les réactions trop vite épuisées, — qui payent actuellement le plus lourd tribut à l'adénoïdisme.

Dans la pratique médicale, nous avons tous gardé le souvenir de ces enfants pâles, anémiques, au crâne volumineux, au thorax rétréci, aux téguments blafards, dont la muqueuse rhino-pharyngée et l'appareil pulmonaire restent d'une fragilité désespérante malgré une intervention très correctement faite, dont les adénopathies persistent indéfiniment et qui n'ont vu, chez eux, survenir l'amélioration escomptée qu'après une cure hydrominérale post-opératoire.

L'impuissance des médications habituellement prescrites pour améliorer l'état général et diminuer la fragilité de ces petits malades, résulte précisément des rapports étroits qu'ont les phénomènes morbides observés avec l'état constitutionnel de l'enfant et ses tares héréditaires ou acquises. Bien peu de remèdes ont la propriété d'agir à la fois sur tous ces facteurs étiologiques dont l'importance est si considérable au cours du jeune âge. Et c'est justement parce que la médication hydrominérale seule a actuellement le pouvoir de modifier en quelques semaines l'état local des appareils lésés et le terrain de l'enfant qu'elle est alors seule utilement applicable dans ces circonstances.

*
**

Que peut-on donc attendre ici des cures hydrominérales ?

Localement l'eau minérale agit à la façon d'un véritable topique. Sous son influence l'hypersensibilité de la muqueuse s'atténue, les phénomènes réactionnels s'amendent et l'on voit rapidement les sécrétions diminuer et quelquefois se tarir avant la fin du traitement thermal.

Dans le même temps, la cure de boisson augmente la résistance des tissus à l'infection, diminue leur réceptivité, régularise la nutrition générale et fait secondairement rétrocéder les réactions ganglionnaires persistantes.

Suivant la station considérée, le tropisme particulier de l'arsenic thermal pour les muqueuses rhino-bronchiques, les tissus pulmonaires et le système glandulaire ; l'action du chlorure de sodium sur l'appareil lymphoïde ; le pouvoir antiseptique du soufre provoquent ainsi suivant les cas le redressement de

l'état constitutionnel de l'enfant et la guérison des désordres locaux qui en dépendent.

Enfin, si la respiration nasale ne s'est pas rétablie spontanément après l'intervention quelques séances de gymnastique respiratoire prudemment conduites sous la direction de moniteurs spécialisés, compléteront si besoin est, dans les meilleures conditions possibles, l'action du traitement crénothérapique ; pendant que la cure climatique, dont se double toute cure thermale quelle qu'elle soit, stimulera le fonctionnement des organes hémopoiétiques et améliorera l'équilibre du système nerveux organo-végétatif, si instable la plupart du temps chez les petits adénoïdiens.

L'augmentation de l'activité et la réapparition de l'appétit sont en général les premiers effets visibles de la modification du terrain. Puis souvent, dès la deuxième semaine de la cure, le teint se recolore, l'état de la muqueuse rhino-bronchique devient meilleur et les adénopathies commencent à rétrocéder. Enfin le traitement terminé, le relèvement de l'état général se confirme, les poussées rhino-bronchiques s'espacent et finissent par disparaître progressivement.

***

La transformation complète du terrain ne s'observe dans l'immense majorité des cas qu'après deux ou trois cures. Mais entre ces dernières l'organisme mis en état de défense par l'eau minérale peut déjà lutter avec succès contre les infections auxquelles il lui arrive encore d'être soumis.

Sept à huit semaines après la fin du premier traitement thermal, en effet, l'enfant semble à peu près immunisé contre les accidents qu'il présentait périodiquement auparavant. Cet état de santé apparente, à la faveur duquel les muqueuses peuvent reprendre leur vitalité normale en attendant que le redressement de l'état constitutionnel soit un fait acquis, est un des résultats les plus remarquables que l'on observe dans ces cas ; et ce n'est pas là le moindre des avantages que présente la prescription du traitement crénothérapique.

Quelquefois cependant, une vaccination locale peut être encore nécessaire quelques semaines après le séjour à la station (1), lorsque l'on se trouve en présence d'une infection grave du cavum qui ne paraît pas complètement s'éteindre, ou d'un catarrhe qui reparaît au bout de quelques mois, malgré l'amélioration manifeste de l'état général de l'enfant.

Mais même dans ces cas, aucune autre médication, même associée à la vaccinothérapie, ne semble susceptible de donner un redressement comparable de l'état constitutionnel et une amélioration immédiate semblable à celle que l'on obtient avec le traitement crénothérapique. Et c'est pourquoi, aujourd'hui, toutes les manifestations de l'adénoïdisme persistant sans tendance à la guérison au cours de la deuxième enfance, après le nettoyage du cavum, chez des sujets dont le terrain est nettement défectueux, constituent pour le moment une indication majeure du traitement crénothérapique sulfureux, arsenical ou sulfo-arsenical, suivant les symptômes qui prédominent chez les malades, même dans les cas les plus rebelles où tout a pu échouer précédemment.

(1) P. VALETTE et R. CLOGNE. La cure bourboulienne et les infections rhino-pharyngées rebelles chez les lymphatiques. Comm. au 1er Congr. Int. du Lymphatisme. Le Lympathisme, Tome II, Masson 1935 et « Comment traiter les infections chroniques ou récidivantes rebelles du rhino-pharynx au cours de la deuxième enfance » *Gaz. des Hôp.* 10 avril 1935.

CONGRÈS

JOURNÉES INTERNATIONALES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

1er au 10 juillet 1937

Dix sections : 1. Journées de la Maternité et de l'Enfance ; 2. Journées de la Médecine scolaire, organisées par la Société des médecins inspecteurs des écoles ; 3. Journées d'Hygiène, de Médecine et de Pharmacie militaire, organisées par le Service de santé de l'armée ; 4. Journées de la Marine militaire, par le Service de santé de la marine ; 5. Journées médicales coloniales, par le Service de santé des colonies ; 6. Journée de la Marine marchande ; 7. Journées médico-sociales, organisées par la Confédération des Syndicats médicaux français ; 8. Journées d'Hygiène dentaire, par la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires ; 9. Journées d'Hygiène urbaine, rurale et sociale ; 10. Journées de l'Aviation sanitaire, qui étudieront, chacune chez elle, les questions de médecine et d'hygiène les concernant plus spécialement, et en séance plénière (toutes sections réunies), les cinq questions à l'ordre du jour : 1. Le vêtement ; 2. L'alimentation ; 3. L'habitation ; 4. Les transports ; 5. L'éducation physique, les jeux, les sports et tout ce « qui assure l'équilibre physique et moral et apporte la meilleure contribution à cette évolution harmonieuse du corps et de l'esprit », et les maladies qui, dans ce domaine, résultent de l'inobservation des lois de l'hygiène.

Le Comité d'organisation a comme président le professeur Tanon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et comme secrétaire général, le docteur Georges Boyé, ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'inscription dans une section quelconque donne droit à assister à tous les travaux des sections, des Journées internationales et des Etats généraux de la santé publique.

Reconnaissant l'importance de ces Journées, M. le Ministre de la Défense nationale et M. le Ministre de la Marine ont bien voulu accorder que soit comptée pour une période d'instruction la présence, à ces manifestations, des officiers du Service de santé, de l'armée, des colonies et de la marine.

Les congressistes participeront à toutes les fêtes, visites, réceptions, etc..., profiteront de tous les avantages obtenus : réductions sur les prix des voyages, entrées gratuites à l'Exposition,

Renseignements et inscriptions au secrétariat général : 2, rue Chauchat, Paris. Provence 76-74, 76-75.

Congressistes : 100 francs ; familles de congressistes, étudiants, personnel des Œuvres médico-sociales : 50 francs (chèques, mandats, chèques postaux au nom du docteur Planson, trésorier, 164, rue de Courcelles, Paris. Compte chèques postaux. Paris 1781-39).

Conférences d'orthopédie et de chirurgie infantile, par le professeur Barboza VIANNA. In-8° de 151 pages, chez Est. Graf. Muniz, 48, rua Moncorvo Filho, à Rio-de-Janeiro.

Précis de médecine catholique, par le docteur Henri BON. Un vol. in-8° de 768 pages. Prix : 40 fr., Librairie Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 46. — MERCREDI 9 JUIN 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : 45 fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Etudiants : **25** francs par an.	Tous les autres pays : **75** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Nomination. Séance du mardi 1er juin 1937 (épreuve sur le malade) :

MM. les docteurs Launay, 20 ; Lenègre, 20.

Le classement des candidats s'établit ainsi qu'il suit : MM. les docteurs Launay, 40 ; Lenègre, 40.

CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Epreuve de *médecine opératoire*. — M. Mayer, 15 ; Mme Fayot-Petitmaire, 14 ; MM. Seguy, 18 ; Lepage, 17.

Consultation écrite. — M. Mayer, 19 ; Mme Fayot-Petitmaire, 18 ; MM. Seguy, 18 ; Lepage, 20.

Epreuve clinique. — MM. Lepage, 28 ; Seguy, 28.

Total des points : MM. Seguy, 145 ; Lepage, 143.

Sont nommés accoucheurs des hôpitaux : MM. Seguy et Lepage.

CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Nomination.

Séance du mardi 1er juin 1937. — Epreuve d'électrologie (sur le malade).

Notes obtenues : MM. les docteurs Penteuil, 15 ; Stuhl, 15 ; Mme Baude, 12 ; MM. Codet, 13 ; Brunet, 14.

Ministère de l'Education nationale. — M. Rosset, directeur de l'Enseignement primaire, est nommé directeur de l'enseignement supérieur, en remplacement de M. Cavallier, décédé.

M. Lecouturier, inspecteur général des services administratifs, est adjoint au Directeur de l'Enseignement supérieur.

M. Jean Zay, ministre de l'Education nationale, en accord avec M. Jean Perrin, sous-secrétaire d'Etat à la recherche scientifique, vient de constituer les cadres du service central de la recherche organisé par le décret du 28 avril 1937.

M. Laugier, professeur de physiologie à la Sorbonne, est nommé chef du service central ; Mme Mineur, licenciée ès sciences, est nommée secrétaire scientifique ; M. Jamati, chef de bureau à la direction de l'enseignement supérieur, est affecté au service central ;

C'est à M. Lecouturier, adjoint au directeur de l'enseignement supérieur, qu'est confié le poste d'administrateur de la caisse nationale de la recherche scientifique.

Asiles publics d'aliénés. — Le jury du concours de médecin des asiles d'aliénés en 1937 est constitué ainsi : *Président :* M. Dequidt. *Membres titulaires :* MM. Lévy-Valensi, Latapie, Frantz Adam, Demay, Gourriou, Beaussart et Lévêque. *Membres suppléants :* MM. Brousseau et Camus.

Marine. — La composition du jury pour l'admission à l'Ecole principale du Service de santé de la marine en 1937 a été fixée comme suit :

Ligne médicale. — Président : M. le médecin général de 2e classe Lancelin. — Membres : M. Loyer, médecin en chef de 2e classe, chirurgien des hôpitaux maritimes ; M. Clavier, médecin en chef de 2e classe, médecin des hôpitaux maritimes ; M. Bideau, médecin principal, professeur agrégé, spécialiste des hôpitaux maritimes ; M. Audiffren, pharmacien chimiste principal, professeur agrégé.

Hommage au professeur Sergent. — Les élèves et les amis du professeur Emile Sergent, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Broussais-La Charité, ont décidé, en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance, de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au maître graveur Dropsy. Tout souscripteur de 100 francs recevra une reproduction de la médaille. Prière d'envoyer les souscriptions par chèque, chèque postal (Paris 599) ou mandat au trésorier M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES MÉDECINS ET L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

Des projets dangereux ont été préparés pour organiser l'*Inspection médicale de l'Enseignement Secondaire*, et, en liaison ou non avec celle-ci, l'*Orientation professionnelle scolaire* à l'entrée de l'Enseignement du second degré. Je rappelle que cette nouvelle dénomination désigne le nouvel ordre d'Enseignement qui groupe sur le même pied le lycée, l'enseignement primaire supérieur et l'enseignement technique depuis cette semaine.

Le 27 mai dernier, la C. T. I. envoyait chez le ministre de l'Education nationale, M. Zay, une délégation de professeurs et de médecins, dirigée par M. Sainte-Lagüe, professeur de mathématiques, et le docteur Tissier-Guy, président du Syndicat des médecins de la Seine. Cette délégation a demandé au ministre de surseoir à la création de l'inspection médicale tant que les médecins n'auraient pas étudié le projet dans son intégralité. Les délégués ont fait savoir au ministre que le système de la *fiche scolaire* rencontrerait l'opposition des médecins qui voient dans sa constitution la suppression du secret professionnel.

Parallèlement à cette démarche d'où il ressort que l'*Inspection médicale* et l'*Orientation professionnelle scolaire* sont liées, la Commission de l'Enseignement de la Chambre des députés étudiait justement les projets sur l'orientation.

Le 28 mai, plusieurs professeurs membres de la *Société Franco-Ancienne* (professeurs de français et de langues anciennes) ont été entendus dans leurs critiques sur l'orientation professionnelle par la Commission ; MM. Lacroix, professeur de rhétorique supérieure au lycée Henri IV ; Boivin, professeur au lycée Lakanal, et Moulinier ont surtout insisté sur le tort considérable porté par l'orientation aux études classiques, *le latin devant être exclu des tests.*

M. Fedel, ancien professeur de rhétorique supérieure au lycée Henri IV, un des membres les plus écoutés du Conseil Supérieur de l'Instruction publique, a résumé les deux débats qui eurent lieu à la dernière session de ce Conseil et signalé quelles furent les oppositions à ce projet d' « ÉTRANGLEMENT » des lycéens de 12 ans. Cet orateur de qualité a longuement insisté auprès de la Commission pour que les Associations de Médecins qui ont étudié l'orientation professionnelle et ses funestes conséquences soient convoquées à sa barre.

***

Au point de vue médical, l'orientation professionnelle reste à l'ordre du jour :

En hiver 1936, les *Assises de médecine générale* ont organisé un grand débat à l'Hôtel-Dieu de Paris, sous la présidence du docteur Georges Duhamel, de l'Académie française et de l'Académie de médecine : les plus grands maîtres de la Faculté et les nombreux praticiens de province et de Paris qui prirent part à la discussion furent tous d'accord pour s'élever contre ce que j'appelle *l'orientation-sécateur.* Celle-ci a pour but de décider ce qu'un enfant de 11 à 12 ans sera capable de faire plus tard, et d'éliminer du lycée ceux que les *orienteurs* jugeront inaptes à continuer leurs études. Les conclusions adoptées marquèrent que l'orientation professionnelle scolaire était *impossible avant la puberté.*

La *Fédération corporative des médecins de la région parisienne*, à son tour, a institué deux grands débats sur l'orientation en avril et mai 1937 à la Faculté de médecine de Paris ; le docteur Wolfromm, membre de l'Association des pères de famille des élèves des lycées, a fait un rapport remarquable qui a combattu avec éloquence, ironie et science le projet des orienteurs. Si la Chambre des députés a connaissance de ce rapport, elle changera d'opinion.

Le 7 mai, j'ai précisé moi-même *pourquoi* et *comment* le ministre envisage l'orientation professionnelle qui est une arme de guerre puissante contre les collégiens cependant attirés en nombre et libéralement par les créateurs de l'Ecole unique. Et j'ai fait connaître l'existence d'un opposant de taille, celle de M. Herriot lui-même, le père légitime de l'Ecole unique.

***

Il apparaît donc nécessaire que les délégués des Associations médicales ayant étudié cette grave question de l'*Orientation professionnelle scolaire* demandent à être entendus par la Commission d'enseignement ; j'insiste en particulier auprès du docteur Henry Godlewsky, secrétaire général des *Assises médicales*, pour qu'il se fasse l'interprète de ses nombreux associés des débats de l'amphithéâtre Trousseau. Et je crois pouvoir annoncer qu'un important syndicat de médecins français a demandé à être entendu par M. Ducos, agrégé de l'Université, président de la Commission. Une délégation déjà constituée est prête à alerter les députés contre un projet dangereux, œuvre de gens qui ignorent les éléments de la puériculture au sens le plus large de ce mot. On peut être assuré que les médecins sauront prouver que l'orientation en classe de 6e est, selon le mot d'Albert Fedel, nettement *fallacieuse*, et qu'elle ne peut guère être faite avant l'âge de 17 ou 18 ans, âge du baccalauréat. Ceci revient à proclamer que, comme toujours, c'est le baccalauréat seul qui devrait classer les aptes et les inaptes à poursuivre les études supérieures.

Les médecins sont les seuls à pouvoir faire échouer l'orientation professionnelle scolaire : qu'ils ne l'oublient pas !

MAURICE MORDAGNE.

RENSEIGNEMENTS

Dans riche canton, pavillon confortable à louer, situation intéressante pour docteur actif et sérieux. S'adr. au journal. (E. L.).



FORMES ATYPIQUES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

(d'après 130 observations)

Par M. JACQUES DELMOND
Interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine

La P.G. peut réaliser au point de vue clinique à peu près tous les syndromes de la psychiatrie. Le syndrome physique qui l'accompagne, quoique précoce dans ses manifestations, se montre souvent incomplet. L'on fonde trop souvent le diagnostic sur des signes oculaires dont l'ouvrage capital de Joffroy et Mignot (1), pour prendre un exemple, a simplement démontré la diversité. La P.G. se manifeste encore parfois sous des aspects neurologiques divers, dont la nature spécifique peut n'être pas établie en définitive par les examens humoraux, quoique ceux-ci soient indispensables.

Beaucoup de praticiens n'ont pas toujours ces notions présentes à l'esprit et nombre d'entre eux ne s'arrêtent qu'à la *forme expansive mégalomaniaque*, qui demeure pour eux la « P. G. classique ». Or cette forme clinique, avec exaltation désordonnée et délire absurde de grandeurs, est loin d'être la plus fréquente, comme l'ont montré depuis longtemps les statistiques de Kraepelin, de Junius et Arndt, de Bostroem. Les formes dites démentielles, allant du simple fléchissement des facultés intellectuelles jusqu'à l'affaiblissement le plus profond et global, s'observent avec une bien plus grande fréquence. Et cependant, cette « démence » (contrairement à l'emploi courant de ce terme en psychiatrie) n'est pas irréversible, méritant ainsi le nom de « confusion » (Marchand). De véritables « récupérations sociales » sont possibles, sous l'influence d'un traitement bien choisi et régulièrement poursuivi.

Notre intention est simplement d'apporter une contribution statistique à l'étude de ces diverses formes. Pour cela nous avons observé dans l'ordre des entrées 130 paralytiques généraux, pris à l'Admission de l'Hôpital Psychiatrique Sainte-Anne (Division des Hommes) (2) sur une période de 5 mois (3). Ces malades ont tout d'abord été séparés, non sans de notables difficultés, d'une trentaine d'individus présentant des formes de syphilis cérébrale méningo-vasculaire, des psychoses où la syphilis intervenait dans l'étiologie et d'un certain nombre de « syndromes paralytiques » dont l'étiologie demeurait obscure ; (ces derniers représentaient une proportion de 3 %).

Nous étudierons tout d'abord les formes cliniques, puis les formes selon l'âge, enfin la date de la contamination et les traitements effectués.

(1) JOFFROY et Roger MIGNOT. La Paralysie générale (Paris, Doin, 1910).

(2) Médecin-chef : M. le Dr Xavier Abély, précédé dans ce service par MM. les Drs Génil-Perrin et Paul Courbon.

(3) Notre précédente statistique (*Ann. Méd.-Psych.*, 95, I : page 455, mars 1937) donne le chiffre de 108 P.G. confirmées, sur un total de 793 hommes internés dans les Asiles de la Seine, en quatre mois.

I. — DIVISION SELON LES GROUPES CLINIQUES

La répartition de ces 130 cas peut se schématiser sous les rubriques suivantes :

1) *Formes dites démentielles :* 57. Dans ce groupe sont comprises : A) les formes avec *affaiblissement simple* des facultés intellectuelles : 11 cas ; B) les formes avec *affaiblissement profond* (désorientation, troubles importants de la mémoire et du comportement) : 26 cas ; C) les formes dites de *démence euphorique* (affaiblissement avec optimisme, opportunisme, inconscience de la situation) : 20 cas.

2) *Formes expansives :* 27. Ce groupe englobe : A) les formes *expansives mégalomaniaques* ou P.G. « classiques », malades distribuant les millions, construisant des palais en or, etc. : 18 cas seulement ; B) les formes *hypomaniaques*, avec hyperactivité psychique, alacrité de l'humeur, turbulence encore modérée : 3 ; C) les *formes avec agitation*, colères, violences, activité psycho-motrice intense : 6.

3) *Formes confusionnelles :* 7, comprenant : A) des *états confusionnels* proprement dits, analogues à ceux d'autres causes rencontrés en psychiatrie : 6 ; B) *P.G. aiguë* ou « galopante » avec hyperthermie : 1 cas.

4) *Formes dépressives :* 8. A) *Etats dépressifs* avec idées de suicide, atonie générale, parfois avec conscience douloureuse de la maladie: 5 cas ; B) *Marasme terminal* avec parfois délire mélancolique : 3.

5) *Formes délirantes :* 10, groupant : A) *Syndromes paranoïdes :* 9 (avec hallucinations des divers sens), comprenant 6 malades impaludés et 3 P.G. avec alcoolisme ; B) *Délire de jalousie :* 1.

6) *Formes de Lissauer :* 3. Ce groupe comprend les formes à localisation autres que le Tabès (Hémiplégie : 2 cas, Paraplégie : 1 cas). Ne sont pas compris les malades ayant présenté une hémiparésie transitoire à la suite d'ictus apoplectiformes — le « coup de sang » de Bayle. Un 4e malade (obs. V, H. Be., 55 ans) a également été mis de côté, son état de torpeur et de marasme ne permettant pas de diagnostic ferme. Il présentait une paraplégie par méningomyélite avec, dans le liquide céphalo-rachidien : hyperalbuminose, pas de lymphocytose, réaction de Guillain subpositive, de Targowla positive, de Meinicke douteuse et de B.W. négative.

7) *Taboparalysie :* 16 cas. Nous donnons plus loin sous forme de tableau le détail des formes mentales observées conjointement aux signes de tabès et de localisation centrale.

8) *P.G. juvéniles :* 2 cas, comprenant un cas de P.G. infantile par hérédo-syphilis et un cas (par syphilis acquise) ayant débuté à 18 ans.

Formes avec symptômes de localisation (19 cas)

Forme mentale	Tabo P.G.	Hémiplégie	Paraplégie
—	—	—	—
Affaiblissement simple...	3 cas	1	1
Affaiblissement profond..	3 cas		
« Démence » euphorique.	3 cas	1	
F. expansive mégalomaniaque	2 cas		
F. avec agitation	1 cas		
F. délirante	3 cas		
F. avec aphasie	1 cas		

Au total, le pourcentage des groupes cliniques observés dans nos cas de P.G. est le suivant :

Formes dites démentielles : 43,84 %. Formes expansives : 20,76 %. Formes confusionnelles : 5,38 %. Formes dépressives : 6,15 %. Formes délirantes : 7,69 %. Formes avec signes de localisation : 14,61 %. (P.G. tabétique : 12,3 %.) Formes juvéniles : 1,53 %.

II. — Division selon l'age

Paralysie générale infantile : 1 cas (obs. XXIX, enfant âgé de 13 ans, mère atteinte de syphilis nerveuse, évolution ancienne) (4).

Paralysie générale juvénile : 1 cas (obs. XXIV, âgé de 21 ans, contamination précoce à 14 ans, premier internement à 18 ans pour une forme expansive).

Paralysie générale précoce : 9 cas, allant de 26 à 35 ans. Le premier (obs. CLVII, F. Hér., 26 ans) est encore un exemple de contamination dans la jeunesse, à 13 ans). Dans l'obs. CXXXIII (L. War., 31 ans) la contamination intervint à 20 ans, dès l'âge de 27 ans se manifestent des parésies passagères et des accidents aphasiques. L'obs. LXXVIII est celle d'un noir de 30 ans, la syphilis est là encore très ancienne.

Paralysies générales de l'adulte : *a)* de 35 à 40 ans : 34 cas, soit 26,15 % ; *b)* de 40 à 50 ans : 43 cas, soit 33,07 % ; *c)* de 50 à 60 ans : 31 cas, soit 23,84 %.

Paralysies générales séniles : 11 cas (soit 8,46 % des observations) qui se répartissent ainsi : *a)* de 60 à 70 ans : 9 cas ; *b)* un cas de 72 ans : taboparalysie avec délire de grandeurs, et un cas de 74 ans : forme d'affaiblissement profond avec fugues démentielles, présentant une formule humorale caractéristique de P.G.

Cette énumération montre l'abaissement de l'âge moyen de la P.G. Sur 130 malades, 43 ont moins de 40 ans (soit 33,07 %).

III. — Formes a sérologie négative

Le liquide céphalo-rachidien s'est montré totalement normal dans 3 cas, qui avaient été antérieurement traités. Le diagnostic clinique de P.G. ne présentait ici aucune difficulté, sauf en ce qui concerne un P.G. juvénile. Dans 9 cas, le liquide était très voisin de la normale, avec absence de lymphocytose et réactions de B.W. et de Meinicke négatives. Seule une légère albuminorachie (un benjoin subpositif dans quelques cas) pouvait indiquer le processus de méningo-encéphalite latente. Six de ces malades avaient été traités, 3 n'avaient pas reçu de traitement. Le pourcentage des formes de P.G. non traitées antérieurement et présentant des réactions négatives dans le L.C.R. est donc de 2,3 %. Mais les réactions dans le sang sont positives ou douteuses. Nous avions écarté de notre liste un certain nombre de malades présentant au point de vue clinique le syndrome paralytique, avec de fortes présomptions de syphilis acquise, mais réactions négatives dans le sang et le L.C.R. Leur observation résumée a été publiée à part (3).

(4) Delmond, Y. Longuet et L. Anglade (*Soc. Méd. Psych.*, séance du 8 avril 1937).

IV. — Réactions pupillaires

Elles ont été examinées chez 121 malades. La perte du réflexe de contraction à la lumière a été constatée chez 84 sujets. Dans 21 cas on note une simple parésse pupillaire. Dans 16 cas (13,22 %) la réaction à la lumière est normale. Le myosis a été noté dans 26 cas, l'anisocorie chez 45 malades, des déformations pupillaires nettes 39 fois.

V. — Date de la contamination

Un grand nombre de sujets avaient méconnu leur syphilis. Certains niaient absolument avoir contracté cette maladie. Pour beaucoup l'accident initial n'avait représenté qu'un événement insignifiant. En l'absence générale de renseignements autres que ceux fournis par les intéressés, la date précise du chancre n'a pu être établie que dans 24 cas, soit 20 % des observations.

1) Date inconnue ou syphilis niée : 104 malades, parmi lesquels 8 reconnaissaient avoir été contaminés autrefois.

2) Hérédo-syphilis : un cas, celui de P.G. infantile mentionné plus haut.

3) Un cas de P.G. survenue 3 ans 1/2 après le chancre (obs. CXXXIX, L. G., 41 ans), malade s'étant contenté d'une série de novarsénobenzol lors de l'accident primaire) (5).

4) Syphilis datant de 5 à 10 ans : 4 cas.

5) De 10 à 15 ans : 7 cas.

6) De 15 à 20 ans : 7 cas.

7) De 20 à 25 ans : 6 cas.

VI. — Traitements antérieurs

La notion de la nécessité d'un traitement prolongé de la syphilis ne s'était pas imposée aux sujets contaminés. Pour 72 de nos malades, on ne retrouve aucun traitement antérieur. 15 d'entre eux déclarent catégoriquement n'avoir subi aucun traitement, ayant ignoré ou méprisé leur syphilis.

Traités à l'époque du chancre : 3. *Traitements irréguliers :* 7. *Traitements réguliers par les divers antisyphilitiques :* 7. *Traitements intensifs de la dernière heure :* 2. (Il semble que ces traitements précipités aient été plutôt nocifs, le premier malade fit de nombreux ictus, le second une forme confusionnelle qui évolua en quelques semaines vers la P.G. aiguë, avec exitus rapide.) Enfin, 2 malades avaient reçu des traitements charlatanesques (magnétisme, « touches nasales »).

Dans 37 cas, la P.G. avait été diagnostiquée et soignée par les méthodes modernes, le Stovarsol sodique à doses variables, ou l'impaludation suivie de chimiothérapie.

Traités par le Stovarsol à doses modérées : 5. A doses élevées : 2 (cas XIX et LXVII. Ces deux malades avaient déjà été internés et étaient sortis avec récupération sociale, mais avaient cessé le traitement stovarsolique. Le premier qui, de plus, reprit des habi-

(5) Marchand, Y. Longuet et L. Anglade (*Ann. Méd. Psych.* t. 95, I: p. 243, février 1937).

tudes alcooliques, revint à l'Asile deux ans après, le second trois ans après).

Traitements par l'impaludation, déjà anciens, avec chimiothérapie consécutive : 18 cas, qui se répartissent au point de vue clinique en : formes d'affaiblissement profond : 10 ; formes avec démence euphorique : 3 ; forme dépressive : 1 ; forme agitée : 1 ; syndromes paranoïdes : 3.

Traitements par l'impaludation récente : 12 cas, comprenant notamment 4 formes avec agitation et 3 syndromes paranoïdes avec troubles de l'humeur et du caractère. Deux d'entre ces malades agités avaient reçu des injections de novarsénobenzol après l'impaludation.

Cette statistique qui, du point de vue des traitements antérieurs de la paralysie générale, montre le côté négatif de la question, nous enseigne également le grand nombre des P.G. résultant de syphilis non traitées, ou bien irrégulièrement ou insuffisamment traitées. Des examens suivis auraient pu montrer chez ces malades, bien avant l'apparition des troubles mentaux et des symptômes neurologiqus de la P.G., une augmentation de la lymphocytose et de l'albumine rachidienne, avec des réactions positives. Ces constatations auraient alors pu guider le praticien vers le choix d'antisyphilitiques appropriés, en l'occurrence les arsenicaux pentavalents, dont MM. Sézary, Barbé et notre Maître, M. Marchand, ont démontré l'action si efficace dans la neurosyphilis.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 MAI 1937)

Sur le mécanisme de la mort cellulaire par les hautes pressions ; modifications cytologiques accompagnant la mort chez la levure. — M. Basile LUYET.

Le pouvoir antitoxique du glutathion. Recherches sur le venin de cobra. — MM. Léon BINET, Georges WEILLER et Charles JAULMES.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 25 MAI 1937) (FIN)

L'emploi des eaux minérales — M. LE NOIR, au nom de la Commission des eaux minérales, demande à l'Académie que, dans toutes les stations thermales, les *eaux prises en boisson* — d'une façon quotidienne et prolongée — ne soient délivrées à la source que sur ordonnance médicale.

En outre, toute eau arsénicale ou sulfureuse forte ne pourra être délivrée, même occasionnellement, que sur ordonnance.

Une ordonnance médicale pourra être exigée pour l'usage des *pratiques externes* suivantes : *Bains* prolongés hyperthermaux, hyperminéralisés, carbogazeux, de vapeur, etc. ; *douches* hyperthermales, etc...; *inhalations*, massages sous l'eau, lavages de l'estomac, entéroclyse, injections sous-cutanées ou intraveineuses d'eaux thermales ou de gaz.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

(SÉANCE DU 1er JUIN 1937)

Intérêt de la voie nasale pour la division des airs et l'examen histo-bactériologique des sécrétions bronchiques séparées. — MM. Fernand BEZANÇON, Paul BRAUN, M. CACHIN, A. SOULAS et GUILLAUMIN rappellent qu'en 1936, à l'Académie, et dans un article de la *Presse médicale*, ils ont montré comment en utilisant la méthode bronchoscopique de Jacobeus, simplifiée par eux, on peut faire un examen fonctionnel comparatif de chacun des poumons et quel est l'intérêt pratique de cet examen dans les cas de tuberculose pulmonaire, lorsqu'il y a lieu de discuter une intervention chirurgicale, et enfin dans certains cas d'abcès du poumon. Ils montraient qu'on peut associer à cet examen fonctionnel l'examen bactériologique comparatif des sécrétions recueillies au niveau de chacun des poumons. Ils montraient, enfin, déjà la possibilité de remplacer le bronchoscope, encore traumatisant, par un dispositif en caoutchouc. L'un d'eux (Soulas) présentait, d'autre part, à la Société de Bronchoscopie les sondes qui servaient à ces examens, introduites par voie nasale.

En février 1937, MM. Kindberg, Lapiné et Adida utilisant l'introduction par voie nasale de sondes molles, montraient tout l'intérêt de cette technique pour l'étude bactériologique des sécrétions ainsi séparément recueillies.

Poursuivant leurs études, MM. F. Bezançon et ses collaborateurs ont substitué au bronchoscope, qui leur avait servi primitivement, des sondes molles, simples, opaques aux rayons, introduites par voie nasale successivement dans chacune des bronches sous le contrôle de l'écran. Ils montrent que l'on peut ainsi, d'une part, quoique avec moins de rigueur qu'avec la bronchoscopie, faire l'examen fonctionnel et obtenir des résultats suffisants du point de vue pratique, comme ils l'ont vu dans 15 cas, que l'on doit, d'autre part, non seulement faire l'examen bactériologique des sécrétions recueillies, mais aussi leur examen histologique. Ils ont pu ainsi préciser la nature purulente de certaines sécrétions recueillies d'un côté, alors qu'il ne s'agissait que de sécrétions muqueuses du côté opposé.

La comparaison des résultats bactériologique et histologique entre les deux côtés, associée à l'examen fonctionnel permet dans les cas typiques d'apporter des déductions analogues à celles que permet la séparation des urines où l'on procède également à l'examen fonctionnel des reins séparés et à l'examen histo-bactériologique comparé des urines séparées.

Les résultats auront d'autant plus de valeur que les trois examens donneront des réponses concordantes.

Visibilité de l'oreillette gauche en frontale au sein de la silhouette cardiaque. — MM. Ch. LAUBRY, D. ROUTIER et R. HEIM DE BALSAC. Se basant sur leurs précédentes études anatomo-radiologiques des cavités cardiaques expérimentalement opacifiées, les auteurs situent la projection frontale de l'oreillette gauche à l'intérieur de la masse cardiaque dans son cadran supéro-droit. Normale, elle est donc radiologiquement invisible.

Chez le mitral, dans un premier stade, cette cavité augmente de volume, se développe vers l'arrière, et oppose ainsi l'épaisseur accrue de son contenu au passage du rayonnement. Sa projection apparaît alors comme un disque plus sombre au sein de la masse cardiaque, à proximité du bord droit, formant une image *en double contour*, dont l'interne appartient à l'oreillette gauche.

Dans un stade plus avancé, l'oreillette gauche s'épanche habituellement vers la droite, elle émerge alors de la silhouette cardio-vasculaire, au niveau de l'angle cardio-pédiculaire droit, repoussant l'ombre hilaire vers le haut, tandis que vers le bas, sa projection coupe le bord droit du cœur, formant avec lui une image en double feston, dont l'arc inférieur appartient à l'oreillette droite.

L'oreillette gauche encore plus dilatée, accuse sa migration vers la droite, contournant et englobant l'oreillette droite en formant une nouvelle image *en double contour* dont l'externe cette fois lui appartient.

Dans les énormes dilatations auriculaires gauches, cette cavité forme à nouveau une ombre homogène qui peut atteindre la paroi thoracique droite.

La migration de l'oreillette gauche vers la gauche est exceptionnelle et se caractérise par son émergence avec image en double contour au niveau de l'arc moyen.

La visibilité de l'oreillette gauche au sein de la masse cardiaque en position frontale complète utilement les renseignements fournis par les examens sous les autres incidences et, fait capital, facilite chez les mitraux l'appréciation de son accroissement.

Cuti-réaction et intradermo-réaction à la tuberculine chez les vaccinés par le B. C. G. et chez les non vaccinés. — MM. Foley et Parrot. (Présentation faite par M. Ed. Sergent.)

L'infection ourlienne chez le lapin. — MM. de Lavergne, Kissel, Accoyer et Chahidi.

Comité secret. — L'Académie a entendu un exposé de M. H. Vincent, sur la **question de la propriété scientifique.**

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1937)

Prélèvement direct intra-bronchique. Recherche du B. K. et division des crachats. — MM. Léon-Kindberg, Lapine et Adida. Méthode simple, facile à mettre en œuvre et bien supportée. Aucune réaction douloureuse. Méthode très sensible mise en œuvre de la façon suivante : introduction nasale d'un fine sonde rigide après une légère analgésie ; injection de 10 cmc. de sérum stérile ; aspiration et examen du liquide extrait. Chez une malade qui pendant deux mois présenta un état fébrile sans localisation, la réponse positive (B.K.) du prélèvement hédo-bronchique précéda la première apparition d'un foyer tuberculeux traité ultérieurement. Cette méthode permet également la séparation des crachats des deux poumons. Elle permet seule de repousser une collapsothérapie bilatérale.

Etude clinique de la tuberculose cervico-pulmonaire homolatérale. — MM. E. Bernard, Grossiord et Vildé. 17 observations concernant des tuberculeuses adultes atteintes à la fois de lésions pulmonaires et d'adénopathies cervicales. Le plus souvent il y a précession des adénopathies sur les lésions pulmonaires. Ces observations soulignent l'intérêt et l'importance de la voie lymphatique dans la propagation de la tuberculose.

Gros orteil d'apparence syringomyélique avec fractures spontanées multiples du métatarse. Considérations physico-pathologiques et thérapeutiques. — MM. Gilbert-Dreyfus et Zarachovitch. Malade qui, après deux maux perforants plantaires, présenta une tuméfaction énorme du gros orteil avec hypercoloration, hyperthermie et hypersudation locales. A la radio : trois fractures spontanées du métatarse. Une intervention (sympathectomie périfémorale) pratiquée en même temps que l'ablation de ganglions inguinaux hypertrophiés, amène une grande amélioration.

Syndrome d'Adie et hérédo-syphilis probable. — MM. Laignel-Lavastine, Gallot et Nouaille. Malade de 30 ans chez qui un examen pratiqué pendant une crise éthylique montra l'existence d'un syndrome d'Adie (papillotomie droite, abolition des réflexes tendineux). Le liquide céphalo-rachidien présentait des anomalies non signalées dans le syndrome (albumine 0,40 ; lymphocytes 4 ; Wassermann négatif ; benjoin étalé). Nature hérédo-syphilitique de ce cas probable.

Ramollissements pseudo-tumoraux de l'encéphale. — MM. Ritter et Planques (Toulouse). Trois sujets atteints de ramollissement cérébral ont présenté des signes en foyer importants, apparus progressivement dans deux cas et chez l'un d'eux de l'épilepsie jacksonnienne préalable. Dans l'ensemble l'évolution clinique était celle d'une tumeur chez des sujets jeunes sans artério-sclérose ni hypertension artérielle. La ventriculographie est d'un gros intérêt sauf dans les premiers jours qui suivent l'apparition des signes cliniques, car le foyer de ramollissement aigu peut donner les mêmes images qu'une tumeur.

Valeur de la ponction de la moelle osseuse pour le diagnostic du kala-azar méditerranéen. — MM. Giraud et Gaubert (Marseille). La ponction du tibia est d'une technique aisée, peu douloureuse et d'une innocuité absolue. Découverte des parasites dans 15 cas sur 22. Ce procédé doit être employé d'emblée en même temps que la ponction ganglionnaire pour la recherche des leishmanies. En cas douteux, recourir à la ponction de la rate.

(SÉANCE DU 5 MARS 1937)

L'évolution de l'ascorbiurie dans le traitement du scorbut de l'adulte. — MM. N. Fiessinger, Dupuy et Aussannaire. Evolution d'un cas de scorbut chez l'adulte, avec guérison obtenue par administration de 100 milligr. d'acide ascorbique par voie musculaire, puis par du citron par voie buccale. Les auteurs insistent sur la longueur de la période d'absence d'élimination urinaire d'acide ascorbique, malgré la régression du scorbut. L'acide ascorbique apparut dans les urines seulement au bout de 13 jours, le malade étant guéri.

Nouvelle spirochétose (fièvre continue avec présence d'un spirochète pathogène dans le sang). — MM. Lesné, Troisier et Bénard. Observation de fièvre continue chez un enfant de 13 ans chez lequel le séro-diagnostic de Widal et l'hémoculture ne permirent pas de déceler l'infection typho-paratyphique. Par contre, une hémoculture put mettre en évidence, le 16° jour de la maladie, après 5 jours d'étuve, un microorganisme spiralé qui représentait un spirochète repiquable en série, en prenant le soin d'ajouter au bouillon du sang frais stérile. Ce spirochète provoqua chez l'homme une maladie fébrile de 2 jours après une incubation apyrétique de 4 à 8 jours. Il s'agissait donc d'un spirochète pathogène autonome.

Cancer du poumon à forme paraplégique. — MM. Monier-Vinard et Brunel. Dans ce cas, la première manifestation clinique d'un cancer du poumon fut une métastase rachidienne provoquant une paraplégie douloureuse à marche rapide entraînant la mort en 3 mois. Pendant la crise, aucun symptôme respiratoire. A l'autopsie, on put contrôler qu'une opacité radiographique était un cancer du poumon à point de départ dans la muqueuse bronchique, dont l'essaimage rachidien entraîna une paraplégie douloureuse.

A propos de la recherche de l'hémolyse. — M. De Gennes insiste sur les précautions à prendre lors des recherches hématologiques dans l'ictère hémolytique et l'hémoglobinurie paroxystique. Chez une malade présentant des signes d'ictère hémolytique, si on négligeait cette précaution, on trouvait une hémolyse telle que le sang hémolysait dans la seringue même, alors que la résistance globulaire se montrait dans les délais normaux quand le matériel était chauffé.

Maladie de Hodgkin vraisemblable à localisation médiastino-pulmonaire et osseuse. Tuberculose terminale. — MM. Loeper, Lemaire et Varay. Observation d'une malade chez qui l'examen clinique révélait seulement une fièvre ondulante, une grosse rate, deux tumeurs de la paroi thoracique ;

et l'examen radiologique, une adénopathie médiastine, une atteinte parenchymateuse du poumon gauche et une paralysie phrénique gauche. Jamais de prurit ni d'adénopathie. Examen du sang négatif. Il s'agit sans doute d'une maladie de Hodgkin, mais le diagnostic demeure incertain.

L'équilibre acido-basique dans certains eczémas et certaines urticaires. Un cas de provocation à volonté d'urticaire ou d'asthme par modification de l'équilibre acido-basique. — MM. P. Vallery-Radot, Blamoutier, Claude et de Lavedan de Casaubon. Les auteurs ont constaté la fréquence du déséquilibre acido-basique dans l'eczéma, l'urticaire et l'œdème de Quincke. Ils ont constaté soit un état d'acidose, soit un état d'alcalose et se sont efforcés de redresser l'équilibre acido-basique par les régimes et les médicaments alcalinisants ou acidifiants, selon les cas. Ils ont constaté leur action correctrice manifeste. Ils ont observé un malade ne faisant de l'urticaire qu'en acidose et de l'asthme qu'en alcalose.

(SÉANCE DU 12 MARS 1937)

Myxœdème à la suite de l'ablation d'un goitre lingual. — MM. Sainton, Ardoin et Francfort. Myxœdème après ablation d'une tumeur de la base de la langue, syndrome de thyroïdie caractérisé par engraissement de 20 kgr. en deux ans, par une apathie très marquée, par un ralentissement du pouls, par un abaissement du métabolisme basal. Les coupes démontrèrent qu'il s'agissait d'un goitre hyperplasique. Ce cas attire l'attention sur le rôle des thyroïdies ectopiques en pathologie endocrinienne.

Densité du sang chez les tuberculeux. Ses rapports avec la tension artérielle et le volume du cœur. — MM. Ravina, Domart, Orinstein et Brouillaud, par la méthode de Dufour, ont pu constater que la densité sanguine est inférieure, chez les tuberculeux, à celle des sujets normaux ou atteints d'autres maladies. A la densité sanguine faible correspond une tension artérielle basse et un cœur petit.

Septicémie à pneumobacille de Friedlander. — MM. Brulé, Hillemand et Gaube.

Sclérodermie avec concrétions calcaires (syndrome de Thibierge-Weissenbach) associée à un rhumatisme vertébral et à une lithiase urinaire. — MM. Roger, Paillas et Boudouresque (Marseille). Début de la maladie à l'âge de 13 ans, par du sclérœdème, suivi d'atrophie de la peau et des muscles du membre inférieur gauche, et suivi de l'apparition d'ulcérations. Elimination vers l'âge de 50 ans de pierres cutanées constituées par du phosphate et du carbonate de chaux. Il s'agit sans doute de troubles du métabolisme calcique d'origine parathyroïdienne.

Syndrome de Thieberge-Weissenbach avec crises subintrantes d'acro-syncope améliorées après intervention sur la région parathyroïdienne. — MM. Gilbert Dreyfus et Jean Weill. Femme de 52 ans ayant depuis l'âge de 22 ans des crises de syncope des doigts, des orteils et de la langue, après quoi apparurent des concrétions calcaires sous-cutanées aux doigts, aux coudes et aux genoux, une sclérodactylie et des télangiectasies multiples. On tente une parathyroïdectomie. Amélioration considérable et persistante.

45 cas de thyroïdectomie subtotale pour arythmie complète et insuffisance cardiaque basedowiennes. — M. Lian. Excellents résultats de la thyroïdectomie subtotale dans l'arythmie complète et l'insuffisance cardiaque basedowienne ; aucun accident opératoire. L'intervention supprime l'hyperthyroïdie cause des accidents cardiaques et diminue le métabolisme basal.

Hypertrophie du gros orteil avec mal perforant plantaire. — MM. May et Kipfer. Deux observations de mal perforant plantaire avec hypertrophie des deux gros orteils, survenus d'une façon primitive, en dehors de tout syndrome neurologique, sans signes de syphilis, avec liquide céphalo-rachidien normal. S'agit-il d'un tabès fruste, d'un syndrome syringomyélique ? Une sympathectomie pratiquée chez l'un des malades amena une guérison de 15 mois, suivie de récidive.

(SÉANCE DU 19 MARS 1937)

Block traumatique compliqué du cœur datant de 20 ans. — MM. Duvoir, Pollet, Pautrat et Mme Neret. Etude d'un cas de block cardiaque traumatique avec fibrillation auriculaire. L'intérêt de cette observation s'accroît du fait que le traumatisme date de 20 ans et que le sujet a été examiné deux ans plus tard, qui découvrit le block cardiaque traumatique. Il est rare de pouvoir décrire de pareils blocks pendant une aussi longue période de temps.

Septicémie staphylococcique « post abortum » avec phlébite. Guérison. — MM. Troisier, Bariéty et Lesobre. Femme de 37 ans, atteinte de septicémie post abortum. A l'hémoculture, présence du staphylocoque doré. Apparition d'une phlegmatia. Une deuxième rechute fut jugulée par un traitement par la Carbobxyl-sulfamido-chrysoïdine.

Crises d'hypersalivation au cours d'une névralgie du trijumeau par éburation du canal dentaire inférieur. — MM. Laignel-Lavastine et Rambaud.

Roentgenthérapie de la maladie de Basedow. Indications et résultats. — M. Gibert déclare que les formes aiguës et les formes classiques progressives de la maladie de Basedow sont surtout favorables. Les formes frustes ne doivent être irradiées qu'après un examen clinique sévère. Les récidives chirurgicales paraissent avoir une radiosensibilité normale. Dans les formes classiques, la guérison est de l'ordre de 60 p. 100 ; mais 10 p. 100 sont radio-résistances. Telles sont les indications de la chirurgie.

M. Hagueneau déclare que les guérisons radiothérapiques ne sont pas définitives.

M. Béclère déclare aussi qu'il faut tenter la radiothérapie avant de recourir à la chirurgie, à condition de la pratiquer correctement.

Asthme guéri depuis six ans après une appendicectomie. — M. Gutmann.

Un cas d'hépatite nodulaire aiguë amibienne. — MM. Gosset et Gutmann. Cas d'hépatite nodulaire aiguë chez une amibiasique chronique. Ce cas se rapproche de ceux de Kelsch et Kiener, qui ont décrit jadis des « abcès fibreux » du foie, dont certains avaient une évolution bénigne.

Ictère grave pseudo lithiasique avec atrophie douloureuse du foie. — MM. Chabrol et Peirot. Observation d'une femme de 57 ans présentant tous les signes d'un ictère calculeux sans avoir la moindre concrétion cholestérinique ou pigmentaire dans le canal cholédoque ou dans la vésicule. S'agit-il d'une affection spécifique ou d'un syndrome anatomo-clinique pouvant relever de causes diverses ? Les auteurs étudient comparativement le cholestérol et les sels biliaires du sang. Presque toujours, l'ictère par obstruction calculaire s'accompagne d'une hypercholestérolémie et d'une élévation de la cholalémie, alors que chez une malade atteinte d'atrophie douloureuse du foie, la contre-indication opératoire doit tenir compte de : 1° l'abaissement de la cholestérolémie ; 2° de la disparition complète de l'acide cholalique du sang ; 3° de l'élévation anormale de l'index tyrosinique à 47 mgr.

Index tyramine dans les hépatites. — MM. Loeper et Lesur. Pour apprécier la fonction du foie vis-à-vis des protides, les auteurs préfèrent la recherche de l'index tyramine. Pour eux, il y a un rapport entre le taux de la thyramine sanguine et la gravité de l'hépatite. La tyramine est une substance qui agit comme l'éphédrine sur le sympathique, sur les parois vasculaires et sur la pupille. Il semble y avoir une relation entre les chiffres trouvés et les formations télangiectasiques de la peau chez les cirrhotiques.

Syndrome de Landry mortel après une injection préventive de sérum antitétanique. — MM. Rivet et Green.

Traitement de la fièvre typhoïde par la vitamine A. — MM. Giraud, Sardou, Boudouresque, Provensal. L'emploi de préparations de vitamine A paraît donner de bons résultats. L'évolution de la courbe fébrile est écourtée ; jamais on n'a observé ni une hémorragie ni une perforation intestinale. Il semble que la vitamine agisse sur la trophicité des tissus et favorise la nutrition des tuniques intestinales en évitant les complications digestives redoutables de la fièvre typhoïde.

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL DE PYRÉTOTHÉRAPIE

Le Ier Congrès international de pyrétothérapie vient de se tenir à New-York (Columbia University) les 29, 30 et 31 mars dernier.

Les médecins américains en avaient confié l'organisation européenne aux médecins français. Un comité français avait été formé sous le haut patronage du ministre de la Santé publique et la présidence d'honneur du professeur d'Arsonval. Il comprenait : M. le professeur Abrami, président ; les docteurs André Halphen et J. Auclair, secrétaires généraux ; M. le professeur agrégé Alajouanine, M. le professeur Binet, M. le professeur Claude, M. le professeur Gougerot, M. le docteur Janet, M. le professeur agrégé Lardennois, M. le professeur Laubry, M. le docteur Le Mée, M. le professeur Levaditi, M. le professeur agrégé Ch. Richet. A son image, des comités nationaux furent constitués dans les vingt principaux pays européens.

Outre M. le professeur Abrami, président, et le docteur André Halphen, secrétaire général, la délégation française comprenait : les professeurs agrégés Lardennois et Ch. Richet, les docteurs G. Blechmann, M. R. Dreyfus, M. Ducoste, J. Janet, G. Lapine, J. Mawas (représentant M. Perrin, sous-secrétaire d'Etat à la Recherche scientifique) et P. Rubenovitch.

Quinze autres gouvernements avaient envoyé des représentants officiels, en particulier ceux de l'Angleterre, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Danemark, la Grèce, le Mexique, la Yougoslavie. Les Etats-Unis avaient délégué un représentant de la Santé publique, ainsi que du service de santé de l'organisation hospitalière de New-York, un représentant du corps de santé de l'armée et de la marine.

La bienvenue fut souhaitée par le docteur A.-O. Whipple, professeur de pathologie chirurgicale à « Columbia University ». A toutes les séances, l'empressement des congressistes a été très grand et, malgré le bilinguisme, les discussions furent nombreuses et animées. Le Congrès fut clos par un grand banquet qui réunit plus de 300 congressistes. A l'issue de celui-ci, le docteur W. Bierman, secrétaire général pour l'Amérique, après avoir lu un message du président Roosevelt et salué les personnalités présentes, parmi lesquelles le consul général de France, remercia les congressistes d'être venus en si grand nombre malgré l'importance du déplacement, et d'avoir apporté, par leurs travaux, une contribution si substantielle à l'étude de la pyrétothérapie.

En présentant les remerciements de la délégation française, le professeur Abrami ne manqua pas de souligner la perfection de l'organisation américaine qui, par ses moyens puissants de diffusion : publications, prises de vues cinématographiques, radio-diffusion, a assuré à ce premier Congrès international de pyrétothérapie un succès considérable. Il remit solennellement aux quatre promoteurs américains, au nom du ministre de la Santé publique, la croix de la Légion d'honneur.

Ce Congrès international devait être unique, mais l'importance des travaux présentés, aussi bien que les travaux en cours, firent décider à l'unanimité la création d'un deuxième Congrès international de pyrétothérapie. A l'unanimité également, la présidence en fut confiée au professeul Abrami, qui a chargé le professeur agrégé Ch. Richet et le docteur André Halphen d'en assumer le secrétariat général. Ce Congrès se tiendra à Paris, au cours de la seconde quinzaine de juillet 1940.

Le nombre et l'importance des rapports et communications présentés au Congrès ne permettent guère d'en donner un compte rendu détaillé. Pour éviter d'être réduit à une simple énumération, nous essaierons surtout d'en dégager les conclusions générales.

Les congressistes eurent, pour commencer, le privilège de communications des précurseurs : la première, du professeur Wagner Jauregg, qui, le premier, imagina de traiter la paralysie générale par l'impaludation ; la seconde, du professeur d'Arsonval, qui créa la haute fréquence, et par là même les ondes courtes ; l'école de Widal enfin, et la thérapeutique de choc étaient représentées par le professeur Abrami. Celui-ci, dans le discours inaugural du Congrès, montra quelles étaient les données cliniques du problème. La fièvre spontanée, l'hyperthermie provoquée, la thermothérapie locale même, ont un facteur commun qui est la température : mais celle-ci ne suffit pas toujours à expliquer à elle seule le mécanisme curateur. L'étude même des phénomènes de choc montre que l'élévation de température n'est, dans certains cas, qu'un phénomène accessoire ou inexistant. Le plus souvent, ce qui provoque la guérison de la maladie en cours de la fièvre provoquée, ce sont les réactions biologiquement très complexes du système neuro-végétatif qui l'accompagnent.

Le choix de l'agent pyrétogène a été abordé par un grand nombre d'auteurs. La malariathérapie doit être réservée à la paralysie générale. Les auteurs européens emploient, pour les autres affections, tantôt la chimiothérapie, surtout le Dmelcos et l'huile soufrée (Ch. Richet, K. Schrœder, Copenhague) ou le nucléinate de soude (Petit, de Ville-Evrard), tantôt les ondes courtes préconisées par Halphen et Auclair, Brunner-Ornstein (de Vienne), tantôt les bains chauds Walinski, de Berlin). Pojoga (de Kichineff) emploie systématiquement la vaccinothérapie pyrétogène ; Deschamps et Charabolouska, l'abcès de fixation. Chacun donne d'excellentes raisons de ses préférences. Les Américains utilisent presque exclusivement les agents physiques thermogènes, ondes courtes et chambres à air chaud conditionné de Kettering.

Le professeur Ch. Richet a présenté « Posologie de la fièvre thérapeutique ». Il estime que la fièvre, en tant que médication, doit être réglée dans sa posologie et distingue deux grands groupes : la fièvre active et la fièvre passive. Il étudie également les différentes associations thérapeutiques qui peuvent utilement accompagner la pyrétothérapie et insiste sur l'utilité qu'il y a parfois à localiser la chaleur à certaines parties du corps.

La « Physiologie de l'organisme au cours de la pyrétothérapie » fait l'objet d'un rapport de MM. Binet et Gernez et de nombreuses communications américaines. Il s'agit de modifications complexes, intéressant la plupart des fonctions et des organes, et dont la connaissance peut utilement guider les indications et la marche du traitement. Les auteurs insistent notamment sur les modifications du chimisme et de la formule sanguine, les réactions du système endocrinien et neuro-végétatif, enfin sur la sérologie.

Considérant en particulier l'hyperthermie par agents physiques, MM. Gibson, Kopp et Evans (Cambridge, Massachusetts) mesurent l'importance du mouvement d'eau vers l'extérieur, qui justifie une réhydratation systémati-

que des sujets. Pour S.-L. Warren (New-York), il faut non seulement réhydrater le malade, mais surtout rétablir l'équilibre des chlorures perdus en grande quantité dans la sueur. Doan (Ohio) étudie les réactions de la moelle osseuse du tissu conjonctif et des ganglions lymphatiques chez les sujets soumis à l'électropyrexie : il s'agit là de modifications assez compliquées, mais où domine toujours la polynucléose.

Haber étudie l'action de l'électropyrexie par ondes courtes sur certaines maladies infectieuses expérimentales. Saidman montre l'intérêt du facteur pyrétogène en héliothérapie. Stiebœck (de Vienne) étudie le comportement de l'organisme aux agents physiques de thermothérapie.

Un certain nombre d'auteurs se sont enfin attachés à étudier les incidents ou les accidents de la pyrétothérapie et les moyens de les prévenir (Hartman, Dowdy, Ebauch, Barnacle et Ewalt, Dorolle (Cochinchine française).

Les applications de la pyrétothérapie en pathologie avaient fait l'objet, pour chaque spécialité, d'un rapport et de nombreuses communications.

Deux travaux pour la cardiologie : l'un de MM. Laubry, Walser et Jean Meyer ; l'autre de J. Yacoel. L'angine de poitrine, l'hypertension artérielle, la plupart des affections vasculaires périphériques bénéficient de la pyrétothérapie par ondes courtes.

Le traitement du rhumatisme réunissait plusieurs communications, celles de Coste, Layani, parmi les auteurs français ; de Schliephake, partisan des applications d'ondes courtes généralisées nettement pyrétogènes ; celles de Stecher et Solomon, de Bennett et Cash, de Hales (Londres).

Rimbaud et Serre présentent une très intéressante contribution sur la thérapeutique de choc dans les maladies des articulations. Smetenka (de Prague) et plusieurs Américains insistent sur les beaux résultats donnés par la pyrétothérapie dans le traitement de l'asthme rebelle.

Blechmann signale, en pédiatrie, les heureux résultats donnés par la fièvre artificielle sur l'asthme infantile, l'acro-asphyxie, les convulsions, la vulvo-vaginite des petites filles et la chorée. Pour la chorée, en particulier, les résultats apportés par les auteurs américains (Sutton et Dodge, Barnacle et Ebauch, Neyman, etc.) paraissent faire de cette affection une indication formelle de la pyrétothérapie.

Cambrelin (de Bruxelles) présentait un rapport sur les applications de la fièvre provoquée dans le traitement des affections oculaires. L'atrophie optique peut être stabilisée par la pyrétothérapie. Les troubles pupillaires, la kératite parenchymateuse, les arachnoïdites, les irido-cyclites sont également favorablement influencés. Le rapport américain sur le même sujet présenté par Mac Gavic (de Cincinnati) arrive à des conclusions comparables.

L'oto-rhino-laryngologie peut avoir souvent une aide précieuse dans la pyrétothérapie. MM. Le Mée et Lapine, à la fin d'un rapport imposant, estiment qu'elle constitue le traitement de choix de toutes les suppurations de la spécialité. Une communication de Levy-Deker fournit des conclusions analogues.

Les applications en chirurgie sont connues depuis longtemps. Elles furent rappelées et précisées dans les différentes communications américaines et européennes. Le professeur Lardennois rappela ce que la pyrétothérapie a déjà à son actif dans ce domaine, et les avantages des méthodes nouvelles de pyrétothérapie par agents physiques.

Jean Dalsace et Mme Wechsler (de Paris) traitent la stérilité féminine par l'association de l'autohémothérapie et de la diathermie abdominale. La méthode présente la curieuse particularité de reconstituer la pyrétothérapie par deux éléments : le choc et la température. Teclova (de Prague) étudie l'action de la pyrétothérapie sur les affections pelviennes de la femme.

La neurologie et la psychiatrie représentent dans la littérature l'application principale de la fièvre thérapeutique. Alajouanine et Mauric d'une part, Claude et Rubenovitch de l'autre, présentèrent les rapports pour la France. Sur le même sujet, notons les communications de Brecher sur le tabes et l'atrophie optique, de Dublineau sur le traitement de la démence précoce par la sulfo-chrysothérapie, de Klemperer (de Vienne), Serejski (Moscou), Smetenka (Prague), Pamboukis (Athènes) et Paulian (Bucarest), dont les travaux sont très connus en France.

La dernière journée du Congrès avait été réservée aux applications thérapeutiques de la fièvre provoquée dans la blennoragie et la syphilis.

Pour la syphilis, les notions classiques ont été exposées dans le rapport de MM. Gougerot et Durel. Les auteurs américains, au contraire (Hinsie, Neyman, Menach, etc.), et en particulier W.-M. Simpson, se sont orientés vers un traitement original particulièrement rapide et qu'ils assurent définitif de l'infection. Celui-ci consiste à combiner, dans un laps de temps qui ne dépasse pas trois mois, un traitement chimique polyvalent intensif avec une pyrexie méthodique simultanée et particulièrement vigoureuse (au total une cinquantaine d'heures à 41°5).

La communication de Ducoste sur l'impaludation par voie cérébrale et les travaux de Bessemans (Gand) sur la thermosensibilité du tréponème ont particulièrement retenu l'attention des congressistes. M. Orphanides (de Stamboul, Turquie) présentait une communication sur la pyrétothérapie des Wassermann irréductibles.

Le traitement des affections gonococciques par la pyrétothérapie a donné lieu à une séance brillante et à une discussion animée. Les données essentielles de laboratoires sur la destruction du germe par la chaleur furent précisées par MM. Carpenter, Boak et Warren.

Le rapport d'ensemble sur la question était présenté par M. J. Janet et M. R. Dreyfus.

La possibilité de stériliser par la chaleur les foyers urogénitaux de la blennoragie permet un traitement radical et d'une rapidité remarquable. La pyrétothérapie chimique peut être indiquée dans le traitement des complications, mais seule la pyrétothérapie par agents physiques permet d'atteindre sans danger la température locale minimum de 41° qui peut prétendre à la destruction complète et définitive *in vivo* du germe.

Les auteurs décrivent la technique d'un traitement par ondes courtes qu'ils ont mise au point avec Halphen et Auclair. La méthode trouve ses indications essentielles dans la blennoragie féminine, dont les traitements classiques sont si décevants, et chez les hommes qui, pour des raisons sociales ou familiales, sont particulièrement pressés de guérir. Toutes les complications de la blennoragie sont des indications de la méthode.

Parmi les nombreuses communications sur ce sujet, citons celles de MM. Americo Valerio (Rio-de-Janeiro), Bierman et Horowitz, Krusen, Stuhler et Randall.

Sur cette thérapeutique, les représentants du Service de santé de l'armée et de la marine américaines ont apporté non seulement une adhésion de principe, mais des rapports circonstanciés sur le fonctionnement et le rendement actuel des organisations militaires de pyrétothérapie antivénérienne aux Etats-Unis.

Tous les rapports et toutes les communications qui ont été présentés au Congrès seront publiés dans le courant de cette année en anglais dans les journaux médicaux américains, et en français dans les journaux médicaux français. Au fur et à mesure de leur parution, les tirés à part seront envoyés aux membres inscrits du premier Congrès international de pyrétothérapie.

Les médecins qui désireraient recevoir l'ensemble ou quelques-uns de ces tirés à part devront s'adresser au docteur André Halphen, secrétaire général pour l'Europe du Congrès, 222 *bis*, rue Marcadet, Paris (18e).

REVUE DES THÈSES

L'insuffisance hépatique dans le prurigo strophulus de l'enfant et son traitement par l'extrait de cynara scolymus (1), par T. S. Albrecht (*Thèse de Paris*, 1937). Maurice Lavergne, imprimeur.

Le nouveau travail consacré au Prurigo Strophulus vise essentiellement à élucider les deux points dans lesquels résident son principal intérêt, son étiologie et son traitement.

Après une étude clinique simple mais très précise des principaux signes cliniques du Prurigo Strophulus (l'éruption papuleuse puis vésiculaire, le prurit intense, les manifestations digestives accompagnatrices, l'évolution par poussées), l'auteur en aborde la discussion pathogénique.

C'est à juste titre qu'il attribue un rôle primordial au terrain et réserve une place de choix à l'hérédité neuro-arthritique parmi les facteurs essentiels qui conditionnent le Prurigo Strophulus.

Il ne s'écarte pas de sa conception classique de la diathèse arthritique et souligne l'importance des manifestations hépatiques qui la conditionnent ou en sont peut-être la conséquence, mais qui de toute façon l'accompagnent.

Les manifestations digestives si particulières au Prurigo Strophulus et surtout l'état de colloïdo-clasie, d'instabilité humorale avec tendance aux intolérances alimentaires sont invoqués pour étayer l'existence d'un véritable terrain hépatique. Mais au terrain hépatique ne s'arrête pas le facteur hépatique. Il s'agit d'une véritable insuffisance du foie, et c'est dans celle-ci que réside, pour l'auteur, le facteur étiologique essentiel du Prurigo Strophulus.

La thérapeutique de la maladie, à laquelle est consacré un important chapitre de l'ouvrage, doit donc viser essentiellement le rétablissement du fonctionnement hépatique.

C'est au Cynara, et seulement au principe actif cristallisé de Cynara, isolé en 1933 par G. Edgard-Rosa (Chophytol cristallisé injectable), que l'auteur accorde sa confiance, parmi toutes les thérapeutiques qu'il a éprouvées pendant son expérimentation. Après un bref rappel des principales propriétés du principe actif cristallisé de Cynara et de ses indications en pédiatrie (assimilation défectueuse, intolérances alimentaires, néphrites aiguës, anuries infectieuses et toxiques), l'auteur en précise la posologie dans le traitement du Prurigo Strophulus.

Il préconise les injections intraveineuses et intramusculaires de Chophytol cristallisé à la dose de 5 cc. de la solution à 2 p. 100 tous les jours ou tous les deux jours, jusqu'à concurrence de 10 à 15 injections. La guérison obtenue, il conseille de poursuivre le traitement de l'insuffisance hépatique par des cures régulières, mensuelles par exemple, de Chophytol en *gouttes*, à raison de 10 à 20 *gouttes* à chacun des deux principaux repas pendant 10 jours par mois. Demi-doses chez les nourrissons jusqu'à 2 ans.

L'action thérapeutique du Cynara s'est toujours montrée, dans les dix observations que rapporte l'auteur, particulièrement rapide et efficace. Dès les toutes premières injections le prurit s'évanouit, les signes digestifs s'améliorent, puis l'éruption tourne court. La guérison complète et définitive a toujours été obtenue par une seule série de piqûres.

Il semble donc qu'il y ait là une nouvelle méthode de traitement extrêmement précieuse pour combattre une affection qui, jusqu'ici, s'était montrée particulièrement rebelle aux thérapeutiques classiques.

(1) Chophytol Rosa (ampoules injectables, dragées et gouttes per os).

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », paru dans la *Presse Médicale*, du 13 février dernier, Henri Barth, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février dernier, le Dr Dani-Hervouet a donné communication à la Société Médicale des Praticiens, de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée**, expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Il est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Pr Binet et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple**, moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes* ; **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles.*

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DE LA LANGUE (1)

Les signes physiques. — Il est difficile au malade d'extérioriser sa langue ; souvent elle est déviée latéralement, animée de petits mouvement fibrillaires. On voit :

Sur le bord de la langue et empiétant sur la face dorsale, une *ulcération allongée* d'avant en arrière, dont les bords sont épais, irréguliers, éversés et indurés ; les berges et le fond de cette ulcération sont recouverts d'un enduit grisâtre ; nettoyant cette ulcération, on voit un fond rouge, bourgeonnant et saignant.

On palpe :

Une induration (signe fondamental) qui s'étend sous l'ulcération ; induration ligneuse, s'étendant irrégulièrement en surface et en profondeur. Parfois, le palper fait sourdre les *vermiothes.*

On étudiera très attentivement les limites de cette induration par rapport :

En arrière, au sillon glosso-épiglottique et à l'épiglotte ;

En bas, au plancher de la bouche (palper combiné) et au sillon gingivo-lingual ;

En haut, au pilier antérieur de l'amygdale ;

En dedans, au côté opposé ;

Les ganglions, qui sont constants à cette période :

— Tantôt ils sont durs, peu sensibles, séparables (donc peu ou pas d'infection surajoutée) ;

— Tantôt ils constituent une grosse masse adhérente :

Dans la région sous-maxillaire, à l'os ;

Dans la région carotidienne, au sterno-mastoïdien.

EVOLUTION

L'adage classique : « Tout cancer ulcéré meurt dans l'année » (Verneuil), reste malheureusement vrai.

La mort survient dans la cachexie par inanition, infection ou intoxication.

Le cancer s'étend progressivement.

Les adénopathies se développent et peuvent ulcérer la peau, se fistuliser et suppurer.

Il n'y a pas de métastases éloignées ou de généralisation.

Complications. — Fréquentes et graves, elles viennent raccourcir l'évolution :

Hémorragies, locales par ulcération d'une liguale, elles sont foudroyantes, ou peu abondantes mais répétées ;

Au niveau des ganglions, par ulcération de la peau ou par ouverture de la jugulaire interne ;

Bronchopneumonies, souvent putrides avec parfois pleurésies ;

Accidents asphyxiques par rétrécissement de l'isthme ou œdème de la glotte ; la trachéotomie n'apporte qu'une courte survie.

FORMES CLINIQUES

D'après le siège :

Le cancer de la face dorsale dans son *segment préstaphylin*, qui est une des localisations les plus favorables.

A l'encontre, le cancer du *segment rétro-staphylin*, dont il faut souligner la gravité et la difficulté du traitement.

De même, le cancer de la face inférieure, devenant rapidement adhérent au périoste.

D'après la forme :

Un cancer térébrant, une forme hypertrophique, aspect assez rare qui correspondrait à un cancer baso-cellulaire. Une forme atrophique, une forme gangréneuse, le cancer en surface de Reclus, qui récidive *in situ* et tardivement évolue comme un néo d'une exceptionnelle gravité.

(1) Fin. Voir *Gaz. des Hôp.*, n° 44, du 2 juin.

DIAGNOSTIC

Au début se pose le diagnostic d'*une lésion kératosique* ;

On éliminera le *lichen plan*, plus rare sur la langue que sur les joues ;

L'*ulcère leucoplasique*, élevé en plateau, rouge vif, ne saignant pas et sans induration ;

L'*ulcération losangique*, située en avant du V lingual et d'évolution bénigne.

A la période d'état. Il faut savoir discuter :

L'*ulcération traumatique*, qui ne s'accompagne pas d'induration et qui guérit par l'ablation du chicot ;

L'*ulcération fuso-spirillaire*, en règle multiple (frottis) ;

L'*ulcère tuberculeux*, superficiel, à bords décollés, qui se voit chez les tuberculeux avancés ;

Le *chancre syphilitique*, pastille ronde reposant sur une induration superficielle et qui s'accompagne de la pléiade ganglionnaire caractéristique ;

L'*ulcère gommeux*, qui ne saigne pas, n'est pas induré, ne s'accompagne pas d'adénopathie.

PRONOSTIC

Il faut retenir la gravité de ces cancers :

Infiltrés et ulcérants, spino-cellulaires, siégeant à la face inférieure ou à la base de la langue ;

S'accompagnant d'adénopathies.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

La chirurgie et les agents physiques doivent s'attaquer à la lésion initiale et aux adénopathies.

Traitement de la lésion initiale. — Avant tout, insister sur l'importance des soins pré-opératoires :

Sérothérapie anti-gangréneuse ;

Vaccination polyvalente ;

Toilette des dents, ablation des chicots, antisepsie buccale.

On peut enlever la lésion par :

Glossectomie par voie naturelle ou par voie sus-hyoïdienne latérale, en faisant une ablation très large, en soignant l'hémostase ;

Ou bien la traiter par le *radium* (les rayons X ont une infériorité manifeste sur le radium), par tubes intra ou péritumoraux, même par appareils moulés cervicaux.

Pour traiter les adénopathies, on donne actuellement la préférence à la chirurgie, qui enlèvera en bloc les ganglions des régions sous-maxillaires, sus-claviculaires et carotidienne jusqu'à la mastoïde, par incision stellaire ou en anse à concavité supérieure. La ligature de la jugulaire interne est discutée.

Il semble qu'il vaille mieux faire, en cas de traitement chirurgical pur, ou la glossectomie et l'adénectomie dans un même temps, ou le curage d'abord puis la glossectomie dans un deuxième temps. Pour la radium-chirurgie, le curage permet de faire la ligature de la carotide externe puis, dans un deuxième temps, on fait l'irradiation.

Le pronostic reste toujours grave ; l'ablation par les voies naturelles donne le moins de complications post-opératoires qui, dans l'ensemble, restent sous la dépendance de la communication de la bouche et des espaces celluleux du cou (shock et collapsus, septicémie veineuse).

Quant aux résultats éloignés, on peut, par les quelques chiffres qui vont suivre, voir la gravité du pronostic :

Curiethérapie seule : 11 p. 100 de guérison ;

Chirurgie seule : 10 p. 100 de guérison ;

Radium-chirurgie, après 5 ans : 26,7 p. 100 de guérison.

ROGER-JEAN CHEVALLIER.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


PRIMUM NON NOCERE
Aucune
contrindication
NEVROSTHENINE

N° 47. — SAMEDI 12 JUIN 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ÉTRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Autres pays : **75** francs.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des Hôpitaux *met à la disposition de MM. les étudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

Il ne sera donné suite à aucune demande passé le 30 juin.

Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le deuxième concours s'est terminé par la nomination de MM. Launay et Lenègre.

CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE. 1937. — Nomination. Séance du lundi 7 juin 1937. Epreuve de radio-diagnostic (épreuve clinique).

MM. les docteurs : Mme Baude, 13 ; MM. Penteuil, 15 ; Stuhl, 14 ; Brunet, 14 ; Codet, 13.

CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Jury du concours d'admissibilité :

MM. les docteurs Grivot, Leroux, Halphen, Hautant, Ramadier, Turpin, Okinczyc.

Censeurs : MM. les docteurs Maduro, Aubry.

Académie de médecine. — A l'occasion de l'Exposition et des Congrès médicaux qui auront lieu prochainement à Paris, l'Académie de médecine tiendra deux séances spéciales le 29 juin et le 6 juillet.

Dans la première, consacrée à la question du dépeuplement, des lectures seront faites par MM. Couvelaire, Brindeau et Jules Renault.

Dans la seconde, consacrée à la médecine aux colonies, des lectures seront faites par MM. Bezançon, Arnoux, Marchoux, Lasnet, Sorel et Achard.

Médaille d'honneur des épidémies. — *Médaille d'argent:* M. le docteur Guillaume (Charles), interne à l'hôpital civil français à Tunis.

Médailles d'honneur de l'Assistance publique:— *Médaille d'or :* M. Loir, (au Havre).

Médaille d'argent : MM. Aublant (à Versailles), Grenoilleau (à Blois), Alcay (à Nîmes).

Fondation J.-A. Sicard. — Le Comité de la Fondation J.-A. Sicard, réuni à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le doyen Roussy, a attribué les arrérages, se montant à la somme de 20.000 francs, à M. J. Reilly, pour ses recherches sur la physiopathologie des maladies infectieuses, recherches effectuées pour la plupart au laboratoire de la clinique des maladies contagieuses de Paris.

Rappelons que la Fondation décerne tous les deux ans un prix analogue. Les titulaires précédents ont été L. Binet (1933) et Ozorio de Almeida (1935). Un nouveau titulaire sera désigné en 1939.

Association Générale des Médecins de France. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association vient d'avoir lieu sous la présidence de M. Chapon, président.

Cinquante Sociétés départementales étaient représentées par leurs présidents et délégués.

M. Bongrand, trésorier, a rappelé que l'Association avait distribué en 1936 en secours à la famille médicale *plus d'un million de francs.*

Après le rapport du docteur Paul Lutaud, secrétaire général, l'assemblée étudia les vœux émis au cours de l'année par les Sociétés locales, puis suivit une discussion au sujet du projet de création d'un office de liaison des œuvres d'entr'aide médicale. Cet organisme nouveau étant en principe limité aux Sociétés s'occupant à un titre quelconque de l'aide matérielle et morale à la famille médicale.

MM. Turlais, d'Angers, et O'Followell, de Paris, ont été élus membres du Conseil.

Le soir, un banquet présidé par M. le professeur Olmer, de Marseille, a réuni les présidents et délégués des associations départementales. Des discours ont été prononcés par M. Chapon, président ; M. Dibos, président d'honneur de la Confédération des Syndicats médicaux français ; M. Tissier-Guy, président du Syndicat des Médecins de la Seine et M. Olmer, président de la Société des Médecins des Bouches-du-Rhône. Tous ces discours ont été chaleureusement applaudis.

La retraite de Jean Demoor. — Une grande manifestation de sympathie vient d'avoir lieu à l'Université de Bruxelles, en l'honneur du grand physiologiste belge Jean Demoor, atteint par la limite d'âge.

M. Paul Hymans, président du Conseil, donna lecture d'un message du Roi. Des discours furent prononcés ensuite par MM. H. Jaspar, ministre d'Etat, le recteur Dustin, le professeur Tournade, au nom des physiologistes étrangers, le professeur Bruynoghe, secrétaire perpétuel de l'Académie, les professeurs Nolf, Ley, Jonckheere, enfin le professeur Fernand Héger.

Le 2e Centenaire de Galvani. — Les fêtes du 2e centenaire de la naissance de Luigi Galvani seront célébrées à Bologne les 18, 19 et 20 octobre prochain, par la Ville, par la Société italienne de physique et enfin par l'Université de Bologne qui compta Galvani parmi ses maîtres.

Société française d'ophtalmologie. — La Société française d'ophtalmologie célébrera son cinquantième Congrès les lundi 28, mardi 29 et mercredi 30 juin, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Le rapport annuel sera présenté par le docteur Bollack (de Paris) sur les arachnoïdites optochiasmatiques.

Le congrès est retardé cette année en raison de l'Exposition universelle. Pour cette même raison, il ne durera que trois jours et ne comportera pas d'excursion aux environs de Paris.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Onfray, secrétaire général, 6, avenue la Motte-Picquet (7e).

Société de médecine de Paris. — La Société de médecine de Paris organise, à l'occasion de l'Exposition internationale de 1937, une séance solennelle en l'honneur de ses membres correspondants étrangers, sous le haut patronage de M. Albert Lebrun, Président de la République, et sous la présidence effective de M. Sellier, ministre de la Santé publique.

Cette séance solennelle aura lieu le 9 *juillet* 1937, à 16 heures, à la Société de Géographie, 184, boulevard Saint-Germain, Paris, et sera suivie à 20 heures d'un grand banquet donné en l'honneur des membres correspondants étrangers.

Pour tous renseignements concernant cette manifestation, s'adressser au docteur Bécart, Secrétaire général, 40, avenue de la Grande-Armée, Paris.

Un jubilé à l'hôpital Boucicaut. — On nous prie d'annoncer que le 12 juillet aura lieu à l'hôpital Boucicaut, l'anniversaire des 50 années de service de Mère Saint-Prosper.

Les personnes qui désireraient participer au souvenir qui lui sera offert sont priées d'adresser dès maintenant leurs offrandes à Mlle Mayerhœffer, assistante sociale à l'hôpital Boucicaut.

1er Congrès international de psychiâtrie infantile. — Ce Congrès se tiendra à Paris, du 24 juillet au 1er août 1937. Il sera présidé par le docteur Heuyer.

Questions à l'ordre du jour : Les bases neuro-physiologiques de la psychiâtrie infantile.

— Les réflexes conditionnels en psychiâtrie infantile.

— Les méthodes d'éducation selon les troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant.

— La débilité mentale comme cause de délinquance infantile et juvénile.

Le programme scientifique est accompagné d'un programme de visites, de réceptions et d'excursions très complet.

Cotisation : 125 fr. pour les adhérents ; 75 fr. pour les associés. Trésorier : docteur Grimbert, 11, rue Duroc, Paris (7e).

Secrétaire général : docteur Léon Michaux, 74, boulevard Raspail, Paris (7e).

XVIe réunion neurologique internationale annuelle. — Paris, 8-10 juillet 1937. — La séance d'ouverture aura lieu le jeudi 8 juillet, à 9 h. 30, à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le Doyen Roussy. Les séances ultérieures se tiendront à la Salpêtrière, sous la présidence de M. le professeur Barré (de Strasbourg), président de la Société de neurologie.

La question à l'ordre du jour est : *La douleur en neurologie.*

Le Secrétaire général est le docteur Crouzon, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris (16e).

Congrès international du tourisme, du thermalisme et du climatisme. — Ce Congrès se tiendra à Paris, du 2 au 4 juillet. La discussion des rapports aura lieu dans une seconde session, du 14 au 17 octobre, à l'Exposition.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat général de la Fédération thermale et climatique française, 127, avenue des Champs-Elysées, Paris (8e).

Hospice Saint-Louis. — Le docteur Paul Blum fera, le jeudi 17 juin, à 10 heures du matin, une leçon sur la *syphilis de l'ovaire*, à l'amphithéâtre Fournier (clinique de la Faculté), à l'hôpital Saint-Louis.

Nécrologie. — Le docteur Malsang, sénateur du Puy-de-Dôme.

— Le médecin commandant Noël, décédé à Bordeaux.

— Le docteur Versepuy, médecin consultant à Saint-Nectaire.

— M. Ernest Karcher, étudiant en médecine, à Strasbourg.

RENSEIGNEMENTS

Beau meuble de bibliothèque pour médecin. S'adresser F. D., aux bureaux du journal.

On demande docteurs ou étudiants, pour s'instruire et rendre service en examinant 700 enfants partant colonie de vacances, 28 juillet. Indemnité. Ecrire : Enfants à la Montagne, 30, place Jeanne d'Arc, Paris (13e).


CHOLINE ZIZINE
AGOCHOLINE
ZIZINE
GRANULÉ SOLUBLE
HEMET. JEP. CARRÉ
PARIS

REVUE GENERALE

LA DYSOSTOSE CLÉIDO-CRANIENNE (1)

(MALADIE DE PIERRE MARIE ET SAINTON)

PAR MM.

G. CARRIÈRE, professeur de clinique médicale

CLAUDE HURIEZ, professeur agrégé

à la Faculté de Médecine de l'Université de Lille.

et G. DÉCAMPS

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Une dizaine d'autopsies seulement peuvent être réunies dans la littérature médicale.

Pour chacun des stigmates de la maladie de P. Marie et Sainton et pour l'étude des principaux parenchymes, nous confronterons les données fournies par chacune de ces nécropsies.

1) L'anatomie pathologique n'apporte guère de précisions nouvelles en ce qui concerne l'*agénésie claviculaire*, suffisamment appréciée lors des examens cliniques et radiologiques.

Dans le cas de Roussy et Ameuille, la clavicule gauche était à peu près normale, tandis que la droite n'était représentée que par une petite tige osseuse fixée à l'acromion et au sternum par des trousseaux fibreux.

Dans la nécropsie de Léri et Tretiakoff, la clavicule rudimentaire avait non seulement le volume, mais l'aspect d'une plume d'oie. Elle était en effet formée d'une coque excessivement mince de tissu compact, à l'intérieur de laquelle il y avait à peine quelques rares travées osseuses et fibreuses. Dans la couche compacte, les trabécules osseux étaient extrêmement irréguliers, les cellules très peu nombreuses, difformes et non ramifiées, séparées par des couches épaisses de substance fondamentale.

A l'autopsie d'un nourrisson, Van Neck décrit des tronçons claviculaires, de calibre d'un crayon, rattachés par des rubans fibreux au sternum et à l'acromion.

2) Les *anomalies du squelette céphalique* se prêtent à une systématisation plus nette :

a) Le développement des os dermiques de la voûte était troublé, d'où persistance des espaces membraneux et existence de nombreux os wormiens (Hultkrantz, Roussy et Ameuille).

Dans le cas de Léri et Tretiakoff, la voûte était en grande partie représentée par une simple membrane fibreuse. Dans l'épaisseur de celle-ci, étaient disséminées des lamelles osseuses, avec tables extrêmement minces séparées par un diploë de moins de 2 mm. d'épaisseur. Les écailles rudimentaires des frontaux, des pariétaux et des temporaux étaient séparées les unes des autres.

b) Le squelette de la base était dans tous ces cas complètement ossifié, mais le développement des os enchondraux de cette base avait été également perturbé. Leur croissance était arrêtée surtout dans le sens transversal ; il y avait inflexion de la partie centrale de la base, d'où cyphose basilaire et dislocation de l'occipital (Hultkrantz). Dans le cas de Roussy et Ameuille, il y avait une saillie très marquée de l'étage moyen de la base.

c) Dans tous les cas, la boîte cranienne était élargie transversalement et aplatie verticalement : la brachycéphalie était constante.

d) Il y avait arrêt du développement des sinus frontaux, sphénoïdaux, maxillaires et des cellules mastoïdiennes.

e) Le développement de tous les os de la face était perturbé, avec prédominance des malformations au niveau des maxillaires, des palatins et des os malaires. Les altérations dentaires étaient constantes, sauf dans le cas de Van Neck.

3) Dans les protocoles d'autopsie, les *lésions viscérales* de la maladie de P. Marie et Sainton ne sont guère précisées. Seule l'étude des *lésions du système nerveux*, et notamment du cerveau, a fait l'objet de quelques recherches.

Dès 1871, Scheutauher insistait sur l'importance des lésions encéphalo-méningées découvertes à l'autopsie d'un homme de 52 ans dépourvu de clavicules : La dure-mère adhérait intimement au crâne ; les granulations de Pacchioni étaient anormalement nombreuses et volumineuses. A la face externe de l'hémisphère gauche se trouvait « une pseudo-membrane dont les couches étaient séparées, çà et là, par du sang rouge-noir lâchement répandu ». Enfin, tant à droite qu'à gauche, il existait dans la 3e circonvolution frontale un foyer brunâtre, nettement hématique, de la grosseur d'un œuf de pigeon, s'enfonçant de l'écorce vers la substance blanche du lobe frontal. Scheutauher insistait sur le caractère nettement inflammatoire de ce processus méningo-encéphalique.

Par ailleurs il signalait la découverte d'une clavicule rudimentaire, à la dissection d'un anencéphale, qui réaliserait, pour lui, un type de dysostose cléido-cranienne poussé à l'extrême. Pour Léri cependant, l'anencéphalie n'est que la conséquence de l'éclatement d'une hydrocéphalie infectieuse fœtale.

En 1909, Roussy et Ameuille firent l'autopsie d'un malade de P. Marie et Sainton qui avait présenté quelques années auparavant une hémiplégie droite et des troubles sensitifs et trophiques évoquant la syringomyélie. A l'ouverture du crâne, les auteurs notèrent un élargissement du cerveau, qui était beaucoup plus étalé que celui d'un brachycéphale banal. Mais la protubérance surtout apparaissait énorme ; son volume dépassait d'un tiers au moins celui du même segment d'un encéphale normal. Enfin le centre de la moelle était occupé par une large cavité, qui confirmait le diagnostic de syringomyélie appliqué aux troubles neurologiques notés du vivant du malade.

L'autopsie, par Léri et Tretiakoff, du cas initialement publié par Voisin et Macé de Lépinay, représente certainement la plus intéressante des contributions à l'étude des lésions méningo-encéphaliques au cours de la dysostose cléido-cranienne.

(1) Fin. Voir *Gaz. des Hôp.*, n° 43, du 29 mai, et n° 45, du 5 juin 1937.

La dure-mère était fortement adhérente aux lamelles osseuses de la calotte cranienne, et ne pouvait être dissociée de la membrane fibreuse qui s'étendait entre les lèvres des sutures.

« Les méninges molles étaient fortement épaissies, opaques, fibrosées et plissées. Les veines étaient rétrécies, ainsi que les sinus de la dure-mère, et particulièrement le sinus longitudinal supérieur dont le diamètre avait le tiers du calibre normal. »



Cliché 14.

Coupe horizontale de l'hémisphère droit.

Autopsie de Léri et Tretiakoff. Cliché du livre de Léri sur les Affections des Os et Articulations, p. 49. Masson, 1926.

Ces lésions méningées étaient particulièrement accusées à la surface du lobe occipital droit. Une coupe du cerveau, à ce niveau, montra l'existence d'un énorme kyste, ayant envahi presque toute la substance blanche et une partie de la couche corticale. Cette poche arrivait au voisinage immédiat du ventricule latéral, sans communiquer cependant avec ce dernier.

Son pôle postérieur aboutissait à la surface même du cerveau. Il existait enfin un autre petit kyste à la face interne du précédent. La scissure calcarine était intacte.

Les parois de ce kyste n'étaient pas revêtues d'un endothélum épendymaire, mais uniquement d'une substance névroglique néoformée, renfermant dans ses assises profondes une traînée de cristaux d'hématoïdine.

Léri et Tretiakoff estimaient qu'il s'agissait d'un kyste post-hémorragique, certainement fort ancien, à en juger par la couche de névroglie qui le tapissait et qui isolait les cristaux sanguins. Enfin sur les parois mêmes du kyste, apparaissaient de nombreux vaisseaux très altérés, dont certains étaient même complètement obturés.

Dans le lobe occipital gauche, Léri ne découvrit pas de kyste analogue, mais au même niveau qu'à droite, une fente coupait très irrégulièrement toute une série de circonvolutions. Ce long foyer linéaire devait représenter le reliquat d'une hémorragie fort ancienne, car les bords de cette fente étaient bourrés de cristaux d'hématoïdine.

L'anatomie pathologique a non seulement précisé les anomalies squelettiques du cours de la dysostose cléido-cranienne, mais elle a encore révélé la coexistence avec cette dystrophie osseuse de lésions du système nerveux central, soit de type syringomyélique, soit d'altérations des méninges, du cerveau et de leurs vaisseaux, très anciennes et manifestement inflammatoires. Ces données, pour rares et incomplètes qu'elles demeurent encore, ont éclairé d'un jour nouveau la pathogénie de la maladie de P. Marie et Sainton.

HYPOTHESES PATHOGENIQUES ET ETIOLOGIQUES

Les observations de dysostose cléido-cranienne sont généralement suivies de considérations sur l'origine de cette dystrophie, érigées un peu hâtivement en théories, dont la diversité n'a d'égale que leur fragilité. Leur présentation et leur discussion apparaissent fort difficiles, car on ne trouve aucun lien apparent entre les opinions formulées par chacun des auteurs. Plutôt que d'en faire un simple exposé chronologique, nous croyons qu'il est préférable de les classer d'après la nature des documents qui ont permis de les édifier.

I) *Théorie de l'anomalie régressive.*

Dans un long article, en 1882, Guzzoni degli Ancarani se livrait à des recherches d'anatomie comparée sur la clavicule dans les diverses espèces animales. Il signalait qu'elle manquait chez les Cétacés, les Edentés et les Solipèdes, qu'elle n'était qu'à l'état rudimentaire chez les animaux domestiques, les carnivores et les rongeurs, alors qu'elle acquérait une importance considérable chez les oiseaux de proie et les batraciens anoures.

Toutes ces constatations pourraient fournir une vérification de plus de la loi d'adaptation de Darwin, mais ne suffisent pas pour faire considérer la dysostose cléido-cranienne comme une simple anomalie régressive de l'ossification.

II) *Théorie du vice du germe :*

Ribbert attribue aux chromosomes des cellules sexuelles un rôle stimulateur du développement d'organes bien déterminés pour chacun d'entre eux. Il serait alors permis de concevoir la malformation comme la résultante de l'altération héréditaire d'un chromosome donné.

Cette théorie simpliste ne pourra sortir du domaine de l'hypothèse, que le jour où l'on aura pu démontrer l'hérédité d'un caractère acquis. Il faudrait pouvoir constater qu'une mutilation quelconque consécutive à un processus d'ordre essentiellement passager a été transmis par un individu à sa descendance.

Admettre un vice du germe à la base d'une dystrophie est un aveu d'ignorance analogue à celui qui fait dire d'une maladie qu'elle est essentielle.

III) *Théorie de la similitude embryologique des parties malades.*

Le rappel de l'embryologie des os électivement touchés dans la maladie de Pierre Marie et Sainton, était susceptible d'apporter des données un peu plus solides pour la conception pathogénique de cette dystrophie.

Les os de la voûte du crâne sont les prototypes des os membraneux purs, des os dermiques ou de revêtement, qui ne nécessitent pas d'ébauche cartilagineuse. Le frontal notamment dérive de deux moitiés, droite et gauche, dont les points d'ossification apparaissent entre le 65e et le 70e jour, et ne fusionnent que dans le cours de la deuxième année.

Le pariétal naît vers le 45e jour d'un ou deux points rapidement fusionnés.

Mais le mode d'ossification de la clavicule chez

l'homme est encore fortement contreversé. Certains auteurs en font un os de substitution, précédé d'une ébauche cartilagineuse. D'après Lewis et Dubreuil, au stade de 11 millimètres, le scléro-blastème du membre supérieur a pris une forme caractéristique et apparaissent des zones de chondrification pour l'omoplate, l'acromion, l'apophyse coracoïde et la clavicule. Au stade de 20 millimètres, tous ces os sont représentés par leur modèle cartilagineux : le point diaphysaire d'ossification de la clavicule apparaîtrait l'un des premiers entre le 35e et le 40e jour, cependant que le point épiphysaire de l'extrémité sternale ne se développerait que vers 18-20 ans et ne se souderait définitivement à la diaphyse que vers 22-25 ans.

Mais la plupart des embryologistes admettent que le modèle cartilagineux de la clavicule ne prend qu'une bien faible part dans le développement très précoce de cet os, qui, comme les os de membrane ou de revêtement, se formerait en grande partie directement dans le scléroblastème.

A l'appui de cette dernière conception, il faut citer les remarques de Gegenbaur et de Couvelaire. Le premier a bien montré que chez les poissons la clavicule était un os dermique comme le crâne auquel elle est reliée par les os susclaviculaires chez les Esturgeons, ou dont elle se détache directement comme chez les Téléostéens, cependant que les Acraniens sont dépourvus de clavicules.

Couvelaire d'autre part a fait observer que l'achondroplasie, où les cartilages des os sont à peu près complètement dépourvus de toute propriété ostéogénique, respecte les clavicules et les os du crâne.

Pour Appert, ces deux affections seraient un bel exemple de ce que de Vriès appelle des « mutations ». Elles seraient des variations opposées et complémentaires. Une insuffisance de l'ossification cartilagineuse caractériserait l'achondroplasie, tandis que la dysostose cléido-cranienne traduiraient une insuffisance de l'ossification membraneuse.

Toutes ces données tendent à assigner à la clavicule la valeur d'un os dermique ; elles permettent de souligner la communauté d'origine des os électivement frappés dans la dysostose cléido-cranienne.

Cette similitude embryologique des parties malades paraît donc démontrée. Mais il ne faut pas oublier que la cause productrice de cette dystrophie doit s'exercer sur l'embryon tout entier, car elle se révèle par un cortège de stigmates dystrophiques dont nous avons montré toute la variété lors de l'étude clinique de la maladie de Pierre Marie et Sainton. Comme Couvelaire, nous faisons de la dysostose cléido-cranienne *une hérédo-dystrophie à localisations électives, mais pouvant frapper d'autres parties du squelette que les clavicules et les os de la voûte du crâne.*

IV) *Théorie du traumatisme intra-utérin. Théorie de l'oligo-amnios de Murk-Jansen.*

Pour expliquer les agénésies osseuses de la maladie de Pierre Marie et Sainton, on a invoqué un traumatisme fatal par un excès de pression intra-utérine du fait d'un oligo-amnios.

Murk Jansen fait dépendre la dysostose, comme bien d'autres malformations, d'un *excès de pression intra-utérine*. Normalement la surface fœtale est protégée contre les efforts de pression dus au tonus du muscle utérin par la présence de liquide amniotique. Si la quantité de ce liquide devient insuffisante, s'il y a *oligo-amnios*, le muscle utérin détermine un enroulement du fœtus et comprime directement les parties saillantes de l'embryon.

La pression aux deux extrémités du plus grand diamètre transversal se fait donc au niveau des épaules, qui sont repoussées en avant vers la ligne médiane, cependant que les ébauches claviculaires sont comprimées dans le sens de la longueur. Cette compression entraînera de gros troubles locaux de circulation ; l'ischémie sera d'autant plus grave qu'elle intéressera des tissus en prolifération plus intense. Cette loi de « vulnérabilité des cellules à développement rapide » se vérifierait surtout au niveau de la partie moyenne de la clavicule, où s'accomplissent les premiers phénomènes de l'ossification. L'évolution de ceux-ci serait dès lors profondément troublée et il pourrait même y avoir absence totale d'ossification.

Mais au cas d'oligo-amnios, le fœtus serait également comprimé aux extrémités de son diamètre longitudinal et notamment au niveau du pôle céphalique.

La tête serait repoussée en bas et en avant et viendrait appuyer sur la face antérieure du thorax. Les pièces squelettiques superficielles, en pleine hyperhémie d'ossification, seraient particulièrement sensibles à la pression du muscle utérin et le squelette de la voûte cranienne serait dystrophié de la même façon que les ébauches claviculaires.

Les lésions osseuses du siège seraient beaucoup plus rares en raison de la protection due à l'épaisseur de ses parties molles, cependant certains cas de luxation congénitale de la hanche associés à la dysostose cléido-cranienne relèveraient de la même pathogénie.

Enfin le muscle utérin agirait directement sur les phalanges des orteils, dont l'atrophie serait un signe constant, pour Murk Jansen, au cours de la maladie de P. Marie et Sainton.

Il fournissait ainsi une explication de l'apparition de nombreuses dystrophies osseuses qui se surajoutent aux malformations cléido-craniennes d'ordre mécanique.

La théorie de Murk Jansen constitue une hypothèse séduisante, à laquelle se sont ralliés Mutel et Fourche, Sorel, Oberthur et Chauveau, mais il faut reconnaître que l'oligo-amnios et l'excès de pression intra-utérine sur lesquels sont bâties toutes les suppositions de l'auteur n'ont jamais pu être contrôlés.

V) *Théorie infectieuse de Léri et Tretiakoff.*

A l'opposé de l'hypothèse précédente, la conception pathogénique de Léri et Tretiakoff repose sur des données anatomo-pathologiques dont il faut reconnaître la valeur. D'après ces auteurs, les lésions osseuses de la maladie de Pierre Marie et Sainton et les lésions encéphalo-méningées trouvées à l'autopsie de ces sujets traduisent deux manifestations d'une même infection diffuse survenue vers le 2e mois de la vie intra-utérine.

Ils admettent cette date d'après les données embryologiques que nous avons déjà rappelées, et ils en trouvent une autre confirmation dans le fait que

les premiers os à ébauche cartilagineuse qui se forment ensuite sont le maxillaire inférieur puis le maxillaire supérieur. Or ces os sont altérés de façon presque constante chez les dysostosiques, alors que les autres os sont touchés moins souvent et plus discrètement.

Cette intégrité relative doit tenir d'une part à l'extinction progressive du processus pathologique et, d'autre part, au fait que l'ébauche cartilagineuse de ces os est constituée par un tissu avasculaire, peu sensible aux effets des différentes infections générales.

Par ailleurs, Léri et Tretiakoff admettent l'existence d'un lien entre la dystrophie osseuse et les lésions méningées en raison de la communauté d'origine des tissus altérés.

Dans le tissu sous-dermique qui recouvre la masse encéphalique se différencient normalement, vers la fin du deuxième mois de la vie intra-utérine, d'une part les os membraneux de la voûte, d'autre part la dure-mère. Or dans les autopsies de Scheutauher, de Léri et Tretiakoff, la dure-mère n'était pas différenciée du segment de la voûte resté fibreux. Ils pouvaient écrire qu' « en somme, la voûte du crâne de notre malade, âgée de 31 ans, était, mises à part les dimensions, celle d'un fœtus de 2 mois ».

Ces constatations leur faisaient admettre que la dysostose cléido-cranienne était manifestement en rapport avec un processus inflammatoire, vraisemblablement infectieux, de la fin du 2e mois de la vie fœtale.

D'un point de vue très général, Léri et Tretiakoff soulignaient que le rôle mystérieux de la tératologie se restreignait au profit de la pathologie intra-utérine dans la production de ces dystrophies congénitales et héréditaires.

VI) *La dysostose cléido-cranienne est-elle une manifestation d'hérédo-syphilis ?*

Léri et Tretiakoff font jouer à l'infection un rôle prédominant dans la production des lésions de la maladie de Pierre Marie et Sainton et ne s'étonnent cependant pas du caractère héréditaire de cette dystrophie. en rappelant que « bien des déformations osseuses plus ou moins systématisées constituent un tableau clinique symptomatique de l'hérédo-syphilis et se retrouvent parfois dans plusieurs générations successives ».

Le rôle éventuel de la syphilis dans la production de la dysostose cléido-cranienne, auquel Léri et Tretiakoff font une allusion discrète, avait déjà été soupçonné par Rendu lors de la discussion de la communications princeps de Pierre Marie et Sainton, puis par Villaret et Francoz.

Il manquait cependant des preuves du rôle de la syphilis dans la production de la dysostose cléido-cranienne.

Pour serrer le problème de plus près, nous avons analysé tous les éléments qui permettaient de suspecter dans chaque observation l'intervention de l'infection syphilitique.

Disons de suite que la sérologie s'est avérée négative, dans tous les cas où elle fut recherchée. Notre malade est la seule à présenter des stigmates humoraux, d'ailleurs discordants, de spécificité (Bw négatif, Hecht négatif, Kahn + + +, vernes peretynol à 13).

Il serait d'ailleurs vain d'éliminer l'hypothèse spécifique en se basant sur cette seule carence des données biologiques, car le fait n'a rien qui puisse surprendre au cours d'une hérédo-syphilis, seule phase de l'infection tréponémique à discuter devant une affection familiale et héréditaire.

L'anamnèse et l'examen clinique permettent, bien au contraire, de retenir souvent cette étiologie : assez fréquemment en effet les sujets atteints de maladie de Pierre Marie et Sainton étaient des prématurés (Chevalley et Garcin, Salmon). Mais surtout une polymortalité infantile et un nombre élevé de fausses couches sont notées dans près de la moitié des observations.

Les altérations osseuses, endocriniennes et sensorielles de ces malades évoquent souvent la syphilis héréditaire.

Du point de vue squelettique, l'insuffisance de la taille, les déformations nasales (nez en « selle », nez en « pied de marmite », élargissement de la base du nez), les dystrophies dentaires, le raccourcisesment des phalanges sont fréquemment relevés chez les sujets atteints de dysostose cléido-cranienne et ces constatations sont courantes dans l'hérédo-syphilis, qui s'accompagne parfois d'une hypertrophie des bosses frontales et pariétales, avec un retard de la fermeture des fontanelles et des sutures. Certes, on peut relever quelques discordances : si les dents sont constamment lésées dans la dysostose cléido-cranienne, elles n'ont revêtu que dans le cas de Gabrielle le véritable aspect de dent d'Hutchinson. Par ailleurs, l'ostéopériostite, qui évoque par excellence la syphilis, n'a pas été notée dans la maladie de Pierre Marie et Sainton, où les os apparaissent particulièrement amincis.

Les troubles glandulaires sont moins fréquents, mais Voisin, Macé de l'Epinay, Gullan, Pages, Pares et Conte les estiment déjà suffisants pour discuter du rôle des dysendocrinies dans la production des troubles de l'ossification.

Les troubles sensoriels sont assez rares. La perte précoce de l'audition du malade de Salmon, la surdité familiale du premier cas de Villaret et Francoz n'avaient pas la même valeur diagnostique que chez le malade de Gabrielle, où la surdité faisait partie d'une véritable triade d'Hutchinson. Les paralysies oculaires et les troubles de la vision n'ont pas, au cours de la maladie de Pierre Marie et Sainton, la même fréquence qu'au cours de l'hérédo-syphilis. Néanmoins Villaret et Francoz considèrent la rétinite pigmentaire d'une de leurs malades, comme un véritable stigmate de syphilis héréditaire.

Il est donc indiscutable que la poly-mortalité infantile, la fréquence des fausses couches, l'importance des dystrophies osseuses, l'existence de dysendocrinies et d'altérations sensorielles évoquent avec force l'hypothèse d'une syphilis, dont les preuves sérologiques manquent dans toutes les observations (sauf la nôtre), comme il est de règle dans l'hérédo-syphilis tardive et dystrophiante.

Est-ce à dire que la syphilis est seule responsable de la production de la maladie de Pierre Marie et Sainton ? Delchef et Ory trouvent trop simpliste d'attribuer toujours la même altération à un même agent causal, car « comme le bouton d'une sonnerie fait retentir un même timbre, quelle que soit la pression qu'il subit, nous pouvons admettre que, de même, des organes répondent identiquement à des irritations d'origines très diverses ».

Mais de toutes les causes invoquées (éthylisme, intoxications, rachitisme, tuberculose, spécificité) *seule la syphilis a été retenue par les auteurs des diverses théories pathogéniques. Elle satisfait en effet à toutes les hypothèses :* elle peut engendrer des altérations chromosomiques, expliquer un « vice du germe » ou déterminer une mutation transmissible héréditairement ; elle peut, par des lésions placentaires, déterminer un oligo-amnios, générateur d'hyperpression intra-utérine ; elle peut troubler l'ossification par le jeu des endocrines lésées ; elle peut enfin déterminer des lésions encéphalo-méningées analogues à celles décrites par Léri et Tretiakoff, dont l'importance apparaît si grande dans la production de cette dystrophie. Elle rend compte enfin des troubles neurologiques constatés au cours de la maladie de P. Marie et Sainton, par la fragilisation préalable du système nerveux, dès la période fœtale.

Quand Crouzon écrivait que la *syphilis avait à son actif une grande part dans le développement de la dysostose cléido-cranienne,* il ne surestimait pas le rôle de la grande pourvoyeuse en dystrophies osseuses et nerveuses dans la genèse de la maladie de Pierre Marie et Sainton.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Elles sont négligées dans la plupart des publications en raison de l'intégrité fonctionnelle des sujets atteints de dysostose cléido-cranienne et de l'absence de données étiologiques formelles.

I. *Doit-on intervenir sur la pseudarthrose claviculaire ?* — Crouzon et Mouchet sont d'accord pour limiter cette indication opératoire au seul cas de compressions du plexus brachial par l'extrémité d'un rudiment claviculaire. Mais cette éventualité est exceptionnelle : l'observation de Spriggs reste unique dans la littérature médicale.

Faut-il faire plus et tenter de rétablir la continuité claviculaire ? Mouchet s'y oppose en l'absence de troubles fonctionnels chez ces sujets et montre l'inutilité et les dangers d'interventions pratiquées dans un but esthétique pour rétablir la forme et la situation normale des épaules.

L'ostéosynthèse porterait sur des fragments osseux atrophiés, à vitalité amoindrie, dont la consolidation est bien problématique après avivement et coaptation. Tenter une greffe serait sans doute s'exposer à un échec.

En admettant même que le chirurgien ait obtenu la consolidation de la pseudarthrose, Mouchet redoute qu'après avoir amélioré la forme, il n'ait considérablement gêné la fonction. En effet l'aplasie claviculaire entraîne de grandes variations dans les insertions des muscles de la ceinture scapulaire, car il y a une véritable adaptation de l'individu à sa dystrophie claviculaire. Dès lors, toute intervention, rétablissant l'arc-boutant claviculaire, modifiera considérablement le jeu des muscles du moignon de l'épaule.

Enfin, en s'attaquant à une aplasie claviculaire bilatérale, si l'opération ne réussissait que d'un seul côté, la situation en serait grandement aggravée. Comme pour certaines luxations congénitales bilatérales de la hanche, il vaut mieux ne pas les réduire que d'obtenir la réduction d'un seul côté.

Mouchet écarte donc toute idée d'intervention chirurgicale. Il conseille uniquement une gymnastique orthopédique développant les muscles dorsaux (trapèze, grand dorsal, rhomboïde, angulaire...) qui s'opposeront à la chute du moignon de l'épaule en avant et en dedans et suppléeront ainsi, dans une certaine mesure, à la pseudarthrose ou à l'absence de l'arc boutant claviculaire.

II. D'un tout autre point de vue, rien n'a été tenté jusqu'ici pour *enrayer la propagation de cette dystrophie congénitale* dans la descendance des sujets atteints de maladie de Pierre Marie et Sainton. Les constatations génétiques de Benard, codifiées sous le nom de loi d'aînesse et de loi d'alternance, avaient fait entrevoir à Apert une solution remarquable de ce problème de l'hérédité morbide : « Si les lois précédentes étaient vraies, on disposerait d'un moyen pratique d'éliminer les tares mendéliennes dans les descendances pathologiques. Il suffirait dans les familles menacées d'interrompre les grossesses impaires ».

Mais sur les schémas généalogiques de seize familles atteintes de maladie de Pierre Marie et Sainton, nous n'avons pas pu vérifier ces lois, qui étaient fausses à priori, remarquait Apert, du fait que l'ovulation est spontanée chez la femme.

Par ailleurs, la syphilis étant la seule infection incriminée avec quelque vraisemblance dans le développement de la dysostose cléido-cranienne, *ces malades sont-ils justiciables d'un traitement anti-spécifique ?* Il est bien évident que cette thérapeutique, malgré ses visées étiologiques, n'aura pas la moindre action sur le syndrome établi, car elle ne peut pas grand'chose sur les lésions dégénératives et dystrophiques de la syphilis héréditaire.

Mais, en lui adjoignant une opothérapie appropriée aux déficiences glandulaires de chaque cas, elle vaut d'être tentée, n'y eût-il qu'un très faible espoir d'enrayer grâce à elle la transmission de la maladie de Pierre Marie et Sainton, dont les données cliniques et anatomo-pathologiques évoquent par tant de points la syphilis héréditaire, tardive et dystrophique.

Pour la bibliographie et tout autre détail, *cf.* G. CARRIÈRE, Cl. HURIEZ et G. DÉCAMPS : *La Dysostose cléido-cranienne*, un volume de 94 pages. L. Danel, imprimeur, 93, rue Nationale, Lille.

Analgésie et anesthésie en chirurgie dentaire, par J.-M. BRILLE, avec une préface du docteur DE MARTEL, et un résumé en italien, en anglais, en espagnol et en allemand. Petit in-8° de 126 pages avec 11 figures. Prix : 10 fr., aux Archives hospitalières, 1, place d'Iéna, Paris (16e).

A la recherche de l'unité, par E. TECHOUEYRES, Directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Reims. 1937. Un vol. grand in-8° de 184 pages. Prix : 32 fr., chez J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 MAI 1937)

L'action des nerfs vasodilatateurs se réduit-elle à une libération d'acétylcholine ? — MM. André TOURNADE et Marc CHEVILLOT.

Sur l'introduction de la radioactivité artificielle en thérapeutique. — MM. Auguste LAFAY et Bernard LABAY.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 8 JUIN 1937)

La natalité aux assises de médecine. — M. Henri GODLEWSKI. Il y a quelques mois, les assises tenues en province et à Paris, sous la présidence de MM. Carnot et Siredey, consacraient leur réunion à l'étude comparée des foyers de *surnatalité* et de *dénatalité*. Une constatation s'imposait : la dénatalité s'accuse et devient générale. Elle a *deux causes majeures*, la *restriction* et l'*avortement volontaires*. On peut aussi ajouter la stérilité organique. M. Godlewski étudie les correctifs employés ou à prévoir : allocations familiales, péréquation des charges, franchises exaltantes. *Nécessité enfin d'une politique de la famille.*

M. SIREDEY déclare qu'il s'agit avant tout d'un problème moral. La très grande fréquence des avortements volontaires montre que la nature de la criminalité de l'acte est entièrement perdue. La femme se croit la maîtresse de son corps, malgré les risques auxquels elle s'expose.

M. Siredey, devant un fléau qui menace l'avenir de notre pays, demande qu'une commission soit nommée. Son rôle serait d'éclairer la conscience publique et de faire comprendre que l'avortement volontaire est le plus grand des crimes.

Après une courte discussion, l'Académie désigne les membres de cette commission. Elle comprend MM. Siredey, Carnot, Barrier, Sergent, Ch. Fiessinger, Auvray et J.-L. Faure.

A propos de 5 familles, dont 34 membres sur 86 sont atteints de maladie de Lobstein. — MM. CARRIÈRE, DELANNOY et HURIEZ (de Lille). Le nombre important des cas que les auteurs ont pu étudier au triple point de vue clinique, radiologique et biologique, aidera peut-être à une conception nouvelle de la maladie de Lobstein.

Après avoir vérifié que cette dystrophie héréditaire et familiale frappait tous les tissus issus du mésentère chez un primitif : squelette, ligaments, sclérotiques, les auteurs attirent l'attention sur l'importance primordiale des perturbations endocriniennes chez ces sujets.

Ils insistent sur le rôle vraisemblable de l'hyperparathyroïdie et relatent deux tentatives de parathyroïdectomie, chez des « sujets de verre », cependant qu'ils exposent les raisons qui engagent à ranger l'ostéopsathyrose, non dans le cadre des maladies exceptionnelles, mais bien plutôt à l'inscrire au bas de la liste déjà si longue des manifestations de la syphilis héréditaire tardive.

La vaccination antituberculeuse des grands enfants sans cutiréaction préalable. — MM. FOLEY et PARROT.

Epidermisation de la muqueuse du col utérin après intervention ovarienne expérimentale. — M. A. LIPSCHÜTZ.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 6 MARS 1937)

Virus rabique des rues et papillome de Shope. — MM. C. LEVADITI, R. SCHON et L. REINIÉ. Comparé au carcinome de Pearce, le papillome de Shope se révèle moins apte à fixer le virus rabique des rues et à tolérer sa pullulation intra-tumorale. Les affinités des divers néoplasmes à l'égard de certains ultravirus sont donc loin d'être uniformes.

De la mort dans l'anoxhémie aiguë. Sur l'existence d'un arrêt primitif du cœur. — MM. L. BINET et M.-V. STRUMZA analysent les réactions mortelles chez plus de cent chiens soumis à l'anoxhémie aiguë. Dans 16 p. 100 des cas, la mort est survenue par syncope cardiaque primitive. L'étude graphique et électrocardiographique montre l'importance du facteur cardiaque dans le traitement de l'anoxhémie aiguë.

Etude comparative sur l'hérédité du lymphosarcome spontané de la souris et du lymphosarcome de greffe. — Pour M. L. MERCIER, le mécanisme héréditaire conditionnant le lymphosarcome spontané de la souris est différent de celui du lymphosarcome de greffe. En effet, si l'on croise des souris appartenant à deux lignes, l'une cancéreuse et sensible à la greffe, l'autre réfractaire au cancer spontané et à la greffe, on constate : 1° que la génération F^1 est réfractaire au lymphosarcome spontané, mais sensible à la greffe ; 2° que la génération F^2 comporte un certain nombre d'individus sensibles au cancer spontané et à la greffe. Mais alors que le nombre des cas de cancer spontané répond à la disjonction $3-1^x$ qui est en rapport avec l'existence d'un seul facteur mendélien récessif, le faible pourcentage des cas où la greffe est positive suggère l'hypothèse que la prise est conditionnée par plusieurs facteurs dominants.

Influence de la stimulation des fibres sympathiques cardioaccélératrices sur l'excitabilité des fibres cardioinhibitrices. — M. et Mme Paul CHAUCHARD. La faradisation du sympathique cardioaccélérateur diminue le temps de sommation du pneumogastrique : il augmente donc l'hétérochronisme entre le cœur et ses fibres cardioinhibitrices, résultat inverse de celui obtenu dans le cas du sympathique sécréteur et de la corde du tympan, ce qui s'explique par l'action périphérique différente de l'adrénaline produite par la stimulation du sympathique.

Dimensions probables du virus de la fièvre aphteuse. — D'après MM. D. KRASSNOFF et L. REINIÉ, le point final de l'ultrafiltration se trouve situé entre 0,048 μ et 0,013 μ. Le virus étant encore actif au 1/100.000 après passage par la membrane de 0,048 μ, il paraît probable que le point final de filtration est plus voisin de 0,013 μ que de 0,048 μ. La taille du virus aphteux, souche Vallée, est donc supérieure à 0,007 μ et inférieure à 0,016 μ.

Election. — M. ESCALIER est nommé membre titulaire.

Réunion de Lyon

(SÉANCE DU 15 MARS 1937)

La limite de tolérance au sang homologue étranger dans la transfusion sanguine expérimentale. — MM. P. SÉDALLIAN et F. JOURDAN. Les expériences consistent à soumettre des lapins à une ou plusieurs saignées successives, puis à les transfuser aussitôt avec du sang citraté ou non, mais compatible avec le sérum du receveur. Dans ces conditions, on constate que lorsque 50 p. 100 de la masse sanguine est ainsi substituée avec du sang homologue provenant d'un autre lapin, la mort survient immédiatement par choc, ou au plus tard après quelques heures, après œdème aigu du poumon.

PRATIQUE MÉDICALE

UNE NOUVELLE ASSOCIATION D'ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

par le docteur Dani HERVOUET (1)

Mes recherches quant à l'influence thérapeutique des auteurs dans la tuberculose viennent de franchir une nouvelle étape.

Je rappelle que mon premier mémoire, lu en juillet 1925 à une Société d'arrondissement, et publié dans divers journaux de médecine, signalait les bons résultats obtenus par une solution injectable composée de créatinine, glycocolle, sarcosine et leucine.

Une seconde étape aboutit à la suppression de la Créatinine, insuffisante, et au remplacement de la Leucine, congestionnante, par son dérivé méthylé, ce qui m'a donné une solution beaucoup plus maniable, et assez active pour qu'un de mes maîtres ait pu m'écrire récemment cette phrase : « Je suis heureux de vous dire que je fais un « usage croissant de votre solution et que je la considère « de plus en plus comme l'agent principal du traitement « qui rend l'organisme tuberculeux réfractaire au B. K. « et permet ainsi la guérison, pourvu que les lésions des- « tructrices ne soient pas trop avancées. »

Malgré ces résultats, je n'étais pas encore satisfait, car dans les formes graves ou très évoluées, je n'obtenais que des améliorations passagères ; et j'avais toujours eu le désir et la conviction de pouvoir obtenir mieux.

L'idée d'essayer la Cystéine me vint, il y a trois ans environ, quand je sus que cet A. A. était sécrété par la cortico-surrénale, et avait été employé avec un demi-succès chez les Addisonniens. En effet, ces derniers ont le cortex surrénal gravement touché, et meurent tous tuberculeux ; l'absence de cystéine pourrait donc avoir son influence sur la non-résistance à la tuberculose. Pour vérifier cette hypothèse, j'ai fait des expérimentations cliniques dans la mesure où ma clientèle me l'a permis.

Puis, les résultats ayant été probants, j'en fis part à quelques confrères qui voulurent bien l'essayer, et dont plusieurs me communiquèrent des résultats concordants.

Depuis lors, j'ai obtenu des succès à peu près constants, parfois d'ailleurs, à force de persévérance. Voici, à l'appui. deux résumés d'observations, l'une d'un confrère de Troyes, l'aute personnelle :

I. — Mlle X..., 36 ans, guérie cliniquement de tuberculose pulmonaire fibreuse depuis plusieurs années. Pendant l'hiver 1935-1936, abcès froid à trois travers de doigt de la crête iliaque gauche, gros comme le poing. Trois ou quatre ponctions avec injections modificatrices sont faites par un chirurgien : état général médiocre, anorexie, anémie. C'est alors que l'on commença les injections de solution Cystéinée. A partir de la 8e injection, le pus ne s'est pas reproduit et s'est résorbé, et la peau cicatrisée a repris sa souplesse sans aucune induration sous-jacente. Cette malade a eu en tout 30 piqûres, dit textuellement mon confrère ; le résultat tient, et la malade est enchantée.

II. — Mlle M..., 22 ans, habitant la banlieue. Tuberculose aiguë, rapidement évolutive, du poumon droit, dont le début semble remonter à mars 1936, en Normandie, à la suite d'une grippe. Vue en consultation par un maître des hôpitaux ; on tente sans succès le pneumo. La situation semble à peu près désespérée : opinion formellement émise, qui m'a été confirmée par le médecin traitant. La première fois que j'ai vu la malade, le 2 juillet, fièvre continue autour de 39°, anorexie et vomissements ; toux incessante ; expectoration très abondante, muco-purulente ; grosse caverne sous la clavicule droite, signes d'infiltration dans les 2/3 supérieurs à droite. Les injections sont faites de 2 en 2 jours de la solution cystéinée. L'amélioration fut rapide, bien que la toux quinteuse ait été assez longue à disparaître, et que la température se soit maintenue longtemps autour de 38°. — Actuellement, son apparence est magnifique ; tous les signes d'auscultation ont disparu, sauf le souffle caverneux qui va diminuant d'intensité et d'étendue, sans aucun râle ni bruit liquide. Il y a un mois, il y avait encore des B. K. dans l'expectoration.

Cette observation, quoique incomplète, m'a paru assez typique pour être présentée.

Cette préparation se présente en ampoule n° 1 de 2 cc. et ampoule n° 2 de 1 cc., contenant la première du glycocolle, de la sarcosine et de la méthyl-leucine dans un solvant spécial, et la deuxième de la cystéine en solution particulière ; leur mélange, qui se fait au moment de l'injection, est isotonique et non douloureux. La cystéine étant très instable, ne peut être mélangée d'avance. Les injections se font de 2 en 2 jours et doivent être continuées longtemps, ce qui est facile à comprendre.

Il m'est arrivé dans un cas rebelle de faire des injections quotidiennes : elles ont provoqué au bout d'une dizaine de jours une réaction fébrile ; mais les lésions ulcéreuses très étendues ont commencé à se transformer en forme fibreuse ; et cette évolution a continué depuis lors.

Pour terminer, je rappelle que la cystéine est une des bases fondamentales du glutathion, produit physiologique remarquable étudié depuis plusieurs années, surtout par Binet et ses élèves. Une seconde base en est le glycocolle. On voit donc que par expérimentation clinique, et travail de synthèse, j'ai réalisé une composition d'acides aminés qui est proche parente du glutathion, et est en droit d'occuper une place importante en thérapeutique.

(1) Communication à la Société médicale des Praticiens, le 19 février 1937.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Samedi 22 mai. — Jury : MM. Carnot, président ; Claude, Lereboullet, Gastinel. — M. BERNIS. Contribution à l'étude clinique et radiologique des pleuro-pneumopathies, des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes. — M. LONGUET. Les formes mono-symptomatiques de la mélancolie intermittente. — Mlle PETIT. Les délires de persécution curables. — M. AUVRAY. Contribution à l'étude des encéphalites ourliennes.

Samedi 22 mai (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Bezançon, président ; Lesbouyriès, Panisset. — M. HUSSON. Mammite tuberculeuse de la vache.

Lundi 24 mai. — Jury : MM. Harvier, président ; Loeper, Strohl, Dognon. — M. GAUTREAU. Le diagnostic des lésions chroniques de la région du hile chez l'enfant. Conséquences médico-sociales. — M. PINCOVICI. A propos d'un cas de sarcoïdes disséminées de Darier avec diabète insipide associé. — M. CHATAIN. La radiothérapie dans les hémiplégies.

Lundi 24 mai. (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Robert Debré, président ; Verge, Bressou. — M. NEVOT. Principaux motifs des saisies en inspection des viandes.

Mardi 25 mai. — Jury : MM. Bezançon, président ; Carnot, Laignel-Lavastine, Mollaret. — M. BAUER. Les difficultés qui se présentent lorsque l'on veut diminuer la durée du séjour des malades dans les hôpitaux parisiens. — M. BUSUIOCESCO. Rétentions biliaires et angiocholites par péricholédocite chronique. — M. JAVELIER. Le marquis de Sade et les cent vingt journées de Sodome devant la psychiatrie et la médecine légale.

Mercredi 26 *mai.* — Jury : MM. Couvelaire, président ; Gosset, Lenormant, Mathieu. — M. HALLÉ. Périostite albumineuse. Sa localisation à l'os iliaque. — M. SQUILLANTE. Les anesthésiques généraux en chirurgie maxillo-faciale.

Jeudi 27 *mai.* — Jury : MM. Pierre Duval, président ; Laubry, Lemaître, Halphen. — M. ROUX. Des accidents de lithiase rénale au cours des décalcifications osseuses. — M. GARCIE. L'ablation totale du corps thyroïde normal dans le traitement de l'insuffisance cardiaque chronique et de l'angine de poitrine. — M. KARSENTZ. Contribution à l'étude de la prognathie alvéolaire supérieure. (Son traitement chirurgical).

Mardi 1er *juin.* — Jury : MM. Claude, président ; Tanon, Lévy-Valensi, Mollaret. — M. AJZINMAN. L'épilepsie psychique toxique. — M. GÉVAUDAN. Syndromes périodiques nerveux et mentaux en dehors des états maniaques dépressifs. — M. DEMIGNEUX. Organisation de la vente d'un lait pur. — Mlle NOURY. Contribution à l'étude médico-sociale de la tuberculose ostéo-articulaire en France.

Jeudi 3 *juin.* — Jury : MM. Cunéo, président ; Gougerot, Marion, Gastinel. — M. MORENO-TINAJERO. Les ulcères peptiques après gastrectomie. — M. SZWIRANSKI. Les contre-indications à l'emploi des arsenicaux pentavalents dans la syphilis. — M. MALGRAS. Exploration radiologique des voies biliaires.

Mardi 8 *juin.* — Jury : MM. Gougerot, président ; Lemaître, Lenormant, Halphen. — M. DONNÈVE. Contribution à l'étude du syndrome toxique des brûlures. — M. MOTHAY. Contribution à l'étude des péritonites chroniques encapsulantes. — M. LIEBER. Etude critique du traitement du psoriasis. — Mme MORHANGE. L'œsophagotomie extra-muqueuse associée à la résection de la poche comme traitement des diverticules de pulsion de l'hypopharynx.

Jury : MM. Bezançon, président ; Laubry, Sergent, Boulin. — M. BRUNEL. Les tumeurs intra-bulbaires (étude clinique). — M. KAJANA. Transformation spontanée des cavernes pulmonaires tuberculeuses (examen radiologique). — M. LEFRANÇOIS. Contribution à l'étude de la péritonite encapsulante. — M. BOUCHARA. Etude expérimentale et clinique d'un nouveau sympathomimétique. — M. COUPIN. Contribution à l'étude des formes cardiaques aiguës de l'enfant. — M. WIEHN. Du traitement des grandes cavités pleurales résiduelles.

Mercredi 9 *juin.* — Jury : MM. Baudouin, président ; Fiessinger, Lemierre, Moreau. — M. BLAWAT. Les troubles du métabolisme des glucides dans l'épilepsie essentielle. Rôle de l'hypoglycémie. — M. LABARRÈRE. Considérations sur l'hormone mâle et sur le traitement des insuffisances génitales de l'homme. — M. LEBRUN. Contribution à l'étude de l'encéphalopathie addisonienne. — Mlle KUYPERS. Contribution à l'étude clinique de la forme cérébrale de l'endocardite maligne lente. — M. MODJALLAL. Les bactériémies à bacillus ramosus.

Mercredi 9 *juin.* (Thèse vétérinaire). — MM. Gosset, président, Letard, Verge. — M. MORRE. Races ovines de l'Avranchin et du Cotentin. Moutons d'herbage.

Vendredi 11 *juin.* — Jury : MM. Couvelaire, président ; Grégoire, Hovelacque, Quénu. — M. DELINOTTE. La résection tibio-tarsienne totale. Indications. Technique. Résultats.

Samedi 12 *juin.* — Jury : MM. Champy, président ; Tanon, Maurice Villaret, Justin Besançon. — M. DREYFUS. Recherches expérimentales sur le mode d'action de quelques hormones dans la pigmentation. — M. FICO. Contribution à l'étude du Kala-Azar infantile en Albanie. — M. MIHALOVICI. Contribution à l'étude des méningites pneumocoques. — M. OCAMPO-BÉRAUD. La lutte contre le paludisme en Italie. — M. TA VAN DU. Un nouveau traitement de la lèpre en Indochine. — M. BOIVIN. Etude de l'exophtalmie basedowienne.

LIVRES NOUVEAUX

Pratique Médico-Chirurgicale, publiée sous la direction de A. COUVELAIRE, A. LEMIERRE, Ch. LENORMANT, professeurs à la Faculté de médecine de Paris. Secrétaire général : André RAVINA. *Supplément* (1) (Tome IX).

Les huit volumes de la *Nouvelle Pratique médico-chirurgicale* ont paru en 1931.

Dès la publication de cet ouvrage, il avait été entendu que des *Suppléments* seraient publiés pour le tenir à jour et au besoin le compléter. A vrai dire, il a été, pendant plusieurs années, difficile de trouver matière à éditer (d'une façon utile) un volume complémentaire. Les conceptions théoriques évoluent plus vite que la pratique médicale et chirurgicale, et les directeurs de la *P. M. C.* n'ont pas voulu sacrifier à un mode facile et se donner l'apparence de faire « du nouveau «, alors que rien ne le justifiait. Il fallait savoir attendre.

C'est donc en septembre 1936 que paraît le premier de ces *Suppléments* qui s'ajoute à une œuvre encore vivante et pleinement adaptée aux besoins actuels.

Ce volume (Tome IX) comporte à la fois des *articles nouveaux*, dont l'utilité s'est manifestée depuis la publication du *P. M. C.* et des *compléments* aux articles anciens. Exceptionnellement, quelques chapitres ont été repris entièrement pour permettre à des données nouvelles de trouver leur place dans un exposé systématique.

Complétée ainsi par ce tome IX, la *P. M. C.* réalise sans doute la mise au point la plus pratique et la plus complète des données médicales utilisables aujourd'hui.

Comme dans les autres volumes de la *P. M. C.*, ces articles sont présentés dans l'ordre alphabétique, mais une table placée en tête du volume indique les articles additionnels, les compléments apportés aux articles anciens, et enfin les articles nouveaux, entièrement substitués à ceux qui avaient été publiés précédemment.

Pallas. — Le numéro de *Pallas* du 15 avril 1937 vient de paraître. Toujours égal à lui-même, le parfait journaliste qu'est le docteur Crinon a réuni dans cette nouvelle livraison des articles du plus haut intérêt : le professeur Ch. Achard vu par M. Jules Renault ; les souvenirs du Karakoram (mission française de l'Himalaya), par le docteur J. Arlaud ; un article d'actualité au lendemain du Couronnement : Le roi George VI sera-t-il comme ses ancêtres un roi guérisseur ? par M. Léon Abensour ; une nouvelle du docteur L. Bruel ; Comment « ils » enseignent, par le docteur B. Ménétrel ; Les médecins pendant la Révolution française, par le général Rouffiandis...

Et des photographies d'art, et de merveilleuses reproductions en couleur.

J'ai gardé pour la fin les réflexions du docteur Crinon, intitulées : « L'homme est toujours dans la jungle ». Ce sont des vérités dures sans doute, mais nécessaires. Crinon n'a pas l'habitude de se perdre dans les rêveries, il parle en réaliste, avec le robuste bon sens qu'il tient d'une ascendance terrienne qui est bien de chez nous.

F. L. S.

(1) Paris, Masson et Cie. — 1 vol. (17×25) de 960 pages, avec 276 fig., relié tête dorée, 165 fr.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 48. — MERCREDI 16 JUIN 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des Hôpitaux *met à la disposition de MM. les étudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

Il ne sera donné suite à aucune demande passé le 30 juin.

Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Nomination. Séance du 8 juin 1937, à 9 h. 15. — *Epreuve de radiothérapie.* Notes obtenues : MM. les docteurs Brunet, 14 ; Stuhl, 15 ; Codet, 12 ; Penteuil, 15 ; Mme Baude, 14.

Total des points obtenus par les candidats : MM. les docteurs Penteuil, 59 ; Stuhl, 57 ; Brunet, 55 ; Mme Baude, 50 ; M. Codet, 47.

Hôpitaux de Reims. — Le concours des 27-28 mai 1937 pour une place de médecin des hôpitaux de Reims s'est terminé par la nomination de M. Maurice Jacquet.

Faculté de médecine de Paris. — M. Jeannin, professeur de clinique obstétricale (Pitié), est transféré à compter du 1er octobre 1937 dans la chaire de clinique obstétricale (Tarnier), en remplacement de M. le professeur Brindeau, atteint par la limite d'âge. La chaire de clinique obstétricale de la Pitié est déclarée vacante.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Les chaires de chimie biologique, de physiologie et de pharmacie sont déclarées vacantes.

Légion d'honneur. — COLONIES. — *Commandeur :* M. Mesnil, de l'Institut Pasteur ; *Officier :* M. Sicard de Plauzolles ; *Chevalier :* MM. Agricole, Berret, Blaisemont, Costet, Delmond-Belbet, Gippet, Nata, Rémy-Néris.

Médaille d'honneur des épidémies. — La *médaille en or* est décernée *à titre posthume* à M. le docteur Canova, médecin de colonisation à Bénihindel (Algérie), victime du devoir professionnel.

Médaille de bronze : à MM. T. Casenave, A. Morancé, A. Reboul, médecins à Hendaye, et à M. J. Garat, médecin à Bayonne, en raison du dévouement dont ils ont fait preuve au cours de la vaccination de nombreux réfugiés espagnols venus en France.

Sanatoriums publics. — Mme le docteur Bouchard a été nommée médecin adjoint au sanatorium de la Meynardie (Dordogne).

— M. le docteur Vigier, médecin adjoint au sanatorium de la Meynardie (Dordogne), a été nommé, sur sa demande, médecin adjoint au sanatorium de Bodiffé (Côtes-du-Nord).

Contre le cancer. — Une « Semaine de défense contre le cancer » aura lieu du 21 au 27 juin 1937, et sera organisée par la Ligue française contre le cancer et par le Comité des Centres régionaux anticancéreux.

Assemblée générale du Syndicat des Médecins de la Seine. — Vendredi 28 mai a eu lieu l'assemblée générale statutaire du S. M. S. ; elle s'est tenue à 21 heures dans la grande salle de l'hôtel Chambon, sous la présidence du docteur Tissier, président du Syndicat.

Après avoir décerné le diplôme de membre honoraire à quelques anciens syndiqués ayant cessé d'exercer la médecine, le président convie l'assemblée à discuter dans le calme les importantes questions inscrites à l'ordre du jour.

Tout d'abord, comme suite au rapport que M. Sénéchal a présenté au nom du Conseil d'administration, la cotisation du S. M. S. a été portée de 150 à 200 fr., cette majoration ayant pour but de permettre le versement de la cotisation confédérale, doublée par le vote de l'assemblée générale de la Confédération en décembre dernier.

Le rapport annuel et les comptes du trésorier ont été ensuite approuvés sans discussion et à l'unanimité, sur la proposition de MM. Valensin et Saltas, commissaires aux comptes. Ceux-ci, ayant manifesté le désir d'être remplacés dans leurs fonctions, l'assemblée, sur la proposition du Conseil, a nommé MM. Roeser et Thuillant, commissaires aux comptes pour 1937.

Le rapport de MM. Cabessa et Derecq sur les dispensaires, ainsi que celui de M. Weill sur les hôpitaux et le projet de loi Brandon sont ensuite discutés concurremment, car tous les deux sont connexes et ont le même objet, qui est de limiter les soins aux malades aisés dans les établissements d'assistance et de philanthropie. Les soins doivent y être gratuits et réservés aux indigents et nécessiteux. On décide de poursuivre énergiquement la lutte et d'étudier d'urgence les mesures de contrainte qu'il conviendrait d'employer, pour appuyer nos légitimes revendications.

Ces débats sont clos par deux ordres du jour : l'un comme conclusion au rapport de M. Cabessa, l'autre de MM. Colombet, Caïn et Lavielle sur l'étude des modalités à employer pour la défense professionnelle.

L'assemblée générale adopte ensuite les modifications proposées à l'art. 15 § 6 et 8 des statuts, et la séance est levée à minuit, après communication des résultats du vote pour les délégués titulaires et suppléants, chargés de représenter le S. M. S. à l'assemblée générale de la Confédération.

Immédiatement après l'assemblée générale, le Conseil d'administration a tenu une séance extraordinaire pour arrêter les démarches à faire d'urgence auprès de diverses personnalités susceptibles de soutenir nos réclamations.

Faculté de médecine. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE (professeur Maurice LOEPER). — Le professeur G. MARANON, de Madrid, fera le jeudi 17 juin 1937, à l'amphithéâtre Hayem, à 11 heures, une leçon sur l'*Influence de la fonction thyroïdienne sur l'évolution des infections.*

Conférences promenades. — M. le professeur LAIGNEL-LAVASTINE dirigera des conférences-promenades en juin et juillet.

Ces conférences-promenades auront lieu le *dimanche à 10 heures du matin.*

PROGRAMME DES CONFÉRENCES-PROMENADES

Dimanche 20 juin : Hospice des Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton (avec la collaboration du docteur Bailliart). Réunion à l'entrée.

Dimanche 4 juillet : Musée de l'Assistance publique, 47, quai de la Tournelle (avec la collaboration de M. Gossin). Réunion à l'entrée.

Dimanche 18 juillet : Institut de Puériculture, 26, boulevard Brune (avec la collaboration du docteur Weill-Hallé). Réunion à l'amphithéâtre.

CHRONIQUE

A L'EXPOSITION :
LA SECTION DE MICROBIOLOGIE CONSACRÉE A L'ŒUVRE DE PASTEUR ET A SES CONSÉQUENCES

Les Expositions de Paris ont toujours mis en valeur au premier plan les découvertes scientifiques et leurs effets. Mais je n'ai pas souvenance que jamais la bactériologie ait montré ses charmes au passant. L'Exposition de 1900 avait eu lieu 5 ans à peine après la mort de Pasteur, et la France profane n'avait pas encore compris l'importance de ses découvertes. Des médecins dévoués commencèrent à cette époque à exposer au peuple les travaux de l'illustre Français dans ces conférences populaires auxquelles accourait en foule de 1900 à 1914 le peuple curieux des travailleurs manuels et intellectuels mélangés.

C'est par cette voie d'éducation populaire que l'œuvre pastorienne a été connue du grand public. L'Exposition de 1937 est arrivée à une époque où toutes les classes sociales savent ce que sont les microbes et leurs dangers ; aussi a-t-on pu donner à la bactériologie une place importante au Palais de la Découverte. La présidence de la section de microbiologie a été confiée au docteur Pasteur Vallery-Radot, et ce choix se suffit à lui-même comme programme, le petit-fils de Pasteur ayant été imprégné tout jeune de l'esprit pastorien. Les fonctions de secrétaire sont remplies par M. Domart, interne des hôpitaux.

***

Le docteur Pasteur Vallery-Radot a voulu d'abord montrer l'enchaînement de l'œuvre de Pasteur dont, par des commentaires aussi brefs que possible, il explique simplement les principales expériences ; des films scientifiques sont projetés en permanence ; des traductions allemande et anglaise accompagnent chacune des étapes de l'œuvre pastorienne.

L'activité des Instituts Pasteur est rappelée ensuite.

Dans une autre salle, l'exposé de quelques maladies virulentes est réalisé suivant un mode analogue.

Enfin, un salon est réservé à des souvenirs intimes de Pasteur : des reproductions photographiques y sont exposées afin de faire connaître un peu mieux la vie de ce grand génie français. Les visiteurs pourront y consulter la publication complète des *Œuvres de Pasteur*, réunies par le docteur Pasteur Vallery-Radot.

La section de microbiologie constitue l'un des ensembles les plus harmonieux pour l'œil, grâce à une décoration du goût le plus délicat due à l'architecte-décorateur, M. A. Vigneau ; de plus, elle garde une haute tenue scientifique qu'apprécieront les savants français et étrangers, tandis que la partie spectaculaire retiendra le grand public.

Nous engageons tous les médecins et tous les étudiants en médecine à la visiter avec le plus grand soin.

MAURICE MORDAGNE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟL
ΠΕΠΙΝ
εστ
ϵπαθαντ
René
Vincent

L'UTILISATION DE LA LUMIÈRE DE WOOD POUR LE DIAGNOSTIC ET LA SURVEILLANCE DU TRAITEMENT DES TEIGNES TONDANTES

Par M. PIERRE RIMBAUD
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier

Le diagnostic clinique des teignes tondantes est souvent difficile ; sous l'apparence d'un pityriasis banal, celles-ci peuvent en effet évoluer insidieusement pendant des mois, et, par leur extrême contagiosité, créer dans les écoles, les préventoriums, les camps de vacances, des foyers dont on ne pourra limiter l'extension.

Le dépistage en serait singulièrement facilité par l'utilisation plus fréquente de la lumière de Wood, méthode d'examen qui, malgré son extrême simplicité, est trop souvent méconnue des praticiens et même des dermatologistes français. Ainsi observés, les cheveux parasités présentent en effet une fluorescence verte tout à fait caractéristique.

L'étude systématique de la lumière de Wood en dermatologie a fait l'objet de plusieurs publications de notre maître, M. le Pr Margarot, et du Dr Devèze, qui les premiers (1), à la suite des recherches expérimentales de Pech, Derrien, Turchini, Nogier, s'efforcèrent de préciser les conditions d'apparition de la fluorescence cutanée et son utilisation tant dans le domaine de la biologie générale que dans celui de la clinique journalière.

Grande fut notre surprise de constater que dans un des principaux traités français de dermatologie il n'est fait absolument aucune mention de ces travaux initiaux, alors qu'ils sont parfaitement connus à l'étranger, en particulier au Canada et en Hongrie.

Par la suite l'application de la lumière de Wood au dépistage des teignes fut plus particulièrement étudiée par P. Vigne (2) dont les seules communications ont fait l'objet d'une note très brève de Sabouraud dans le paragraphe qu'il consacre aux microsporums dans ce même ouvrage.

Le récent article de M. Pignot sur le diagnostic et le traitement des teignes (3) ne fait également aucune allusion à cette méthode d'examen.

Il n'est donc pas inutile de rappeler très brièvement les renseignements de premier plan qu'elle apporte aux praticiens qui ne peuvent avoir en cette matière l'indiscutable compétence clinique des maîtres de l'Hôpital Saint-Louis, dont les austères murailles n'ont point encore laissé filtrer la lumière de Wood.

Nous rappellerons qu'un corps est dit « fluorescent » lorsque, recevant certaines radiations lumineuses, il les transforme en radiations visibles, de longueurs d'ondes différentes. Les rayons qui excitent le plus la fluorescence sont compris entre le violet et l'ultra-violet. L'intensité de la lumière obtenue par la lampe de quartz ne permettant pas de voir nettement le phénomène, Wood s'efforça de réaliser un écran qui ne laisserait passer que les radiations les plus actives à l'exclusion de toutes autres. Après divers essais il adopta un écran de verre à base d'oxyde de nickel.

Nombreux sont les médecins qui possèdent à l'heure actuelle une lampe à vapeurs de mercure. Pour obtenir la lumière de Wood il leur suffira donc de fixer cet écran (dont le prix d'achat est minime) sur l'ouverture d'un localisateur, l'examen étant pratiqué dans une pièce obscure.

Observé en lumière de Wood : le cuir chevelu sain apparaîtra gris foncé avec quelques reflets violets ;

— Les squames des pityriasis perdront l'aspect luisant qu'elles ont au jour ; elles sont ternes, jaunâtres, de coloration grisâtre ;

— Au contraire les cheveux parasités présenteront une fluorescence bleu verdâtre, très brillante ; ils se détachent nettement sur le fond sombre du cuir chevelu.

Les différentes trichoses parasitaires présentent toutefois entre elles certaines différences que Vigne a bien précisées. Les microsporums se caractérisent par des plaques où la fluorescence se répartit inégalement sous forme de hachures. Le caractère surtout ectothrix du champignon a pour conséquence une intensité particulière de la luminosité des gaines formées par les spores, et de la frange d'Adamson.

Les trichophyties dont le parasite est endothrix ont une luminosité plus atténuée ; de plus les cheveux sont souvent inclus dans des squames dont il sera nécessaire de les séparer. Rappelons à ce propos que le dégraissage préalable des cheveux à l'éther ou au xylol n'atténue pas leur fluorescence.

Celle des cheveux faviques est au contraire relativement faible ; si les godets se détachent assez nettement sur le fond sombre du cuir chevelu il est rare que l'examen à l'écran de Wood décèle des lésions qui n'étaient pas visibles à la lumière solaire.

La veille de l'examen, la tête de l'enfant sera soigneusement nettoyée au savon, mais il est préférable de ne pas appliquer pendant la nuit un pansement occlusif à base de vaseline ou de tout autre corps gras. La lampe à vapeurs de mercure étant allumée on devra attendre quelques secondes afin qu'elle ait atteint son régime optimum et que l'accommodation se fasse. On prendra comme point de repère la luminosité des ongles qui ont une fluorescence blanchâtre caractéristique.

Si l'on pratique un examen extemporané, sans décapage préalable, ce qui est le cas le plus fréquent, on devra, à l'aide d'un vaccinostyle par exemple, dilacérer les squames afin de s'assurer qu'elles ne dissimulent pas de cheveux parasités ; très rapidement d'ailleurs on arrivera à différencier leur coloration grise de la fluorescence verte provoquée par le champignon.

Arraché à la pince à épiler, le poil infecté apparaît entre les mors comme un point extrêmement brillant ; même en l'absence d'un contrôle microscopique, le diagnostic de teigne peut être ainsi porté avec certitude.

(1) MARGAROT et DEVÈZE. *Bull. Soc. méd. et bio. Montpellier*, 5 juin 1925, et *Annales de Dermatologie* 1929, p. 581. Le lecteur trouvera dans ce dernier article la bibliographie complète de cette question.

(2) P. VIGNE. Congrès des dermatologistes de langue française, Bruxelles, juillet 1926. *Presse médicale*, 16 mars 1927.

(3) M. PIGNOT. *Presse médicale*, 10 mars 1937.

L'existence d'une teigne tondante étant établie, on pratiquera une épilation totale, même si l'affection paraît localisée à quelques plaques nettement délimitées. A la clinique dermatologique de l'Hôpital général nous accordons notre préférence à la radiothérapie, conservant toujours une certaine appréhension à prescrire l'acétate de thallium chez des enfants le plus souvent débiles.

La chute des cheveux terminée, nous surveillons régulièrement la repousse à l'écran de Wood, qui ne peut être ici remplacé par aucune autre méthode d'examen. En effet, les badigeonnages iodés ne donnant pas des résultats d'emblée définitifs, les follicules hébergent pendant longtemps des parasites qui infectent le jeune cheveu. Alors que celui-ci ne mesure encore que quelques millimètres il est pratiquement impossible de le différencier à la lumière du jour de cheveux sains. Sous l'écran, il apparaît au contraire avec la plus grande netteté. On peut ainsi, en les entourant d'un cercle d'iode, délimiter avec précision les zones encore infectées et qui seront épilées par la suite à la pince.

Cette surveillance est un des temps les plus importants du traitement des teignes, car il suffit de quelques cheveux encore parasités pour que l'affection se propage à nouveau.

Lorsqu'un examen à l'écran a été complètement négatif nous laissons la repousse s'effectuer normalement pendant un mois ou six semaines. A ce moment, les cheveux ayant été coupés très courts, une nouvelle vérification est effectuée ; on observera surtout avec attention la bordure du cuir chevelu (nuque, sillons rétro-auriculaires, front) qui est le siège d'élection des récidives. L'absence de tout point fluorescent permettra d'affirmer la guérison.

Ainsi que le signalait Vigne il serait souhaitable que les services d'inspection des écoles soient dotés de cette instrumentation, qui est simple et peu onéreuse. Très souvent en effet les médecins hésitent à délivrer un certificat de guérison de teigne et par prudence conseillent un isolement de très longue durée. On conçoit également combien l'examen systématique de toutes les personnes ayant approché des enfants teigneux et ne présentant en apparence aucune lésion macroscopiquement décelable pourrait devenir un des temps essentiels de la prophylaxie de ces parasitoses. En quelques mois, dans un préventorium des environs de Montpellier, nous avons jugulé une épidémie de trichophyties qui persistait depuis plusieurs années. De son côté, Vigne put ainsi identifier dans un orphelinat de Marseille 20 teigneux parmi les 111 enfants qui étaient pourtant surveillés avec la plus grande attention.

La netteté de la fluorescence des cheveux infectés prête rarement à erreur ; il suffit d'avoir observé sous l'écran quelques cas typiques de microspories ou de trichophyties pour être capable dans l'avenir d'en poser avec certitude le diagnostic.

L'interprétation est beaucoup plus difficile pour le favus, mais cette affection est trop caractéristique pour passer inaperçue lors d'un examen clinique tant soit peu attentif.

Les résultats ainsi obtenus au cours de ces dernières années dans le service de notre maître, M. le Pr Margarot, nous autorisent à considérer l'examen à l'écran de Wood comme la méthode d'investigation la plus simple pour déceler précocement et avec certitude l'existence d'une teigne tondante et en surveiller l'évolution après les diverses applications thérapeutiques.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

QUELQUES PROCÉDÉS MNÉMOTECHNIQUES CONCERNANT L'ALIMENTATION DU NOURRISSON

par M. L. Babonneix.

Il arrive souvent que l'étudiant, de même le jeune médecin, éprouvent quelques difficultés pour savoir quelles doses de lait donner à un nourrisson. Voici, pour faciliter leur tâche, quelques procédés mnémotechniques.

§ I. — **Données physiologiques.** — Envisageons successivement :

1. L'accroissement mensuel et quotidien.

A. — *Accroissement pondéral mensuel pendant les deux premières années :*

Naissance	3 kg. 200
1 mois	4 kg.
2 mois	4 kg. 700
3 mois	5 kg. 300
4 mois	6 kg.
5 mois	6 kg. 750
6 mois	7 kg.
7 mois	7 kg. 500
8 mois	8 kg.
9 mois	8 kg. 150
10 mois	8 kg. 500
11 mois	8 kg. 850
12 mois	9 kg.
18 mois	10 kg. 500
2 ans	11-12 kg.

Procédé mnémotechnique dû à M. E. Terrien :

1. Dans les *cinq premiers mois*, l'augmentation mensuelle étant de 700 grammes, il suffit, pour calculer le poids, de multiplier ce chiffre par le nombre de mois et d'ajouter au résultat le poids de naissance.

Exemple :

Soit un enfant de 4 mois :
700 × 4 = 2.800.
2.800 + 3.200 = 6.000.

2. *Dans les cinq mois suivants,* la progression mensuelle n'est plus que de 350. Il suffit, pour calculer le poids, de multiplier ce chiffre par le nombre de mois échus après le cinquième et d'ajouter au résultat le poids connu du cinquième.

Exemple :

Soit un enfant de 9 mois :
350 × 4 = 1.400 ;
1.400 + 6.750 = 8.150.

B. — *Accroissement pondéral journalier pendant la première année.* — M. J. Renault et Mme de Tannenberg proposent la formule suivante :

25 gr. — M,

où M représente l'âge de l'enfant exprimé en mois.

Exemple :

A six mois, l'enfant augmente, par jour, de 25 gr. — 6 = 19 gr. environ.

II. Le nombre de calories nécessaires. — *Pour les classiques*, il est, schématiquement :

De 100 *par kilogramme et par jour*, les deux premiers mois ;

De 85, du deuxième mois à 1 an ;

De 70, de 1 à 2 ans.

Si l'on admet qu'un litre de lait de femme dégage 650 C. et un litre de lait de vache 700, les 100 calories seront fournies :

Dans le premier cas, par 155 cm³ de lait ;

Dans le second, par 143 cm³ de lait.

M. E. Terrien donne le procédé mnémotechnique suivant :

Jusqu'à deux ans (douze kilogs), multiplier par 100 le poids de l'enfant et retrancher 1/5e du résultat.

Exemple. Soit un enfant de 11 kilogs. Son besoin calorique sera de 1110-1110:5 = 880 calories.

Après deux ans. — Même règle, mais diminuer encore le résultat de 40 calories par kilog.

Exemple. Soit un enfant de 20 kilogs (6 ans). La première formule donnerait comme résultat : 2000-2000:5 = 1600 calories. De ce chiffre, on déduira 40 × 8 = 320.

Le besoin calorique sera donc de 1280.

III. L'équilibre alimentaire. — 1. *Solides.* — Il est parfaitement réalisé par le lait de femme, qui contient, pour 1 p. de protides, 2,4 de lipides et 4 de glucides. D'autre part, l'enfant a besoin de 2 à 3 gr. d'albumine par kilog et par jour. (*Organisation d'Hygiène de la Société des Nations*, 11-12 déc. 1936.)

2. *Liquides.* — Le nourrisson a besoin de 150 *gr. d'eau par kilogramme et par jour*, cette quantité devant être augmentée s'il est malade.

§ II. — Coupage du lait. — Trois procédés :

1. Marfan :

a) *La première semaine*, mélange, à parties égales, de lait et d'eau sucrée à 5 %.

b) *De la première semaine à la fin du 3e mois*, mélange d'une partie d'eau saccharosée à 10 % et de deux parties de lait.

c) *A partir du 4e mois*, si tout va bien, lait pur.

2. J. Renault et Mme de Tannenberg : Employer, pour le sucrage, de l'eau saccharosée à 12 %, et pour le coupage, la formule 1/M, où 1 représente les doses d'eau, et M, l'âge de l'enfant exprimé en mois, et, par suite, les doses de lait.

Exemples :

Au 1er mois, le coupage sera fait par moitié (1/1).

A 2 mois (1/2), au tiers : une partie d'eau, deux parties de lait.

A 3 mois (1/3), au quart : une partie d'eau, trois parties de lait.

3. E. Terrien.

Le premier mois, couper le lait au tiers.

A partir du 2e mois, mettre, dans chaque biberon, une quantité fixe d'eau de 15 à 20 grammes et ajouter la quantité de lait nécessaire pour compléter la dose à laquelle l'enfant a droit.

§ III. — Rations quotidiennes de lait.

Procédés fondés sur le poids.

A. Pour MM. Apert et Eugène Terrien, prendre *le dixième du poids du corps* et y ajouter 250 gr.

Exemples

4 kilogs	1 mois	400 + 250 = 650
4 k. 750	2 —	470 + 250 = 720
5 k. 300	3 —	530 + 250 = 780
6 kilogs	4 —	600 + 250 = 850
6 k. 700	5 —	670 + 250 = 920

Nota. — Les chiffres précédents indiquent la quantité globale par 24 heures, *eau de coupage comprise.* Si l'on admet les chiffres de M. E. Terrien, cela fait :

4 k.	Lait	435
	Eau	215
4 k. 700	Lait	600
	Eau	120
5 k. 300	Lait	660
	Eau	120
6 k.	Lait	730
	Eau	120
6 k. 700	Lait	800
	Eau	120

B. — Pour les Américains (Holt et Faber, Nicholson), donner 100 *gr. de lait de vache*, ce qui fait 3 gr. 3 de protéines *par kilog et par jour.*

Ces chiffres sont considérés comme excessifs par Fanconi et par Feer (de Zürich).

Procédés fondés sur l'âge. — Pour M. J. Renault et Mme Corot de Tannenberg, la quantité de lait par 24 heures peut être exprimée par la formule :

$$(5 + M)\ 100,$$

où M représente l'âge de l'enfant exprimé en mois.

Exemples

A 1 mois	(5 + 1) 100 = 600	grammes
A 2 —	(5 + 2) 100 = 700	—
A 3 —	(5 + 3) 100 = 800	—
A 4 —	(5 + 4) 100 = 900	—
A 5 —	(5 + 5) 100 = 1.000	—

A partir de 6 mois, à la formule (5 + M) 100, les auteurs substituent celle de (4,5 + M) 100.

Comme précédemment, ces chiffres représentent la quantité globale pour 24 heures, *eau de coupage comprise.* L'eau de coupage est, comme on sait, de l'eau sucrée à 12 %.

A ce sujet, une observation. Aujourd'hui, on tend volontiers (Feer) à baisser les quantités de lait à partir de 4 à 5 mois, et on ne dépasse jamais un litre par jour, chiffre déjà considéré comme un grand maximum.

§ IV. Doses de lait et d'eau par repas.

Procédés fondés sur le poids. — Pour 6 repas par 24 heures, multiplier par 2 les deux premiers chiffres du poids et ajouter 20 (Eugène Terrien).

Exemples

4 kilogs =	80 + 20 = 100
4 k. 700 =	94 + 20 = 114
5 k. 300 =	106 + 20 = 126
6 kilogs =	120 + 20 = 140
6 k. 750 =	134 + 20 = 154

Les chiffres précédents indiquent la quantité globale par repas, *eau de coupage comprise*, les doses respectives de lait et d'eau seront donc, si l'on accepte les chiffres proposés par M. E. Terrien pour le coupage :

4 kilogs	Lait	65	grammes
	Eau	35	—
4 k. 700	Lait	100	—
	Eau	20	—
6 kilogs	Lait	120	—
	Eau	20	—
6 k. 700	Lait	135	—
	Eau	20	—

Procédés fondés sur l'âge. — E. Terrien.

Premier mois.

La première semaine : donner, à chaque repas, autant de fois 10 gr. de lait coupé que l'enfant a de jours, soit 10 *grammes par repas et par journée d'âge.*

Les 3 semaines suivantes. — Augmenter de 10 gr. par repas et par semaine.

Du 2e au 5e mois : augmenter de 10 gr. par repas et par jour, en majorant de 10 gr. les chiffres obtenus.

§ V. Coupage du lait sec.

1. *Pour préparer un litre*, diluer 100 grammes de lait demi-gras dans 900 grammes d'eau (E. TERRIEN).

2. *Pour préparer* 100 *grammes*, diluer 3 cuillerées à soupe arasées à la quantité d'eau suffisante pour faire 100 cm³. (Ed. LESNÉ et R. CLÉMENT).

3. *Pour préparer* 50 *grammes*, ajouter une cuillerée à soupe et demie bien pleine à 50 grammes d'eau bouillante (G. BLECHMANN).

4. Avec une cuillerée à soupe de lait sec, on fait 3 cuillerées à soupe de lait ; avec une cuillerée à café, une cuillerée à soupe de lait (BONNAMOUR, R. MATHIEU).

5. 6 cuillerées à soupe de lait sec font 100 calories (DENNET). On donnera donc la quantité de cuillerées à soupe suffisante pour que l'enfant ait 100 calories par kilog et par jour.

Exemple

Soit un nourrisson normal de 3 kg. 500. On lui donnera 7 repas par jour, de 3 cuillerées à soupe de lait sec chacun. En effet, il a besoin de 350 calories par kilog et par jour. Elles lui sont fournies par 21 cuillerées à soupe de lait sec (3 × 7).

§ VI. — Coupage du lait concentré.

Pour faire un litre de lait, ajouter 200 grammes de lait concentré à la quantité d'eau suffisante pour faire un litre.

Pour faire 100 *gr.*, mettre 2 cuillerées à café (la cuillerée à café de lait concentré pèse 10 gr.).

LE VIe CONGRES FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE

Le VIe Congrès organisé par la Société française de gynécologie s'est tenu à Toulouse, du 15 au 18 mai 1937, sous la présidence de M. le professeur Mériel, de Toulouse, et la présidence d'honneur de M. le professeur C. Daniel, de Bucarest. Le sujet à l'ordre du jour était : Le cancer du col utérin.

La séance inaugurale s'est déroulée au milieu d'une grande affluence, en présence d'un représentant officiel du gouvernement roumain, M. le professeur Emile Gheorghiu, du préfet de la Haute-Garonne, du maire, du président du Conseil général, du recteur de l'Université et des autorités civiles et militaires de Toulouse.

C'est M. le professeur Daniel qui prononça le discours d'ouverture. M. Daniel rappela qu'il avait été interne du professeur Pozzi et dit tout ce qu'il devait à son ancien maître et à la gynécologie française, comment il avait organisé sa clinique gynécologique à l'imitation de celle de Paris, sa création de la Société de gynécologie de Bucarest et termina par quelques considérations générales sur la question à l'ordre du jour.

Après lui, M. le professeur Mériel remercia les invités et les représentants des nations étrangères, exposa la nécessité d'un diagnostic précoce du cancer, l'évolution de la thérapeutique anticancéreuse et termina en formulant l'espoir que la biologie nous aide un jour à prévenir cette redoutable affection.

Puis M. le professeur Gorse, doyen de la Faculté de médecine de Toulouse, dans une langue châtiée, souhaita très aimablement la bienvenue aux congressistes.

Enfin M. le docteur Maurice Fabre, secrétaire général du Congrès, après avoir remercié M. le professeur Dieulafé, président du Comité local d'organisation, M. le professeur Ducuing, rapporteur général, et les rapporteurs, ainsi que toutes les personnalités présentes ou absentes qui avaient concouru à la réussite du Congrès, exprima la reconnaissance de la Société française de gynécologie au professeur Mériel pour avoir accepté de présider ses assises annuelles. Il termina en témoignant de la gratitude des membres du Congrès à l'égard de M. le professeur Daniel, président d'honneur, et des représentants roumains, et fit des vœux pour la prospérité de la gynécologie roumaine et de la Roumanie.

Parmi les personnalités françaises et étrangères qui participèrent au congrès, remarqué :

MM. les professeurs et docteurs : Jayle, président de la Société française de gynécologie ; Jonesco, Tinco (de Bucarest) ; Berutti (Turin) ; Gueissaz (Neuchâtel) ; J.-L. Schockaert (Louvain) ; Ostreil (Prague) ; Aschheim (Berlin) ; Zografi (Coritsa) ; Dambrin, Lefebvre, Tourneux, Baudet, Guilhem, Nègre, Marquès, Giscard, R. Dieulafé (Toulouse) ; Hamant, Chalnot (Nancy) ; Chauvin, Imbert, Bonnal (Marseille) ; Paucot (Lille) ; de Fourmestraux (Chartres) ; Villard, André Chalier, Michon, Violet (Lyon) ; Guyot, Jeanneney, Jean Villar, Rocher (Bordeaux) ; Riche (Montpellier) ; Max Aron (Strasbourg) ; Godlewski (Avignon) ; Pellé (Rennes) ; Et. David (Salies-de-Béarn) ; Xavier Colaneri, Douay, Maxime Leroy, Wallon, Turpault, Louis Netter (Paris), etc... Avant d'aborder la discussion des neuf rapports, M. le professeur Forgue, invité au Congrès, fit part de sa conception de la thérapeutique actuelle du cancer utérin, puis M. le professeur Ducuing, rapporteur général, exposa succinctement les travaux des rapporteurs.

Les rapports présentés furent les suivants :

1. X. Bender et X. Colaneri (Paris) : Quelques notions étiologiques et anatomo-pathologiques sur le cancer du col ;

2° M. Aron (Strasbourg), A. Hamant et P. Chalnot (Nancy) : Dépistage et diagnostic du cancer du col ;

3° E. Chauvin (Marseille), M. Leroy (Paris) et J.-B. Giscard (Toulouse) : Retentissement du cancer du col utérin sur l'appareil urinaire ;

4° L. Michon (Lyon), R. Dieulafé (Toulouse) : Traitement chirurgical du cancer du col, en dehors de la puerpéralité ;

5° P. Lehmann (Paris), P. Marquès (Toulouse) : Traitement du cancer du col par la radiothérapie ;

6° J. Ducuing et P. Nègre (Toulouse) : Complications du traitement du cancer du col par les radiations ;

7° Ch. Lefebvre et J. Gouzi (Toulouse) : Le cancer du col restant ;

8° E. Curtillet (Alger), R. Dieulafé (Toulouse) : Récidives et métastases dans le cancer du col. Traitement de la douleur ;

9° H. Paucot (Lille), P. Guilhem (Toulouse) : Traitement du cancer du col de l'utérus pendant la gestation.

Au cours du congrès eut lieu une visite au centre anticancéreux dirigé par M. le professeur Ducuing, puis les congressistes furent invités à différentes réceptions. Enfin, après clôture, le professeur Dieulafé dirigea une excursion dans les stations thermales du Comminges, avec réceptions à Saint-Gaudens et Salies-du-Salat.

FABRE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Contribution à l'étude de la syphilis du bourgeon incisif dans la syphilis héréditaire (thèse) par le docteur Pierre DALIGAND. Grand in-8° de 94 pages, chez Bosc frères, M. et L. Riou, 42, quai Gailleton, à Lyon, 1936.

Luchon dans l'histoire de l'hydrologie, réflexions et hypothèses sur l'action des eaux minérales, suivies d'une étude sur le radio-vaporarium sulfuré de Luchon, technique, clinique, résultat, par R. et P. MOLINÉRY (Bulletin de l'Union médicale latine). Grand in-8° de 122 pages, chez René Lépine, 39, rue d'Amsterdam, à Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 13 MARS 1937)

Essais d'immunisation de lapins splénectomisés par des bacilles tuberculeux de type aviaire, tués par chauffage. — M. F. van DEINSE. La tuberculose à bacilles aviaires n'évolue pas plus rapidement chez le lapin splénectomisé que chez le lapin normal. Celui-là se laisse aussi bien immuniser par des injections répétées de bacilles tués par chauffage, que celui-ci envers les bacilles ayant servi à l'immunisation, et vivants.

Caractères des réactions allergiques déterminées par les bacilles morts isolés de cobayes neufs et enrobés dans l'huile de vaseline. — M. A. SAENZ. Le renforcement des réactions allergiques, produit par l'enrobage dans l'huile de vaseline, permet de distinguer plus aisément les différences existant entre le pouvoir sensibilisant des souches isolées des cobayes neufs et celui des bacilles aviaires.

La courbe d'antitoxine staphylococcique chez les lapins immunisés au moyen de l'anatoxine staphylococcique. — MM. R. RICHOU et P. MERCIER. Chez les lapins immunisés au moyen de trois injections d'anatoxine staphylococcique, la baisse de l'immunité antitoxique est relativement rapide. Mais il suffit d'une seule injection de rappel de 2 ou 3 cc. d'anatoxine, pour faire remonter le titre antitoxique du sérum de ces animaux à un niveau élevé.

Sur une méthode de production rapide et intensive de l'antitoxine tétanique. — MM. G. RAMON, E. LEMÉTAYER et A. MUSTAPHA. Des chevaux vaccinés contre le tétanos et soumis à l'hyperimmunisation au moyen de quatre doses : 20 cc., 40 cc., 80 et 100 cc. d'anatoxine tétanique additionnée de tapioca fournissent, trois semaines seulement après le début de cette hyperimmunisation, un sérum suffisamment riche en antitoxine tétanique pour être utilisable dans la sérothérapie spécifique.

Des chevaux non vaccinés au préalable et soumis aux mêmes injections donnent dans le même temps un sérum incomparablement moins riche en antitoxine.

Sur les propriétés excito-ganglionnaires du phénoxy-I-diméthylamino-2-éthane (J. L. 407). — M. L. JUSTIN-BESANÇON et Mlle D. KOHLER étudient les propriétés excito-ganglionnaires d'un sympatholytique de synthèse, le J. L. 407, en comparant ses effets hypertensifs à ceux de la nicotine employée à faibles doses après action d'agents pharmacodynamiques variés. Chez le chien chloralosé, ses effets hypertensifs sont supprimés après paralysie des ganglions par de fortes doses de spartéine et après action de divers sympatholytiques naturels. Les propriétés hypertensives que le J. L. 407 manifeste à faibles doses semblent donc avoir pour cause une décharge d'adrénaline due à une action excito-ganglionnaire.

Etude chez le lapin du coefficient de rétention du rouge Congo dans le plasma. — MM. P. CARNOT, R. CACHERA et Mlle T. MELIK *ont* repris l'étude expérimentale du coefficient de rétention du rouge Congo dans le plasma du lapin, épreuve employée par Adler et Reimann chez l'homme, puis, sous une autre forme, par Diéryck chez le lapin, en vue d'apprécier l'activité fonctionnelle du système réticulo-endothélial.

Ils ont mesuré la teneur du plasma en rouge Congo 4 et 60 minutes après l'injection du colorant dans les veines, à la dose de 10 milligrammes par kgr. Le deuxième chiffre (60 minutes), exprimé en pourcentage du premier (4 minutes), constitue le coefficient de rétention.

Au cours de déterminations pratiquées sur 25 animaux, ils ont obtenu une valeur moyenne de ce coefficient de 56,2 p. 100. L'élimination urinaire est minime ; la question de l'élimination biliaire mérite une étude spéciale. La valeur moyenne de ce coefficient, si elle est établie d'après une série suffisante d'épreuves, paraît être assez stable pour servir de terme de comparaison valable à des recherches ultérieures.

M. BÉNARD. La méthode colorimétrique n'est peut-être pas la meilleure pour le dosage du rouge Congo.

Influence de l'insuline sur la glycémie au cours de la perfusion du foie. — MM. N. FIESSINGER, H. BÉNARD, M. HERBAIN, L. DERMER et G. BAREILLIER. Les auteurs, supprimant le lavage préalable du foie à l'eau chlorurée isotonique dans la technique de la perfusion hépatique chez le chien à l'aide du sang défibriné homologue, n'obtiennent plus comme par le passé de glycogénolyse spontanée.

L'adjonction de différentes préparations d'insuline leur a donné des résultats discordants en ce qui concerne l'élévation du taux du sucre dans le sang perfusant.

L'insuline cristallisée se range parmi les préparations qui donnent une élévation importante de la glycémie dans ces conditions expérimentales.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 AVRIL 1937)

Emphysème pulmonaire à grosses bulles, simulant les kystes congénitaux du poumon. — MM. BRULÉ, HILLEMAND, DELARUE et GAUBE. Homme de 38 ans atteint de dyspnée et de bronchite ; soigné depuis l'âge de 9 ans pour asthme et emphysème.

A l'examen radiologique du thorax, images hydro-aériques à la base du poumon droit faisant penser à des kystes congénitaux du poumon. Mais il s'agissait de formations pseudo-kystiques acquises. A l'autopsie, on trouve un emphysème énorme, des lésions de sclérose pulmonaire, de petits foyers de pneumonie ardoisée, et une condensation diffuse de la base droite. A l'examen histologique, lésions de sclérose pulmonaire tuberculeuse et transition entre la bulle et emphysème typique et les formations pseudo-kystiques.

Tomographie de la maladie kystique du poumon (kystes aériens). — E. BERNARD. Documents tomographiques concernant un cas de maladie kystique du poumon. La tomographie a permis de diagnostiquer un nombre considérable de kystes aériens. Les petits kystes du poumon, lorsqu'ils ne sont pas infectés sont clairs et sont mis en évidence par leur paroi. La tomographie permet des images plan par plan, en coupes minces, libérées du squelette osseux.

Observation de kystes aériens du poumon. Technique stratigraphique ou tomographique pour leur étude. — MM. MEERSSEMAN, BUFFÉ, DURAN et GALLOUIN. Dans un cas, il s'est agi d'une forme latente découverte à la faveur d'un examen radiologique systématique. Dans deux autres cas, l'infection et la suppuration des kystes se traduisaient par un syndrome de bronchite chronique avec emphysème et suppuration abondante.

Etude clinique et anatomique de cas de kystes congénitaux du poumon (pseudo-bronchectasies congénitales) chez l'enfant. — MM. ARMAND-DELILLE, LESTOCQUOY et HUGUENIN. Les auteurs ont rencontré à côté de cas de dilatations bronchiques typiques, des altérations qui se révèlent par des images claires à contours circulaires dont le lipiodol confirme le caractère.

Pour eux les kystes congénitaux se divisent en cinq catégories : 1° Grandes cavités occupant presque tout l'hémithorax ; 2° cavités moyennes et multiples occupant tout un lobe ; 3° kystes multiples occupant un poumon ; 4° kystes multiples limités ; 5° formations kystiques généralisées aux deux poumons.

Kystes congénitaux du poumon chez l'enfant. — MM. Debré, Marie, Mignon et Buton. Trois observations de kystes congénitaux du poumon. Tous les cas suivis par les auteurs ont été reconnus cliniquement.

Première observation concerne un enfant de 14 mois présentant au cours d'une rougeole une complication pulmonaire droite se traduisant par une image hydro-aérique de l'hémithorax droit.

La deuxième observation a trait à un kyste ballon infecté pris pour une pleurésie purulente et opéré.

La troisième concerne un kyste juxta-hilaire présentant d'abord l'aspect d'un kyste plein, et ultérieurement l'aspect d'une cavité hydro-aérique. Le contenu kystique devant être représenté par du liquide de sécrétion.

(Séance du 16 avril 1937)

Kystes aériens du poumon et leurs différents types. — M. Sayé (Barcelone). Il y aurait trois types et abcès du poumon.

a) Des kystes géants ; b) des formes polykystiques lobaires à aspects variés, difficiles à différencier de la tuberculose ; c) des kystes associés à l'obstruction de certaines branches. Ces kystes peuvent suppurer et être pris pour une pleurésie enkystée.

Kystes pulmonaires de l'adulte et leur signification. — MM. Ameuille et Rendu. Il y aurait chez l'adulte des kystes aériens du poumon tardivement acquis. Les kystes acquis de l'adulte sont d'origine emphysémateuse. Presque tous sont cloisonnés à l'intérieur par des cordages entrecroisés qui leur donnent une apparence de « beignets soufflés ». Les auteurs signalent l'abondance des vascularités oblitérantes au voisinage des lésions kystiques, sans qu'on puisse affirmer qu'elles jouent un rôle certain dans la production des lésions.

Emphysème à grosse bulle solitaire simulant un kyste congénital du poumon chez un nourrisson de 4 mois. — MM. P. Lereboullet, Lelong et Bernard.

Kystes aériens suppurés. — MM. Cathala et Brincourt.

Caverne ou kyste chez une syphilitique. — MM. Pruvost, Boissonnet et Lecomte. Malade prise il y a quinze ans pour une tuberculeuse en raison d'une cavité de la partie supérieure du poumon droit. Examens des crachats toujours négatifs permettant d'éliminer le diagnostic de caverne tuberculeuse. On put seulement discuter le diagnostic de kyste. Dans ce cas, existence d'une syphilis révélée par examen de laboratoire positif, ayant permis l'instauration du traitement spécifique qui eut une sérieuse influence sur l'état général.

Kystes aériens chez le nourrisson. — M. Ribadeau-Dumas.

Kystes du poumon et bronchiectasies. — M. Comby. La lecture des observations publiées témoigne tantôt d'une solidarité étroite entre les kystes pulmonaires et les dilatations bronchiques, tantôt d'une structure histologique de bronche dans les parois des kystes aériens. Etudiant comparativement bronchiectasies et kystes aériens du poumon, on est frappé de leur interdépendance dans les formes congénitales et acquises. Souvent, la maladie kystique du poumon se confond avec celle des dilatations bronchiques.

Diagnostic des kystes aériens du poumon. — MM. Huber, Gibert, Florand, Mme Hector et M. Belletoille. Garçon opéré pour une collection purulente de l'hémithorax droit, chez lequel les signes cliniques et radiologiques font penser au kyste aérien du poumon. A retenir leur évolution favorable.

Kystes aériens suppurés du poumon. — MM. Sergent et Kourilsky. Il existe des kystes pulmonaires remontant à l'enfance qui peuvent suppurer ultérieurement. Ils peuvent s'accompagner de petites hémoptysies qui ont une valeur importante chez l'enfant et l'adolescent. Les kystes suppurés se présentent radiologiquement comme des images régulières arrondies. La fixité de l'image au cours des examens successifs différencie les kystes des abcès et des pleurésies purulentes. Les kystes suppurés ne donnent pas lieu à des pleurésies concomitantes. Du point de vue opératoire, on ne peut faire qu'un drainage.

Kystes multiples sous-pleuraux hérédo-syphilitiques. — M. Apert.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(Séance du 27 février 1937)

Dispositif pour l'anesthésie intraveineuse. — M. Hirchberg.

Les réactions de la muqueuse nasale. — M. Grain expose que sous la dépendance de causes générales déclenchantes, la muqueuse nasale est fréquemment le siège de phénomènes réactionnels consistant en hypersensibilité, hypersécrétion, hypertrophie et dégénérescence. Ces phénomènes très particuliers constituent un véritable syndrome ne relevant pas de la thérapeutique locale ; ils doivent obligatoirement rentrer dans le cadre de la thérapeutique générale.

Chirurgie articulaire. — M. Massart présente une série de films en couleur d'opérations osseuses, une opération ankylosante du rachis pour fracture vertébrale douloureuse, une opération intra-articulaire du genou pour une ostéochondrite disséquante, une arthrodèse du genou pour lésion rhumatismale chronique. La couleur naturelle qui donne une idée exacte de l'hémorragie et de la teinte des tissus paraît un gros progrès dans l'art cinématographique chirurgical.

Gastrectomie large dans un cas de gastrite. Transformation néoplasique possible. — MM. P. Le Gac, Bécart, Hirchberg.

Répercussions de l'atrésie congénitale du maxillaire inférieur sur le développement de la race. — M. Pierre Robin insiste sur ce fait que le nombre des enfants naissant avec une atrésie congénitale du maxillaire inférieur est supérieur à celui des enfants normaux. Cette atrésie transmissible héréditairement, ayant une étiologie commune (syphilis, tuberculose, alcoolisme) avec les causes de dépopulation admises par les sociologues et les médecins, devient une cause de dégénérescence progressive de la race, par suite de la glossoptose qu'elle détermine. Sans la disparition de la glossoptose en France, la population n'augmente pas.

(Séance du 12 mars 1937)

Les médications dynamiques. — M. R. Glénard montre que, par suite des modifications intérieures qu'elles subissent à leur arrivée à l'air libre, les eaux minérales alcalines chaudes, même à doses faibles, constituent, à la source, une médication catalytique, vivante et comme dispensatrice d'énergie. Leur rôle n'est pas de combattre, sur le champ clos de l'organisme, de prétendues maladies autonomes, mais de stimuler ses fonctions vers un retour à leur équilibre normal. Le résultat dépend de la nature des réactions de chaque malade et de la manière dont la cure leur est constamment adaptée.

Traitement médical de la coxarthrie. — M. J. Sédillot présente d'abord deux malades dont les coxarthries étaient, cliniquement, aussi exactement semblables que possible, et qu'il a soumises à la même cure de désintoxication arthritique. Chez l'une, qui, antérieurement, avait subi, sans aucun résultat, le forage du col, le résultat de la cure a été

nul. L'autre malade a eu une amélioration considérable, et peut mener aujourd'hui une existence normale.

M. Sédillot en conclut que le forage n'agit sur l'élément douleur que par une dévitalisation du col, dangereuse pour l'avenir de l'articulation. Il présente un troisième coxarthrique, traité au 5e mois d'évolution, et dont la guérison se maintient complète depuis 22 mois.

M. Dupuy de Frenelle étudie le mode d'action du forage osseux.

Activité normale intermittente de l'estomac à jeun et diagnostic d'hypersécrétion continue. — M. Pron estime que, du fait de la présence de suc gastrique, à jeun le matin, à l'état normal, le diagnostic d'hypersécrétion continue risque d'être aléatoire, le tubage pouvant être fait juste au moment où se produit la sécrétion passagère. L'existence du bruit de clapotage, la quantité de liquide extraite et surtout la composition de ce liquide, qui s'éloigne, le plus souvent, beaucoup de la normale, sont des signes qui permettent d'éviter l'erreur. L'absence de repos réel de l'estomac, en dehors des repas, ainsi que l'ont montré les recherches de Jarno et Vandorfy, doit inciter les médecins et les chirurgiens à ne pas mettre à la diète absolue les patients qui viennent d'avoir une hématémèse ou de subir une opération importante.

Morphologie cranio-faciale. Repérage en vue de la connaissance de la position de la tête dans l'espace. — M. C. Claoué.

Rhumatisme cardiaque évolutif masqué par une névrose cardiaque. — M. A. Pruche.

Remarques sur l'action de la dimelthylxanthine éthylène diamine. — M. R. Heim de Balsac, après avoir rappelé les travaux expérimentaux qui montrent l'action diurétique et surtout vaso-dilatatrice coronarienne de la dimelthylxanthine éthylène diamine, résume les résultats thérapeutiques obtenus à l'étranger, en particulier dans les coronarites douloureuses, thrombosantes ou accompagnées d'insuffisance cardiaque. Depuis un an cette médication appliquée uniquement par voie buccale à trente malades lui a donné des résultats favorables dans leur ensemble ; quelques céphalées, insomnies ou brûlures gastriques sont les seuls signes d'intolérance qu'il ait observés.

Atteinte veineuse aggravant les artérites séniles. — M. L. Kervarec.

Sulfate de quinidine et arythmie complète. — M. Barrieu montre que le sulfate de quinidine régularise toujours le cœur quand le flutter a été transformé en arythmie complète par la digitaline à haute dose. Il ressort de deux observations que cette transformation est spontanément possible. C'est peut-être dans cette seule éventualité qu'agit le sulfate de quinidine.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1937)

Paralysie obstétricale des membres inférieurs. — M. Lance présente un enfant de 2 ans 1/2, né par le siège après un accouchement difficile, et chez lequel on constata dès la naissance une immobilité des membres inférieurs. Il persiste actuellement un syndrome de la queue de cheval avec paralysie flasque des fessiers, des muscles postérieurs de la cuisse et du territoire du sciatique poplité externe ; les réflexes sont abolis et il existe une réaction de dégénérescence. Il existe enfin une double luxation paralytique de la hanche consécutive à la paralysie des adducteurs.

Modifications psychiques provoquées par l'injection de testostérone chez les jeunes garçons. — MM. P.-R. Bize et Moricard ont observé des modifications importantes du psychisme chez les enfants ainsi traités. Celles-ci consistent

surtout en apparition ou augmentation de l'impression de force, de la curiosité intellectuelle, de la combativité, du besoin de « sevrage familial », de la valorisation personnelle. Par contre, les modifications de la sexualité génitale ont été peu nettes. Ces faits montrent l'importance de l'imprégnation humorale en matière de caractérologie.

Arachnodactylie. — MM. Julien HUBER, J.-A. LIÈVRE et Mme HECTOR présentent un cas de cette dystrophie très complexe, qui peut porter sur la plupart des tissus d'origine mésodermique. A l'allongement et à l'amincissement des os, décrit par les premiers auteurs, il faut ajouter en effet la faiblesse et l'hypotonie musculaires, l'hypotonie et l'allongement des tendons, la diminution ou la disparition de la graisse sous-cutanée, des dysmorphies du crâne, du rachis, du thorax, des mains et des pieds, des troubles cardiaques et, dans la moitié des cas, de curieuses anomalies oculaires : myopie, luxation des cristallins, myosis irréductible.

Sténose incomplète du pylore chez un nourrisson. — MM. P. GIRAUD, BOURDE et SARDOU (de Marseille) rapportent l'observation d'un nourrisson de 2 mois, chez lequel une sténose incomplète du pylore avait déterminé un état voisin de l'athrepsie. Des tentatives de traitement médical, poursuivies pendant 5 mois, ne donnèrent aucune amélioration. Devant cet état stationnaire, les auteurs firent pratiquer la pylorotomie, qui fut suivie d'un excellent résultat. L'intervention permit de constater, outre la reprise du poids, la disparition d'une instabilité hydrique et d'une véritable anarchie de la température. Il est enfin curieux de noter la disparition, au bout de six mois, des signes d'athrepsie.

Acrodynie infantile dans la région toulousaine. — M. P. BÉZY a eu l'occasion d'observer une cinquantaine de cas d'acrodynie dans Toulouse et sa région depuis 1926. L'affection évolue par foyers successifs, sans qu'une notion de contagion puisse être établie. La fréquence des cas augmente ; les complications sont assez rares ; il semble que la maladie débute souvent par une infection rhino-pharyngée ; le pronostic est enfin favorable. Les cas urbains, d'abord moins nombreux que les cas campagnards, vont en se multipliant.

Torsion d'un kyste dermoïde de l'ovaire simulant une appendicite pelvienne chez une enfant de 26 mois. — M. P. DELTHIL insiste sur la grande difficulté du diagnostic entre ces deux affections, malgré quelques signes différentiels tels que dysurie intense, absence de vomissements, irradiations crurales de la douleur, contracture moins nette. Dans le cas qu'il rapporte, comme dans la plupart de ceux qui l'ont précédé, le diagnostic ne fut fait que lors de l'intervention. Il est donc recommandé de toujours faire un examen prudent des annexes lorsque, au cours de l'intervention, l'appendicite n'est pas évidente.

M. FÈVRE signale à ce propos que la présence dans la cavité péritonéale de liquide sanglant constitue une grosse présomption en faveur du kyste de l'ovaire.

Cadre radiologique pour nourrisson. — M. Paul AIMÉ. Présentation d'appareil.

Sur l'alimentation des nourrissons malades avec un lait acidifié entier. — M. PAISSEAU et Mlle BOEGNER rapportent les résultats qu'ils ont eus avec un lait acidifié par l'acide lactique. Leurs essais ont porté sur des nourrissons malades, hypotrophiques avec ou sans vomissements, convalescents de diarrhée. Autant qu'on puisse conclure d'une observation restreinte, ce produit serait particulièrement intéressant chez les nourrissons très jeunes que les circonstances ne permettent pas d'alimenter au lait maternel. Ce lait serait également susceptible de rendre des services chez les hypotrophiques simples.

LIVRES NOUVEAUX

Histoire médicale des Pontifes Romains, par Lorenzo GUALINO. Turin. Minerva Medica, 1934, XII.

Importante étude d'histoire de la médecine et même d'histoire tout court, accompagnée de très nombreuses illustrations et appuyée d'une importante bibliographie détaillée et commentée. Du martyre à la vieillesse, de l'empoisonnement vrai ou supposé à la malaria en passant par la goutte et le choc émotionnel ou d'autres témoignages de la fragilité humaine, la longue série des pontifes humains n'est exempte d'aucune des infortunes auxquelles sont sujets les hommes. On croit voir se dérouler un de ces cortèges que le moyen âge satirique a rangés derrière le spectre de la mort. L'érudition moderne ressuscite les danses macabres d'antan et la curiosité maligne de nos ancêtres trouve son rappel de nos jours dans la respectueuse indiscrétion du médecin et de l'historien. La garde qui veille...

L. BABONNEIX.

Le traitement des broncho-pneumonies infantiles, par le docteur André HUREZ, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1937, 1 vol. gr. in-8° de 60 pages. (Collection *Les Thérapeutiques nouvelles.*) J.-B. Baillière et Fils, éditeurs. Prix : 16 fr.

Parmi les causes de mortalité infantile, on peut situer au premier rang les broncho-pneumonies, dont la fréquence et la gravité sont maintenant reconnues. Aussi en médecine infantile n'est-il guère de sujet plus important que leur étude, afin de pouvoir leur opposer une thérapeutique aussi efficace que possible. C'est ce but qu'a voulu atteindre l'auteur, qui, après un rapide exposé des différentes broncho-pneumonies, développe, en termes clairs et précis, les principaux modes de traitement : préventif, curatif, médicamenteux et spécifique.

L. G.

BIBLIOGRAPHIE

D'Arsonval. Soixante-cinq ans à travers la science, par le docteur CHAUVOIS, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Très prochainement va paraître : D'ARSONVAL. SOIXANTE-CINQ ANS A TRAVERS LA SCIENCE, que notre ami le docteur Chauvois a pieusement consacré à l'illustre Maître, aujourd'hui au début de ses quatre-vingt-sept ans, en recueillant ses conversations et souvenirs.

Cet important ouvrage — véritable reconstitution, autour de M. d'Arsonval, de l'évolution des sciences physiques et biologiques en notre temps — va être présenté en un volume, *luxueusement édité*, de 450 pages in-8° avec 148 figures ou photographies, *par souscription limitée à* 1.000 *exemplaires numérotés*, dont :

10 exemplaires sur papier impérial du Japon (1 à 10), au prix de 400 fr. l'exemplaire ;

90 exemplaires sur papier teinté de grand luxe (11 à 90), au prix de 150 fr. l'exemplaire ;

900 exemplaires sur papier surglacé (101 à 1.000), au prix de 80 fr. l'exemplaire.

La souscription est présentement ouverte, et les exemplaires seront envoyés, à partir du 1er juillet — *numérotés dans l'ordre des souscriptions* reçues.

Pour recevoir : table des matières de l'ouvrage, bulletin de souscription et tous autres renseignements, *s'adresser directement* au docteur Chauvois, 75, avenue de Breteuil, Paris (15e). (Tél. : Ségur 54-87.)

NOTES POUR L'INTERNAT

PNEUMOTHORAX TUBERCULEUX SPONTANÉ

Le pneumothorax est un épanchement gazeux dans la cavité pleurale.

Son origine peut être : *traumatique*, après une plaie fermée du thorax ; *mécanique*, et l'on sait le rôle favorisant des lésions kystiques et pseudo kystiques du poumon ; *infectieuse* à pyogène ou à anaérobie ; mais la cause de beaucoup la plus fréquente du pneumothorax est la tuberculose, et c'est elle que l'on devra rechercher en présence de tout pneumothorax dont la cause n'est pas évidente.

Intérêt. — Le pneumothorax tuberculeux pose :

Un double problème diagnostique et pronostique. En effet, à côté du pneumothorax total de la grande cavité, dont la riche symptomatologie rend le diagnostic aisé, il existe des pneumothorax partiels à symptomatologie clinique très discrète, des pneumothorax muets, d'où l'utilité de l'examen radiologique pour les dépister.

De même, le pneumothorax joue un rôle essentiellement variable sur la tuberculose, qu'il complique.

— Tantôt, et c'est le fait le plus fréquent, il l'aggrave.

— Tantôt, il a sur elle une évolution heureuse, et c'est l'observation de tels cas qui a conduit Forlanini et Murphy à des essais de pneumothorax artificiels, dont il serait superflu de montrer à l'heure actuelle l'influence heureuse sur la tuberculose.

Bien plus, montrant le rôle heureux de la compression sur les lésions tuberculeuses, elle a conduit aux interventions chirurgicales et à la collaboration médico-chirurgicale actuellement si utile dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

ETIOLOGIE

Le pneumothorax tuberculeux peur survenir à toutes les phases de l'évolution de la malade.

— Il peut être la première manifestation révélant une tuberculose latente.

— Il peut survenir chez un tuberculeux pulmonaire avéré.

Nous étudierons successivement ces deux cas.

ETUDE CLINIQUE

1. Pneumothorax révélateur d'une tuberculose ignorée

Il s'agit en général d'un *pneumothorax généralisé*, à riche symptomatologie fonctionnelle et physique.

Le *début* est brutal, dramatique.

Chez un sujet jeune, en bonne santé apparente, ou bien après une phase prémonitoire d'imprégnation tuberculeuse, survient brusquement une dyspnée vive et une douleur thoracique atroce.

Or, la *douleur thoracique* est apparue brusquement après une secousse de toux ; le point de côté est très intense, souvent sous-mamelonnaire ; c'est une sensation de déchirement qui immobilise le thorax.

La *dyspnée* est très marquée, c'est une polypnée rapide ; les mouvements respiratoires sont brefs et courts.

A l'examen, la face est pâle, livide, mais il existe une grosse *cyanose* des lèvres, du nez, des pommettes ; les jugulaires sont distendues.

Il existe des sueurs abondantes ; le malade est souvent secoué par une *toux* sèche, déchirante.

Le pouls est rapide, petit, mal frappé.

Au niveau du thorax, on trouve : un *tympanisme* très net, un *silence respiratoire complet*, au niveau de l'un des deux poumons.

L'association du tympanisme et du silence respiratoire doit toujours faire penser au pneumothorax.

L'âge du sujet, l'interrogatoire qui permet de retrouver une période de quelques semaines où il a souvent existé de l'anorexie, de l'amaigrissement, de l'asthénie, des sueurs nocturnes, un état subfébrile, sont des éléments d'une importance primordiale en faveur de sa nature tuberculeuse.

— L'*indication thérapeutique* majeure est alors d'immobiliser le malade, de le soulager par une injection de morphine, de soutenir son cœur, de surveiller l'évolution de l'épanchement pour décomprimer si de gros phénomènes asphyxiques survenaient, si le cœur présentait un déplacement notable ou si la prise de la tension intrapleurale montrait une grosse élévation de celle-ci.

Le *pronostic* immédiat est en effet fonction :

De l'état du poumon opposé ;

De l'état du cœur ;

De l'importance et de la reproduction de l'épanchement gazeux.

Evolution immédiate :

— Sous l'influence de l'immobilisation, des tonicardiaques, des calmants, on voit en effet le plus souvent les signes fonctionnels s'atténuer, la cyanose diminuer.

— Par contre, dans d'autres cas, la dyspnée persiste et augmente ; l'état de shock persiste.

La tension artérielle est basse, le pouls de plus en plus rapide devient irrégulier.

La fièvre est élevée.

La tension intrapleurale montre un chiffre élevé (+ 6 à + 10) ; il faut décomprimer et parfois, malgré la soustraction de gaz, les phénomènes se reproduisent, obligeant à des désinsufflations répétées.

Ces formes sont donc d'un pronostic particulièrement grave.

Evolution médiate :

Quoi qu'il en soit, si spontanément ou par des décompressions on arrive à amender les troubles, au bout de deux ou trois jours les signes se modifient.

— Les signes fonctionnels sont atténués.

— A l'examen on trouve une symptomatologie beaucoup plus riche.

En dehors :

— De l'immobilité de l'hémithorax,

— Du tympanisme unilatéral,

— De l'abolition du murmure vésiculaire, avec respiration supplémentaire du côté opposé,

On peut maintenant rechercher l'*abolition des vibrations vocales*, et on perçoit à l'auscultation toute une série de signes particuliers dits « amphoro-métalliques » :

Souffle amphorique qui est perçu à l'inspiration ou aux deux temps, au niveau du hile ou dans toute l'étendue du poumon ;

Retentissement amphorique de la voix et de la toux ;

Tintement métallique : petit bruit argentin s'entendant surtout quand le malade respire fort, tousse ou parle, et comparable à celui que donnerait un grain de plomb tombant dans une coupe de cristal.

Il faut y ajouter l'existence d'un *bruit d'airain* à l'auscultation, si l'on percute la partie symétrique de l'hémithorax avec deux pièces de monnaie.

— A cette période encore on notera l'existence de *déplacements d'organes :* cœur refoulé, foie abaissé.

(*A suivre.*) J. FERROIR.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


LA MARQUE DE FABRIQUE
EXIGER
SALUS ET SCIENTIA

N° 49. — SAMEDI 19 JUIN 1937 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Eugenio Morelli, directeur de l'Institut Forlanini (clinique des maladies respiratoires de l'Université de Rome), fera deux conférences.

1° Le lundi 21 juin, à 10 h. 30, à la clinique de M. le professeur Sergent, à l'hôpital Broussais : La physiopathologie de l'appareil respiratoire en rapport avec la collapsothérapie.

2° Le mardi 22 juin, à 10 h. 30, à la clinique de M. le professeur Bezançon, à l'hôpital Laënnec : La thérapeutique des blessures du poumon.

— M. Villaret, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie, est transféré à compter du 1er octobre dans la chaire de clinique médicale propédeutique (Broussais, dernier titulaire, M. Emile Sergent, retraité.)

— La chaire d'hydrologie est déclarée vacante.

Faculté de médecine de Marseille. — La chaire de clinique chirurgicale (dernier titulaire : M. Léon Imbert) et la chaire de clinique médicale infantile (dernier titulaire : M. Cassoute), sont déclarées vacantes.

Ministère de la Santé publique. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin inspecteur des écoles dans le département du Loiret. Inscriptions avant le 30 juin, à la préfecture du Loiret.

Avis de concours. — *Sanatorium du Béarn, à Gan (Basses-Pyrénées).* — Un concours sur titres est ouvert en vue de la nomination d'un médecin-chef au sanatorium du Béarn, à Gan, sanatorium privé agréé, disposant de 90 lits pour femmes et enfants.

Outre les avantages en nature habituels, le traitement de début, y compris les indemnités, est fixé à 39.000 fr.

Les candidats désireux de participer à ce concours doivent adresser, avant le 5 juillet 1937, leur demande au Comité National de Défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris (6e), accompagnée de leurs titres et références (copies certifiées conformes).

Fédération nationale des médecins du front. — Le docteur Albert Landrin nous informe que M. le professeur Gaillard (laboratoire d'essences végétales antiseptiques) met cette année à la disposition de la Fédération Nationale des médecins du front, quatre bourses de voyage de 4.000 francs chacune. Les membres des Sociétés fédérées désirant se faire attribuer une de ces bourses sont priés d'adresser toute demande de renseignements au docteur Sureau, 11, rue Portalis, Paris (8e).

Medical Yacht Club de France. — La prochaine réunion aura lieu au Club House du Yacht Motor Club de France à Herblay (Seine-et-Oise), le dimanche 27 juin 1937, à midi et demi. Un déjeuner amical y réunira ensuite les membres.

Prière d'adresser le plus tôt possible l'inscription au président, le docteur Georges Luys, 20, rue de Grenelle, à Paris (7e). Prix du déjeuner : 55 francs, tout compris.

Par ailleurs, les confrères, internes et étudiants français, que le Medical Yacht Club de France intéresse, sont priés de bien vouloir s'adresser au secrétaire adjoint, le docteur André Soubiran, 177, rue de Courcelles, à Paris (17e), qui tient les statuts à leur disposition et répondra à toute demande de renseignements.

Le cinquantenaire du « Brasil Medico ». — Le « Brasil medico » vient de célébrer le cinquantième anniversaire de sa fondation. Nous adressons nos bien sincères félicitations à son directeur le prof. Clementino Fraga.

Soirée de bridge de la médecine. — Grâce à la bienveillante courtoisie du docteur Cibrie, Secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux, qui a mis à sa disposition les salons de l'Hôtel de la Confédération, la Société F.E.M. a pu réaliser la soirée de bridge qui n'avait pas eu lieu au cours du XIe Bal de la Médecine française.

Cette réunion de bienfaisance, où régnait l'atmosphère la plus simple et la plus cordiale, a laissé un bénéfice de 2.000 francs à la Caisse de secours des veuves et orphelins de médecins.

La Coupe a été gagnée, après un combat sérieux mais aimable, par l'équipe : docteur Bayard-docteur Bloch-Wurmser, qui battit en finale l'équipe Mme Paul-docteur Chevrier. A la demande de plusieurs joueurs, des modifications seront apportées dans l'avenir au règlement du tournoi.

Espérons que l'an prochain les joueurs viendront plus nombreux encore, pour le plus grand bénéfice de notre Caisse de secours, toujours insuffisante pour faire face aux demandes si nombreuses et si urgentes des veuves et orphelins du monde médical.

Remplacements de médecins. — Le Comité de l'*Association Corporative des étudiants en médecine de Paris* rappelle aux médecins de Paris et de province l'existence de son *service de remplacement* qui leur a rendu si souvent d'utiles services.

L'*Association corporative* ne fermant jamais pendant les vacances (sauf dimanches et jours fériés), on est toujours assuré de s'adresser à elle et on peut lui téléphoner de 13 heures à 18 h. 30.

Les remplaçants de la « Corpo » sont toujours Français et observent les conditions légales, les décrets du ministre de la Santé publique et la loi de 1935, sur les médecins étrangers sont parfaitement respectés.

S'adresser pour tout remplacement au siège de l'Association corporative, 8, rue Dante, Paris (5e). Téléphone : Odéon 58-90.

Nécrologie. — Le docteur Emile Sari, sénateur de la Corse, maire de Bastia.

— Le professeur Joszef Szabo (de Buda-Pest), ancien président de l'Association internationale de stomatologie.

— Le docteur Léon Vrain, à Paris.

— Le docteur Francis Bourgeois, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé à Paris à l'âge de 51 ans,

— Le docteur Thibaudet, à Châtillon-sur-Chalaronne.

— Le docteur Lucien Wintzenried, l'un des doyens du corps médical genevois, décédé à Peissy-Satigny (Suisse).

— Le docteur Joseph Fayet, à Charmes (M.-et-M.).

— Le médecin général de la marine, du cadre de réserve. Henri Barrat, commandeur de la Légion d'honneur, à Rochefort.

— Le docteur Lafaury, à Tain.

— M. Jean Gonnet, interne des hôpitaux de Lyon.

CHRONIQUE

LA MISE A LA RETRAITE DE M. MOURIER

Le Sénat a entendu mardi une interpellation de M. Paul Laffont, sénateur de l'Ariège, sur la mise à la retraite anticipée de M. Mourier, directeur général de l'Assistance publique à Paris.

M. Laffont a fait un juste éloge des services rendus par M. Mourier et il a démontré que sa mise à la retraite est illégale. D'autre part, elle porte atteinte aux libertés communales, l'Assistance publique à Paris étant une administration autonome et communale. Le ministre ne peut donc se substituer au préfet sans abus de pouvoir.

Après une intervention de M. H. Sellier, ministre de la Santé publique, le Sénat a voté l'ordre du jour suivant accepté par le gouvernement :

« Le Sénat, résolu à exiger le respect de la loi et à sauvegarder, en tout état de cause, les franchises des collectivités locales, passe à l'ordre du jour. »

La parole est maintenant au Conseil d'Etat qui est déjà saisi.

ORDRE DU JOUR

voté par le Conseil d'Administration du Syndical des Médecins de la Seine, le 1er juin 1937

Le Syndicat des Médecins de la Seine,

Emu des prétentions complètement injustifiées des mécaniciens-dentistes qui, dépourvus de toute qualité légale et universitaire, veulent obtenir l'autorisation de procéder eux-mêmes à la prise d'empreinte nécessaire à la fabrication des appareils de prothèse ;

Considère que cette opération ne demande pas que de l'adresse manuelle, mais des connaissances approfondies de l'anatomie et de la physiologie, afin de rétablir correctement l'état normal du patient, et que cette opération, qui doit être parfois précédée d'un examen complet du malade, se rattache directement au diagnostic et au pronostic ; de ce fait, elle ne peut être effectuée que par les praticiens désignés par la loi du 30 novembre 1892.

Il déclare s'opposer absolument à ce que puisse être envisagée une telle autorisation qui risquerait, par les accidents qu'elle serait susceptible de déterminer, de porter préjudice à la santé publique et constituerait une première atteinte à la nécessité toujours reconnue indispensable de l'exercice de la médecine par des praticiens dûment qualifiés.

CORRESPONDANCE

Le docteur Uhry, ancien chef de clinique à la Faculté, médecin assistant à l'hôpital Saint-Antoine à Paris, apprenant qu'un laboratoire de l'Est utilise ses nom et qualités, ainsi qu'une soi-disant observation à des fins publicitaires, proteste de la façon la plus formelle contre ce procédé qu'il n'a jamais, à un titre quelconque, autorisé et qui fait l'objet de poursuites judiciaires de sa part.

REVUE GENERALE

L'ACIDE MANDÉLIQUE ET SES DÉRIVÉS DANS LE TRAITEMENT DES INFECTIONS URINAIRES

Par le docteur Henry DUVERGEY (de Bordeaux)

Une nouvelle thérapeutique des infections urinaires a suscité à l'étranger, surtout en Amérique et en Angleterre, des travaux considérables, c'est celle par l'acide mandélique et ses dérivés.

Ce nouveau produit introduit dans la pharmacopée présente dans certaines conditions une action bactéricide très puissante surtout pour le colibacille.

Près d'un millier de cas où l'acide mandélique a été employé ont été publiés dans la littérature anglo-américaine. Actuellement, ayant le recul de plusieurs années et assez d'éléments en main, nous pouvons juger de la valeur de cette nouvelle thérapeutique.

Des résultats très intéressants ont été obtenus dans l'ensemble, aussi cette médication mérite d'être davantage connue et employée plus souvent en France.

HISTORIQUE. — Les premières constatations intéressantes qui ont conduit par la suite à des déductions thérapeutiques ont été faites en 1931 à la clinique Mayo. A ce moment, A.-L. Clark et H.-F. Helmholz expérimentaient, aux Etats-Unis, sur une vaste échelle le régime *cétogène* (ketogenic diet) dans le traitement de l'épilepsie. Ces auteurs remarquèrent que les urines des sujets soumis à ce régime s'éclaircissaient très rapidement et devenaient stériles ; la grande majorité des malades guérissaient d'infections urinaires dont ils étaient porteurs antérieurement, quand du moins ils ne présentaient aucun obstacle au niveau des voies urinaires capable de favoriser et d'entretenir leur infection.

Ces auteurs cherchent l'explication de ces guérisons et pensent que ces résultats sont dus à l'*acidité des urines*.

De 1932 à 1934, Fuller, Colebrook, Wells font de nouvelles recherches dans cet ordre de fait et montrent que parmi les substances éliminées dans l'urine, au cours du régime cétogène, l'acide β hydroxybutirique est l'élément qui a une propriété bactéricide très nette ; alors que d'autres produits tels que l'acétone et l'acide diacétique n'ont aucune action antimicrobienne.

Ces faits étaient appuyés sur des expériences réalisées in vitro ; elles ont permis d'établir une conclusion de première importance, à savoir que l'acide β hydroxybutirique avait une action bactéricide très intense à condition que le pH urinaire reste *au-dessous de 5,3*.

Ainsi plusieurs étapes thérapeutiques furent franchies successivement :

1° Le régime cétogène est d'abord institué, mais il est difficile à suivre et mal toléré par le malade. Il peut être employé avec profit, comme nous le verrons plus loin, en tant qu'adjuvant du traitement mandélien, mais d'une façon moins sévère qu'utilisé tout seul.

2° Les auteurs eurent ensuite l'idée de faire absorber directement à leurs malades l'acide β *oxybutirique*. Mais ce corps fut très difficile à administrer ; étant très rapidement oxydé et détruit dans l'organisme, il se décompose en effet dès la partie supérieure du tractus digestif et ne se retrouve pas dans les urines.

3° C'est alors que M. L. Rosenheim chercha un corps possédant les mêmes propriétés bactéricides que l'acide β hydroxybutirique en étant à la fois plus stable et moins toxique. Il essaya par tâtonnement plusieurs acides : l'acide lévulinique étudié en 1894 par Weintand, ce dernier avait remarqué son élimination dans l'urine du chien sans avoir subi la moindre modification ; mais l'expérimentant chez l'homme, Rosenheim constata que l'action de cet acide était médiocre. L'acide benzoylactique fut aussi employé sans résultat.

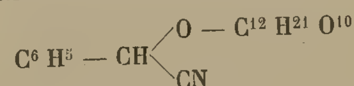
L'acide mandélique dont il se servit ensuite donna dans différents cas de colibacillose des guérisons surprenantes, et c'est sur ce produit éliminé dans les urines sans changement (Scotten en 1881 et Knoop en 1905) que Rosenheim fixa définitivement son choix.

Pour produire son action antiseptique, comme l'acide β oxybutirique, l'acide mandélique n'agit qu'à la condition de maintenir une *acidité urinaire* constante, nécessitant ainsi l'absorption d'une autre médication acidifiante.

L'ACIDE MANDELIQUE ET SES DERIVES. — C'est un acide de la série aromatique, extrait des amandes.

Cet acide, appelé ainsi en 1878 par Fileti, est obtenu par l'action de l'acide chlorhydrique sur un glucoside cyano-génétique, l'amygdaline, substance assez répandue dans la nature et que l'on trouve dans les différentes parties de certains végétaux : le prunus padus, les bourgeons du pyrus malus, du sorbier, de nombreuses rosacées, les amandes de fruits à noyaux, et surtout les *amandes amères*.

L'amygdaline dont la formule est :



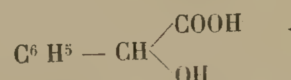
$$C^6 H^5 - CH \begin{cases} O - C^{12} H^{21} O^{10} \\ CN \end{cases}$$

est traité par l'acide chlorhydrique concentré et chaud; cette réaction produit :

Du glucose ;

De l'ammoniaque ;

De l'acide phénylglycolique gauche, ou acide mandélique, de formule :



$$C^6 H^5 - CH \begin{cases} COOH \\ OH \end{cases}$$

Il se présente sous la forme d'une poudre blanche, cristallisée, soluble dans l'eau, l'alcool et l'éther, d'odeur de miel et de saveur très acide.

C'est un acide chimiquement stable et non toxique aux doses thérapeutiques (12 gr. par jour). Non oxydé dans l'organisme, il est retrouvé intégralement dans les urines qu'il rend bactéricides, à condition toute-

fois que le pH urinaire soit entre 5,5 et 5,0 ; d'où la nécessité d'adjoindre une médication acide, à base souvent de chlorure d'ammonium.

Les inconvénients de ce nouveau produit, mal toléré par l'estomac (A.-W. Cubitt) firent susciter de nouvelles recherches sur les *dérivés* de l'acide mandélique qui seraient doués à la fois de propriétés antiseptiques et de propriétés acidifiantes.

Le mandélate de sodium, et surtout le *mandélate d'ammonium,* furent employés avec un succès complet. La base ammoniaque en effet provoque de l'acidose, ainsi que l'ont montré Venulet, Goebel et Tillovitz.

Le mandélate d'ammonium est donc le produit de choix, car en plus de cette double propriété, il est de saveur agréable et mieux toléré par l'organisme. Son seul inconvénient réside dans le fait qu'il est hygroscopique et difficilement conservé en cachets ou en comprimés.

MODE D'ACTION. — L'acide mandélique administré per os s'élimine dans les urines à une concentration assez forte pour avoir une action bactéricide nette, à condition toutefois que le pH urinaire soit suffisamment bas.

Le maximum d'élimination se fait deux heures après l'ingestion, pour disparaître presque en totalité au bout de huit heures. Il est donc de toute nécessité de répartir les doses d'acide tout au long de la journée. Aussi quand on formulera cette médication, on aura soin de diviser la dose totale en plusieurs fois, afin que le malade prenant le mandélium, environ toutes les quatre heures, garde ses urines fortement concentrées en ce produit.

In vitro, l'action bactéricide de l'acide mandélique est intense mais à forte dose et en milieu franchement acide.

Helmholz et Osterberg ont rapporté en 1936 le résultat de leurs recherches. Après absorption buccale de 3 gr. 5 par jour de mandélate de sodium, on obtient une concentration urinaire en acide mandélique de 0,25 à 1 pour 100.

Cette concentration est suffisante mais nécessaire pour que les urines soient bactéricides, à condition toutefois que le pH soit bas et qu'il reste entre 5 et 5,7.

D'après leurs résultats, ces auteurs estiment qu'avec un pH de 5 il faut une concentration de 0,25 p. 100 d'acide mandélique dans l'urine. Lorsque le pH atteint 5,3 la concentration dans l'urine doit être plus importante et atteindre 0,50. Avec un pH urinaire de 5,7, la concentration urinaire nécessaire en acide mandélique doit être de 1 p. 100.

Rosenheim a, par ailleurs montré que, in vitro, avec une concentration de 1 p. 100 d'acide mandélique, 5 cc. d'urine restent stériles si l'on ajoute 0 cc. 1 d'une culture de colibacilles venant de différentes souches, à condition que le pH soit de 5,3 ou au-dessous. Si le pH est supérieur à 5,3 l'acide mandélique perd son pouvoir bactéricide.

Des conclusions thérapeutiques fort importantes peuvent être tirées de ces constatations.

Il existe un seuil bactéricide pour l'acide mandélique, il dépend de sa concentration dans les urines ou du pH des urines. On peut agir sur ces deux facteurs.

Comme cet acide doit être donné normalement à forte dose, si on n'agissait pas sur le pH, il conviendrait d'en administrer quatre fois plus ; aussi, est-il plus facile d'agir sur le facteur pH et diminuer l'absorption d'acide mandélique. D'après les calculs de ces auteurs, avec un pH de 5,3, 12 gr. d'acide mandélique doivent être absorbés par jour.

Ainsi le pouvoir bactéricide de cet acide varie avec le degré d'acidité des urines ; ceci montre toute la nécessité de surveiller en clinique le pH urinaire.

RESULTATS CLINIQUES. — N'ayant pas en France expérimenté ce produit, nous nous bornerons à reproduire les résultats publiés à l'étranger, au cours des colibacilloses chez l'adulte, chez les enfants et au cours de la grossesse.

D'une façon générale, l'acide mandélique a été employé au cours de toutes les infections urinaires, mais il semble bien qu'il n'a d'action élective que sur le *colibacille.* Les cas où la flore colibacillaire est pure sont ceux qui réagissent le mieux à ce traitement ; cependant des cas de guérison ont été signalés alors que le colibacille se trouvait associé à d'autres germes.

Des résultats moins intéressants ont été obtenus quand il s'agissait de staphylocoque, de bacillus proteus (qui rend les urines hyperalcalines), de pyocianique ; Lyon et Dunlop ont obtenu dans ces cas la guérison allant de 20 à 50 p. 100.

Ces deux auteurs apportent 13 succès dans 16 cas traités alors que le colibacille était en jeu ; dans 5 cas au cours d'infection chronique, dans 7 au cours d'infection subaiguë, et dans 4 en période aiguë. Dans 13 cas favorables, la stérilité a été obtenue entre 5 et 10 jours. Chez un des malades qui n'eut aucune amélioration, on ne put faire descendre le pH au-dessous de 7,8.

Grayson Carroll, Bransford Lewis et Kappel rapportent le résultat de 50 malades traités pour pyurie par l'acide mandélique avec un pH urinaire de 5. Dans certains cas de pyurie rebelle à tout autre traitement, les résultats furent très vite satisfaisants. Les urines s'éclaircissaient en 4 à 5 jours et devenaient aseptiques en deux semaines.

Cook, Buchtel, Dolan, après avoir traité plus de cent malades obtiennent une guérison dans 80 p. 100 avec urines stériles ; ils font remarquer que l'administration d'acide mandélique ne doit pas empêcher d'instituer le traitement étiologique de la pyurie. Dans les 20 p. 100 où ce traitement avait échoué, la radiographie simple ou l'urographie ont mis en évidence l'existence de causes mécaniques ou autres surajoutées : ainsi des ptoses rénales, des hydronéphroses, des lithiases rénales ou uretérales, des rétrécissements de l'uretère, etc...

D'après ces auteurs, cette thérapeutique produit une guérison rapide en faisant disparaître des urines le colibacille ; elle agit aussi sur les signes fonctionnels : la température revient à la normale, la pollakiurie et la nicturie disparaissent ; elle a l'avantage d'abréger

l'évolution de l'affection et de soulager rapidement le malade.

Holling, Scheff, Lond et Platt publient un pourcentage analogue de guérison.

Plus récemment, en novembre 1936, Rosenheim, Camb et Lond consacrant un très important mémoire au traitement des infections urinaires par le mandélate d'ammonium donnent 70 guérisons sur 98 malades traités. Ces auteurs ont noté qu'en arrêtant précocement le traitement, la colibacillurie réapparaît et soulignent la nécessité de recommencer, du moins pour un certain temps, l'administration d'acide mandélique.

Tout dernièrement, Dalsace dans le service de Gouverneur a essayé cette médication et publie 18 cas favorables ; les observations sont instructives car les infections traitées étaient demeurées rebelles aux médications habituelles.

Robb a signalé un cas intéressant d'une *femme allaitant son enfant* ; le traitement mandélien fut institué sans avoir la moindre action sur le lait de la mère ; le nourrisson n'eut aucun trouble et continua à se développer normalement.

Au cours des *colibacilloses infantiles* de bons résultats sont aussi obtenus. Helmholz fut le premier à le signaler. Newns et Reginald Wilson ont traité 36 enfants allant de 6 mois à 11 ans, ils rapportent 75 p. 100 de guérison.

Les *pyélonéphrites gravidiques* sont moins sensibles à ce traitement, car le facteur mécanique intervient pour favoriser la rétention et l'infection.

Rosenheim accuse 50 p. 100 de guérison, Camb et Lond 20 p. 100 ; il semble que dans les infections urinaires post-puerpérales les résultats soient supérieurs, ainsi que l'ont fait remarquer Fuller et Colebrook.

Ainsi de tous les résultats publiés, nous pouvons déduire que la guérison s'obtient surtout dans les cas de colibacillurie dans une proportion toujours à peu près la même et qui va suivant les auteurs entre 60 et 80 p. 100.

POSOLOGIE. — Si l'acide mandélique est utilisé, il faudra adjoindre une médication acide ou associer le régime cétogène ; avec les dérivés de l'acide, ces inconvénients sont supprimés.

I. *L'acide mandélique.* Il se donne à raison de 12 grammes par jour, mais en quatre fois, c'est-à-dire 3 gr. par prise. Dans certaines conditions on peut employer des doses plus élevées mais elles ne doivent être maintenues que 2 ou 3 jours, sous risque de danger.

On doit éviter de formuler ce produit pur, car en contact avec la muqueuse buccale, il produit une sensation de brûlure vive et persistante. L'administration en cachets de 2 gr. entre des disques de pain azyme est tout à fait indiquée. Quand il est prescrit en solution, il est conseillé de l'aromatiser soit avec du jus de citron, soit avec de l'écorce d'orange amère.

Voici quelques formules les plus souvent utilisées :

a) Acide mandélique .... 3 gr.
Sp. d'écorces d'oranges amères.......... 2 gr.
Eau distillée .... 30 gr.

A donner dans de l'eau 4 fois par jour.

b) Acide mandélique .... 48 gr.
Bicarbonate de soude .... 25 gr.
Eau distillée ou sirop .... 480 gr.

Prendre 2 cuillerées à soupe 4 fois par jour.

c) Acide mandélique .... 3 gr.
Bicarbonate de soude .... 1 gr. 50
Phosphate acide de soude................ 2 gr.
Sp. écorces d'oranges amères............ 2 gr.
Eau distillée .... 30 gr.

A donner dans de l'eau 4 fois par jour.

2. *La médication acidifiante* est délicate à formuler, car d'une façon générale, elle est mal supportée par l'estomac et par les reins ; de nombreux produits ont été employés, voici les plus communs :

— Le chlorure d'ammonium à la dose de 8 gr. par jour occasionne vite des troubles ; il est prescrit ainsi 24 heures comme traitement d'attaque. Normalement, on en donne de 2 à 5 gr. par jour avec du mucilage, réparti 4 fois pendant la journée ; on se sert aussi de tablettes de 0,50, 2 tablettes 4 fois par jour.

— Le biphosphate de soude ;

— Le nitrate d'ammonium, 4 à 6 gr. pro die ;

— L'acide chlorhydrique par la bouche ;

— Le chlorhydrate d'ammoniaque, 1 à 2 gr. par la bouche.

Il est recommandé aux malades de ne pas boire plus de 5 verres par jour, c'est-à-dire une quantité totale d'*un litre* de liquide, pour que la dilution des urines ne soit pas trop grande et pour qu'une acidité urinaire élevée soit conservée.

La recherche du pH urinaire est un des temps importants du traitement ; le titrage doit être fait au minimum tous les deux jours.

Différents réactifs sont employés. Aux Etats-Unis, on se sert du rouge de méthyl et du rouge de chlorophénol.

Avec le rouge de méthyl, on verse V gouttes de réactif dans 2 cc. d'urine, si la couleur est d'un rose brillant, le pH est au-dessus de 5,3, si elle est orange ou jaune, l'alcalinité est trop grande. Avec le rouge de chlorophénol, on met 1 goutte de la solution à 0,04 p. 100 de cet indicateur dans XX gouttes d'urine; si la coloration ne change pas, le pH est à 5,2 ou au-dessous, dans le cas contraire le liquide devient rose.

Les autres indicateurs employés sont le bromo-crésol pourpre et le thymol bleu ou indicateur de Guillaumin.

La réaction de Gerhardt pourra aussi être employée.

Pour simplifier ces recherches, les produits spécialisés possèdent un papier réactif qui change ou non de couleur suivant que le pH est supérieur ou inférieur à 5,3.

3. *Le régime cétogène.* Il peut être un adjuvant utile du traitement mandélien. Aussi nous paraît-il opportun d'en rappeler les grands principes. Il va sans dire que son application doit être faite d'une façon moins rigoureuse que lorsqu'il est prescrit seul.

Il a pour but :

— De supprimer les hydrates de carbone (pain, pâtes, féculents, sucre, etc...) ;

— De diminuer les apports azotés (viande) ;

— D'élever la ration des graisses telle que le poids

de celles-ci soit égal au double, ou mieux au triple ou au quadruple du poids total des autres substances ingérées ;

— De réduire les liquides.

C'est un régime difficile à suivre et qui provoque souvent des vomissements et de l'amaigrissement. Aussi conseille-t-on de ne le suivre qu'une quinzaine de jours, car en plus des inconvénients signalés plus haut, l'organisme s'efforce à la longue de s'adapter au nouveau métabolisme et le pH revient à la normale.

Rappelons que le nombre de calories nécessaires à la vie est obtenu en multipliant le poids du corps en kilos par le chiffre 35 ou 40 ; ainsi, un homme de 60 kgs a besoin de 2.400 calories. Pour obtenir le nombre de grammes pour chaque aliment, il suffit de les multiplier par un coefficient : les hydrates de carbone (H.) par 0,020, les graisses (G.) par 0,09, et les protéines (P.) par 0,025. Nous avons ainsi pour un homme de 60 kilos les résultats suivants :

H. = 2.400 × 0,020 = 48 gr.
G. = 2.400 × 0,09 = 216 gr.
P. = 2.400 × 0,025 = 60 gr.

Comme 1 gr. d'hydrate de carbone produit 4 calories, 1 gr. de graisses 9 c., et 1 gr. de protéine 4 c., on arrive ainsi à avoir une ration alimentaire allant aux environs de 2.400 calories :

H. = 48 gr. × 4 c. = 192 c.
G. = 216 gr. × 9 c. = 1.944 c.
P. = 60 gr. × 4 c. = 240 c.
2.376 calories

Dans les régimes plus sévères, les hydrates de carbone sont diminués au profit des graisses.

4. *Les dérivés de l'acide mandélique.* Le *mandélate d'ammonium* est le corps le plus employé ; il est prescrit à des doses moins fortes, 8 gr. par jour en quatre fois.

Puisqu'il rend les urines à la fois bactéricides et acides, il n'est pas nécessaire en principe d'adjoindre une médication acide.

Il est souvent administré en solution de 10 à 40 p. 100, à la dose de 30 cc. avant les repas et au moment du coucher.

Newns et Gilson ont formulé la posologie chez l'enfant :

De 6 mois à 2 ans : 2 à 4 gr. par jour.
De 2 ans à 5 ans : 4 à 6 gr. par jour.
De 5 ans à 12 ans : 6 à 8 gr. par jour.

Ce produit spécialisé à l'étranger vient de l'être tout récemment en France. Il se présente sous la forme d'ampoules buvables de 5 cc. contenant 3 gr. de produit actif ; quatre ampoules doivent être prises dans la journée, immédiatement après les repas du matin, de midi, de 16 h. et du soir.

Pour plus de précaution, il est conseillé de donner de 2 à 5 gr. de chlorure d'ammonium suivant l'acidité des urines ; cette acidité sera tous les jours recherchée grâce au papier réactif, car le traitement ne peut agir qu'à la condition que le pH soit au-dessous de 5,3.

Certains auteurs ont employé avec succès ce produit soit en instillations vésicales, soit en lavage du bassinet. Dans ces cas, 2 gr. de mandélate d'ammonium seront dilués dans 100 cc. d'eau bouillie.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS. — Toutes les infections urinaires peuvent bénéficier de cette thérapeutique, mais il semble bien que les colibacilloses réagissent tout particulièrement à l'acide mandélique, à leur période aiguë, mais surtout quand elles sont devenues chroniques. La femme enceinte ou qui allaite, les enfants même en bas âge peuvent suivre ce traitement sans inconvénient.

Mais il faut savoir que cette thérapeutique n'est pas sans danger et par conséquent ne doit pas être administrée sans connaître la valeur fonctionnelle des reins des malades. Expérimentalement, ce produit amène une augmentation de l'urée sanguine et une diminution de l'élimination de la phénol-sulfone-phtaléine.

Par conséquent son emploi est formellement contre-indiqué chez les azotémiques et chez les insuffisants rénaux, ou au cours de tuberculose rénale.

L'acide mandélique produit quelquefois de la fatigue, des transpirations au cours des efforts, une certaine anémie, quelquefois une irritation vésicale, des hématuries secondaires même (Dolan).

Tous ces troubles sont légers et disparaissent dès que le traitement est suspendu pendant quelques jours.

Pour être sûr de l'innocuité du traitement, il suffit de temps en temps de faire examiner les urines microscopiquement et de faire rechercher les *cylindres* ; dès leur apparition le traitement sera arrêté.

Les résultats sont fort encourageants, puisqu'ils varient entre 60 et 80 p. 100 de guérison.

Les échecs observés sont souvent explicables par l'existence de lésions pyélo-uretérales que l'urographie mettra en évidence. Dans ces cas, il convient donc d'instituer en premier lieu un traitement étiologique.

De plus, comme la colibacillose est une infection à point de départ intestinal et comme l'acide mandélique n'agit que sur l'urine, il faut de toute nécessité instituer une *médication intestinale*. On luttera contre la constipation, en donnant au malade de légers purgatifs, une cuillerée à café d'huile de ricin le matin à jeun tous les deux jours. Les vers intestinaux seront détruits par la santonine, le thymol, etc...

CONCLUSIONS. — Le mandélate d'ammonium, antiseptique et acidifiant, est « une heureuse adaptation du régime cétogène trop difficile à mettre en pratique pour pouvoir être employé d'une manière courante ». Jomain.

Il mérite de prendre place parmi les médications anticolibacillaires ; étant d'une efficacité supérieure à celles préconisées jusqu'à ce jour, l'acide mandélique et ses dérivés doivent entrer dans la pratique, ils seront d'un grand secours à la fois pour le médecin et pour le malade dans le traitement des colibacilloses si souvent décourageant.

BIBLIOGRAPHIE

ALEXANDER (F. W.). — Le mandélate de sodium dans les cystites chroniques. *Lancet*, t. I, p. 391, 1936.

CARROLL, LEWIS et KAPPEL. — L'acide mandélique, *The Journ. Amer. of Med. Assoc.*, p. 107, n° 22, 28 novembre 1936.

CLARK (A. L.) et HELMHOLZ (H. F.). — Traitement des colibacilloses par le régime cétogène pro. Staff Meet. *Mayo Clin.*, t. 6, p. 609, 1931.

CLARK (A. L.) et KELTZ (B. F.). — Un traitement simplifié de la bacillurie, *J. Amer. Med. Assoc.*, 104, p. 289, 1935.

CUBITT (A. W.). — Inconvénient résultant de l'emploi du chlorure d'ammonium, *Lancet*, I, 923, 1936.

DALSACE (R.). — Un nouvel antiseptique urinaire, l'acide mandélique, *Presse Méd.*, n° 26, 31 mars 1937.

DUPEUX (Blanche). — Le régime cétogène de l'épilepsie, son application pratique, *Thèse de Paris*, 1932.

FULLER (A. T.). — La nature des substances bactéricides dans l'urine des malades suivant le régime cétogène, *Biochem. J.*, 37, 976, 1933. — Le régime cétogène, nature des agents bactéricides. *Lancet*, I, 855, 1933.

FULLER (A. T.) et COLEBROOK. — Le traitement des infections urinaires dans la puerpéralité par le régime cétogène. *Lancet*, II, 735, 1933.

HELMHOLZ (H. F.). — Le régime cétogène dans le traitement des infections urinaires chez l'enfant. *J. Amer. Med. Assoc.*, 99, 1305, 1932. — Résultats obtenus avec le régime cétogène dans les infections urinaires, *J. Amer. Med. Ass.*, 105, 778, 1935.

HELMHOLZ (H. F.) et OSTERBERG (A. E.). — La concentration de l'acide -oxybutirique et le pH dans l'urine infectée, *Proc. Staff. Meet. Mayo Clin.*, 9, 46, 1934.

HOLLING (H. F.), SCHEFF, LOND et PLATT. — Traitement des infections urinaires par le mandélate de sodium, *Lancet*, I, 769, 1936.

JOMAIN (J.). — Une nouvelle thérapeutique de l'infection urinaire, l'acide mandélique et ses dérivés, *Annales Méd. Chirur.*, n° 3, déc. 1936.

LYON (D. M.) et DUNLOP (D. M.). — L'acide mandélique dans le traitement des infections urinaires, *Brit. Med. J.* II, 1096, 1935.

MANSON BAHR (P. H.). — Thérapeutique par l'acide mandélique, *Brit. Med. J.* I, 439, 1936.

NEWNS (G. H.), LOND, WILSON et MC GILL. — L'acide mandélique dans le traitement de la pyélite de l'enfance, *Lancet*, II, 1087, 1936.

OSTERBERG (A. E.) et HELMHOLZ (H. F.). — Détermination de l'action bactéricide de la « Ketourine », *J. Amer. Med. Ass.*, 102, 1934.

PAGNIEZ (Ph.). — Traitement de certaines infections urinaires par le régime cétogène, *Presse Méd.*, n° 31, p. 633, avril 1934.

PAGNIEZ (Ph.) et PLICHET (A.). — Le régime cétogène, *Jour. urolog.*, 39, juin 1935.

PLICHET (A.). — Le traitement des infections urinaires par l'acide mandélique et le mandélate, *Presse Méd.*, n° 87, p. 1696, oct. 1936.

RAVINA (A.). — Le traitement de certaines infections urinaires par le régime cétogène, *Presse Méd.*, n° 31, avril 1934. — Traitement des infections urinaires par l'acide mandélique et ses dérivés, *Presse Méd.*, n° 18, 3 mars 1937.

RICHES (E. W.). — Traitement d'une hydronéphrose par l'acide mandélique, *Brit. Med. J.* II, 439, 1936.

ROSENHEIM (M. L.). — L'acide mandélique dans le traitement des infections urinaires. *Lancet*, II, 1158, 1935. — L'acide mandélique, *Lancet*, *II*, 741, 1936.

ROSENHEIM (M. L.), CAMB et LOND. — L'acide mandélique dans le traitement des infections urinaires, *Lancet*, II, 1083, 1936.

WILKINSON (R.). — Thérapeutique par l'acide mandélique, *Brit. Med. J.* I., 439, 1936 et *Lancet*, I, 483, 1936. — L'acide mandélique dans les infections urinaires, *Pharm. J.* 135, 299, 1935.

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'UNION THÉRAPEUTIQUE TENU A BERNE

(19 au 22 mai 1937)

L'Union thérapeutique (Association internationale) fondée en 1934, à la suite du Ier Congrès français de Thérapeutique, tenu à Paris en octobre 1933, a réalisé à Berne son Ier Congrès international, sous la présidence du professeur Buergi (de Berne).

Ces premières assises ont eu un très grand succès, justifié par le très grand nombre d'adhérents et l'importance des sujets traités.

L'accueil fait aux congressistes par la Faculté de médecine de Berne, par les sociétés de médecine du canton et de la ville, par le gouvernement bernois, par les autorités de la ville et par M. l'Ambassadeur de France fut parfait à tous les points de vue. Banquets, réceptions multiples, représentation théâtrale se sont succédé dans une atmosphère de cordialité et de sympathie exceptionnelles, dans une ville très ancienne et très moderne tout à la fois, dans un cadre de montagnes couvertes de neige étincelant au soleil, qui a lui sans arrêt pendant toute la durée du Congrès et avec un éclat particulier lors de l'excursion à la Jungfrau, offerte aux congressistes. Le docteur Gordonoff, secrétaire général du Congrès, mérite les remerciements de tous, car il fut un parfait organisateur.

A la séance plénière, prirent successivement la parole : M. le conseiller d'Etat le professeur Mouttet ; le professeur Duerst, recteur ; le professeur de Casparis, doyen ; le professeur Lœper, président de l'Union thérapeutique ; le professeur Guggisberg et le professeur Emile Buergi, président du Congrès.

A cette même séance, on entendit un rapport du professeur H.-H. Meyer (Vienne), un des maîtres de la pharmacologie, sur l'expérimentation et la clinique. Ce rapport fut présenté par le professeur E.-P. Pick, élève et successeur de H.-H. Meyer. Puis se succédèrent des conférences du plus haut intérêt sur la pathogénie et la thérapeutique de l'artériosclérose. Celle du professeur von Bergmann (Berlin) était consacrée à la patho-physiologie, celle du professeur Laubry (Paris) était presque purement du domaine thérapeutique. Le professeur Bürger (Bonn) parla des altérations de l'aorte chez les vieillards et exposa sa très intéressante théorie sur l'épaississement de l'aorte chez les vieillards, sur l'enrichissement en matières toxiques dans les tissus par nutrition bradytrophe. Le professeur Leriche (Strasbourg) développa sa théorie sur le traitement chirurgical des troubles vasculaires avec des arguments très impressionnants.

Le professeur Frey (Berne) traite de la régénération chimique des tissus ; le professeur Martini (Bonn), de la nutrition sans sel dans le traitement de l'hypertonie. Les professeurs Handovsky et Goormaghtigh (Gand) exposèrent leurs idées sur la glande thyroïde, l'artériosclérose et la vitamine D. Ils proposent d'employer la vitamine D en dose de 100 γ/kg. comme tonique et analeptique vasculaire. En ce qui concerne la glande thyroïde, elle protège l'aorte et les grands vaisseaux contre les lésions dues aux infiltrations nécrotiques. L'homéopathie est défendue par le docteur Vannier (Paris), qui recommande les sels de baryum en doses infinitésimales dans le traitement de l'hypertension artérielle. Le docteur Raab (Vienne) fait ressortir l'importance de la cholestérole et de l'ergostérole dans le développement de l'atériosclérose, même si ces facteurs ne peuvent être considérés comme étant les causes exclusives. Les docteurs Tixier et Eck (Paris) recommandent l'emploi d'arti-

chauts contre l'athéromatose vasculaire. Le professeur Lian (Paris) parle de l'athérome et de l'*Angina pectoris*. Le docteur Hirsch (Frankfurt) soutient que l'artériosclérose ne semble pas être une maladie propre à la vieillesse, les modifications des parois des vaisseaux étant beaucoup plus fréquentes entre quarante et cinquante ans. Le docteur Huet (Asnières) relève l'importance de l'hypophyse contre les crampes vasculaires et conseille l'emploi d'un appareil de sa fabrication pour la micro-diathermie dans le traitement du dyspituitarisme. Le docteur Koressios (Paris) parle de l'action des sérums hémolytiques dans la sclérose vasculaire. Le docteur Gordonoff traite le problème de la cholestérine et de l'ergostérine dans les scléroses.

Dans les sections communes de chirurgie et de pharmacodynamie, le professeur de Quervain (Berne) fait une conférence sur les anesthésiques volatils et non volatils. Il souligne l'avantage des narcotiques volatils ou rapidement volatils. Le professeur Demole (Bâle), le professeur Jentzer (Genève) et le docteur Schürch (Winterthur) parlent de leurs expériences faites avec le nouveau narcotique non volatil Narconumal. Le professeur Nageli (Bonn) étudie la narcose moderne. A ces conférences succède une discussion à laquelle prennent part chirurgiens et pharmacologues. Le professeur Heymans (Gand) présente, par l'intermédiaire de son collaborateur Bouckaert, un film sur la ranimation des centres nerveux. Le docteur Becker (Bâle) parle des dangers d'explosion au cours d'opération. Le professeur Pick (Vienne) apporte de nouvelles certitudes dans le domaine de l'anesthésie, au vu de recherches très instructives faites par l'augmentation ou l'abaissement de la température (Wärmetönung). La thérapeutique de l'hypertrophie de la prostate occupe la section de chirurgie, le samedi. Après une conférence du professeur Wildbolz (Berne) sur le traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate, le professeur Pribram (Berlin) montre les progrès réalisés dans le traitement des maladies hépato-biliaires.

Dans la section de pharmacologie, le professeur Bickel (Genève) expose le point de vue général du traitement hormonal des troubles cardio-vasculaires. Les docteurs G. et R. Leven (Paris) exposent leur traitement personnel des constipations. Le professeur Guggisberg (Berne) parle de la thérapie médicamenteuse des pertes de sang périodiques de l'utérus pour lesquelles l'importance des hormones, du calcium et de la vitamine C est prépondérante. Le professeur Prigge et le docteur Scholz (Frankfurt) développent leurs idées sur la chimio-thérapie de la tuberculose. Scholz recommande de soutenir l'enzymothérapie par des moyens chimio-thérapeutiques. Le professeur Ronchetti (Milan) recommande l'emploi du rubiazol pour le traitement de l'épilepsie. Le docteur Rottmann (Vienne) conseille la cobratoxine pour le traitement des crises intestinales et des douleurs lancinantes du *Tabes dorsalis*. Le professeur Glaessner (Vienne) a observé de beaux résultats dans le traitement des troubles de motilité avec signes pyramidaux après l'apoplexie, au moyen d'extraits physiologiques du cerveau. Les docteurs Silbermann et Singer (Vienne) parlent des succès de la thyroïdectomie dans les maladies vasculaires. Le professeur Maignon (Paris) recommande les extraits de diastases d'organes pour les différentes insuffisances organiques. Il appelle sa thérapie l'organo-zymothérapie. Le professeur Handovsky (Gand) a trouvé que l'hypoglycémie après l'hyperglycémie est causée par le foie. Lorsque l'hyperglycémie cesse, le foie a besoin d'un certain temps pour reformer la quantité normale de sucre sanguin. Cette action est paralysée par le cuivre. Glanzmann (Berne) recommande l'emploi du photodyn, gynergen, ainsi que des rayons ultra-violets pour la thérapie de l'acrodynie infantile. Le docteur Da Cunha (Berne) décrit des potentialisations sur le métabolisme basal après les associations hormonales. Le docteur Wolff (Genève) traite quelques questions fondamentales sur les recherches sur les stupéfiants.

Le docteur Dainow (Genève) relève l'importance de la vitamine C dans le traitement de la syphilis avec l'arsénobenzol et recommande des quantités suffisantes de vitamine C pendant le traitement antisyphilitique. Le docteur Schieppati (Milan) recommande une chimiothérapie cutanée qui s'est montrée particulièrement efficace pour plusieurs maladies. Le professeur Piazza (Palerme) a constaté de bons résultats avec un phénolipoïde dans les cas de maladies pulmonaires.

Les conférences suivantes furent encore entendues dans la section pharmacodynamique. Le professeur Freund (Münster) fait un bel exposé des effets des extraits de tissus sur le système vasculaire. Le professeur Heubner (Berlin) parle de la cumulation et de l'allobiose. Le professeur Zunz (Bruxelles) donne une idée générale sur les expériences de ses élèves sur les propriétés diurétiques des alcaloïdes de l'ergot de seigle. Le professeur Asher (Berne) parle de la pharmacodynamie, de la résistance du système nerveux central contre le manque d'oxygène. Le professeur Tiffeneau et le docteur Broun (Paris) démontrent l'influence de la température sur l'anesthésie des poissons avec du brompropyl et sur la teneur de l'encéphale en substances anesthésiques. Le docteur Cahen (Paris) parle de l'emploi biologique des hormones, et le professeur Régnier (Paris) démontre l'importance de l'acide salifiant les bases alcaloïdiques et l'activation qui en résulte.

Dans la section de balnéoclimatologie et de physiothérapie, le professeur Lœwy (Davos) parle du climat des hautes altitudes et des médicaments. Le professeur Rollier (Leysin) s'occupe du traitement hélioclimatique de la tuberculose extra-pulmonaire, et le docteur Bernhard (Saint-Moritz) donne un aperçu général sur cinquante ans d'hélioclimatologie de la tuberculose en haute montagne. Le professeur Heubner (Berlin) traite des problèmes de l'action pharmacologique du calcium. Le professeur Besse (Genève) développe les idées de Jean-Jacques Rousseau sur les effets du climat. Le docteur Müller (Zurich) a pu constater une augmentation de l'action balnéologique par l'influence du climat. Le docteur Urban (Vienne) expose de beaux résultats obtenus par la thérapie sub-aquale des parèses. Le docteur Weissenberg (Vienne) démontre un nouvel appareil à rayons à ondes courtes faibles. Enfin le docteur Wolfer (Davos) parle encore du climat des hautes altitudes et de l'asthme.

Un remarquable film pris au Cameroun, confié au Congrès par la Société des Usines Rhône-Poulenc, a montré l'action bienfaisante de l'œuvre française, organisée au Cameroun, par le docteur Jamot, contre la maladie du sommeil.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Etiologie de la sclérose en plaques ; recherches sur le facteur infectieux par les méthodes d'imprégnation argentique (thèse), par le docteur N. Blackman. Grand in-8° de 64 pages, à Paris, 1936, chez Maurice Lavergne, imprimeur, 289, rue Saint-Jacques.

Les enfants des tuberculeux, contamination familiale, prophylaxie, par Christian Paul, chef de la clinique de la tuberculose à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8° de 226 pages avec figures. Prix : 35 fr., chez Doin et Cie, 8, place de l'Odéon (6e).

La radiesthésie devant la physique, par le docteur M. Ameline. In-8° de 160 pages. Prix : 15 fr à Paris, 1937, chez Coste, 8, rue Monsieur-le-Prince (6e).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 31 MAI 1937)

Sucre protéidique et protéides sanguins à l'état normal et pathologique. — M. Henri BIERRY.

De l'influence de la pasteurisation à l'abri de l'air sur la valeur nutritive du lait. — MM. Henri SIMONNET, Gustave GUITTONNEAU, Germain MOCQUOT et André EYRARD. De l'ensemble des résultats rapportés dans cette note, on peut conclure que la pasteurisation à l'abri de l'air n'est nullement incompatible avec la conservation des qualités nutritives essentielles du lait.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 15 JUIN 1937)

La thyroïde en pathologie. — M. Emile SERGENT présente, au nom de MM. MUSSIO-FOURNIER et CERVINO (de Montevideo), deux notes qui apportent une intéressante contribution à l'étude du rôle de la thyroïde en pathologie. Dans l'une de ces notes, les auteurs rapportent une observation d'une jeune idiote mongolique d'un an, chez laquelle l'opothérapie thyroïdienne, à dose très élevée, avait provoqué l'apparition de points d'ossification tels que cette observation a la valeur d'une véritable expérience.

Dans l'autre note, les auteurs montrent qu'un lanugo étendu disparut sous l'influence de l'opothérapie thyroïdienne, ce qui démontre le rôle de l'hypo-thyroïdie dans le déterminisme de cette dermatose.

Le traitement du diabète par l'association insuline-protamine-zinc. — M. H. SCHWAB rapporte 7 cas de diabète grave (dont 3 chez des enfants) traités par une nouvelle combinaison d'insuline, la protamine-zinc-insuline qui a été obtenue par Fisher et Scott (Toronto) en ajoutant des traces de chlorure de zinc à la protamine-insuline et qui se montre douée d'une action progressive et prolongée inconnue jusqu'à présent.

Cette protamine-zinc-insuline, qui se présente sous forme de suspension aqueuse, s'administre comme l'insuline et à des doses identiques ou un peu plus élevées, en se basant sur l'état du malade. Aux doses usuelles (20 à 25 unités), son action dure environ 24 heures, ce qui permet de ne faire qu'une seule injection quotidienne. La chute de la glycémie n'est jamais brusque, mais lente et progressive.

Effets immédiats du bain de Bourbonne sur la circulation artérielle. — MM. Louis MERKLEN, R. GRANDPIERRE et M. VIDACOVITCH (note présentée par M. RATHERY). — Chez l'homme, dans la grande majorité des cas, les auteurs ont observé un abaissement de la tension artérielle. Chez le chien au contraire, on constate une élévation de la tension artérielle. Chez l'un et chez l'autre, augmentation de l'excitabilité tonique du système sympathique.

Cette contradiction apparente entre les résultats observés sur l'homme et ceux constatés sur le chien tient à l'apparition chez l'homme seulement d'une intense vasodilatation cutanée des membres et du tronc. Le mécanisme de cette vasodilatation fera l'objet d'études ultérieures.

Sur l'origine histologique des substances qui interviennent dans la transmission chimique de l'influx nerveux. M. Rémy COLLIN tente une généralisation de la notion de neurocrinie en étudiant les glandes annexes du système neuro-végétatif. Il distingue la glande annexe du système neuro-végétatif central, épiphyse et hypophyse, et les glandes annexes du système neuro-végétatif périphérique, parmi lesquelles les paraganglions adrélinogènes, les paraganglions non adrélinogènes et les complexes sympathico-insulaires du pancréas.

Il recherche dans quelle mesure les substances fabriquées par ces glandes interviennent dans la transmission chimique de l'influx nerveux.

Sur le pouvoir hémolytique des albumines urinaires chez le lapin antimouton. — MM. FLORENCE et VINCENT (note présentée par M. HUGOUNENQ.)

SOCIETE DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 30 AVRIL 1937)

Allocutions de MM. LEFEBVRE, secrétaire général sortant ; CLERMONT, président sortant, et DUCUING, nouveau président.

M. BOULARAN présente l'observation d'un malade porteur d'un volumineux **corps étranger du rectum**, ayant présenté un syndrome d'occlusion intestinale.

Les tentatives d'extirpation par voie basse ayant échoué, l'auteur dut y associer la voie haute. Les suites opératoires furent excellentes.

L'ablation des tumeurs de l'orbite : leurs voies d'accès. — MM. ARGAUD, GORSE et CALMETTES présentent un enfant de six ans opéré de tumeur orbitaire volumineuse (chordome), provoquant une exophtalmie considérable. Ils déclarent leur préférence pour une voie d'accès s'inspirant avant tout de la situation de la tumeur. M. DIEULAFÉ précise la rareté des chordomes de l'orbite. M. FABRE rappelle une observation et M. DUCUING discute les avantages et les inconvénients de la radiothérapie et du bistouri. M. CLERMONT insiste à nouveau sur la rareté et l'origine des chordomes.

(SÉANCE DU 29 MAI 1937)

MM. Jean CALVET et Paul DAMBRIN présentent l'observation d'un blessé qui, 22 ans après une blessure par schrapnell (celui-ci étant resté inclus dans le médiastin sur le flanc droit de la trachée, juste au-dessus de la bifurcation du conduit), présente une **fistule œsophago-trachéale** par perforation d'un épithélioma baso-cellulaire de l'œsophage, vérifié à l'autopsie.

Les auteurs insistent : 1° sur le fait que dans sa longue trajectoire médiastinale (l'orifice d'entrée siège dans la région sus-claviculaire), le projectile n'a provoqué aucune lésion immédiate appréciable.

2° Sur l'intérêt médico-légal de ce cas, pour lequel ils concluent à la relation de cause à effet entre la blessure et la fistule néoplasique.

M. C. DAMBRIN insiste sur la tolérance des corps étrangers du médiastin et pense que le cancer actuel doit être rattaché à la blessure ancienne. M. DIEULAFÉ rappelle l'anatomie des fistules bronchiales. M. DUCUING revient sur la tolérance des corps étrangers du médiastin et conclut à la corrélation entre la blessure et le cancer actuel. M. MIGINIAC rappelle une observation personnelle.

M. RIEUNAU indique qu'il applique aux **fractures de jambe la technique du plâtre à extension**, qu'il a mise au point pour les fractures de cuisse. Les résultats ont été satisfaisants dans cinq cas (clichés radiographiques).

Les indications sont fondées sur les échecs ou les contre-indications des méthodes orthopédiques classiques.

M. DUCUING, Mlle MILETZKI et M. MARQUÈS étudient **l'ostéose cancéreuse diffuse.** Après avoir présenté des observa-

tions cliniques et d'intéressants clichés radiographiques, ils discutent la pathogénie.

L'envahissement osseux ne nécessite-t-il pas un état prédisposant tel qu'une lésion parathyroïdienne ? Quelle est la voie suivie par l'envahissement : sanguine ou lymphatique ? Enfin, ils terminent par une très complète étude hématologique.

M. CLERMONT, rappelant la pauvreté des os en lymphatique, déclare préférer admettre la propagation par voie sanguine.

PRATIQUE MÉDICALE

L'IMPORTANCE CLINIQUE DE LA CIRCULATION CORONARIENNE

A la séance inaugurale de la Société française de cardiologie, le 23 mai 1937, ont été apportés les résultats de très belles recherches sur l'obstruction coronarienne expérimentale.

Réalisant chez des chiens la ligature d'une artère coronaire, les auteurs enregistrent aussitôt sur l'électrocardiogramme l'onde en dôme caractéristique de l'obstruction coronarienne. Ils administrent alors de la théophylline-éthylène-diamine et observent un retour du tracé à la normale.

Ces expériences confirment les heureux effets cliniques de l'aminophylline (théophylline-éthylène-diamine) dans les syndromes coronariens. L'aminophylline est le plus puissant dilatateur des coronaires actuellement connu. Carena, la première aminophylline française, est le médicament d'urgence et le traitement de fond de tous ces syndromes liés à la circulation coronarienne, dont l'importance clinique grandit chaque jour.

On y range, en effet, non seulement l'infarctus du myocarde et la plupart des angines de poitrine qui relèvent d'un spasme des coronaires, mais un très grand nombre de syndromes douloureux et dyspnéiques observés chez les cardio-aortiques et les cardio-rénaux.

On comprend encore que Caréna soit le médicament du cœur des vieillards, car l'insuffisance de l'irrigation sanguine du cœur est à l'origine de la myocardite scléreuse des sujets âgés. Chaque jour 2 à 4 comprimés de Caréna assurent la constance de l'irrigation coronarienne.

Dans les cas urgents, Caréna sera employé par voie intra-musculaire, n'exposant pas, comme la voie intraveineuse, à un choc thérapeutique. La voie intramusculaire permet d'introduire une dose massive d'aminophylline. L'injection intraveineuse rapide d'une grosse dose de théophylline-éthylène-diamine pourrait déclencher des accidents de la fibrillation ventriculaire ; l'injection intraveineuse doit être lente et ne pas dépasser 0 gr. 25.

Il est indispensable que tout praticien connaisse les précieuses ressources thérapeutiques que lui offrent les comprimés de Caréna dans le traitement de fond des algies et des dyspnées des cardiaques, et les ampoules intramusculaires de Caréna dans les traitements d'urgence des syndromes coronariens.

Journées médicales internationales de Paris (26 au 30 juin 1937). — Les *cent rapports* sur les « *Réactions hormonales* », travaux originaux des savants français et étrangers réunis par les soins du professeur Carnot, constituent une œuvre capitale inédite, dont les congressistes auront la primeur : elle sera remise à chacun d'eux en un volume — véritable *traité des hormones* — à la séance inaugurale du 26 juin, en présence de M. le Président de la République.

Ce livre est réservé aux seuls adhérents ayant versé leur cotisation (cent francs) aux « Journées médicales de Paris », 18, rue de Verneuil, Paris (7e). (Trésorier : docteur Louis Lamy, chèque postal 1155-60 Paris).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 14 juin. — Jury : MM. Clerc, président ; Harvier, Loeper, Turpin. — M. VAN RECUM. Considérations sur deux cas de septicopyohémie mortelle d'origine dentaire. — M. AVERBÜH. Traitement de la lèpre par le bleu de méthylène. — M. SÉGAL. Contribution à l'étude du traitement des affections du follicule pilo-sébacé. Roentgenthérapie.

Mardi 15 juin. — Jury : MM. Bezançon, président ; Rathery, Lemaire, Mouquin. — M. DULAC. L'exploration radiologique de la muqueuse colique. Technique, difficultés. — M. POUVREAU. Etude sur le traitement biologique de la tuberculose. Principes et méthodes.

— Jury : MM. Léon Binet, président ; Carnot, Sergent, Gayet. — M. SERVEAUX. L'électrodiagramme endocrinien de Dausset et Ferrier. Ses applications diagnostiques et thérapeutiques dans les troubles de la menstruation. — M. VANUXEEM. Etude sur la toxicité des vitamines. Syndromes d'hypervitaminose.

Jeudi 17 juin. — Jury : MM. Cunéo, président ; Lemaître, Basset, Velter. — M. RIOU. La perforation en péritoine libre des ulcères peptiques jéjunaux et gastro-jéjunaux. — Mme WAGNER-DIAMANT. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'ostéo-arthrite tuberculeuse sous-astragalienne de l'adulte. — M. BLONDEL. De l'hémostase biologique par thromboses dans le traitement local et instantané des hémorragies alvéolo-dentaires. — Mlle WILLOCQ. Contribution à l'étude des mastoïdites des nourrissons.

Vendredi 18 juin. — Jury : MM. Robert Debré, président ; Fiessinger, Gosset, Troisier. — M. LE GALL. Erythème marginé rhumatismal. — M. BELLOTTE. Le syndrome de Cushing et ses rapports avec le basophilisme hypophysaire. — M. CHAUVIN. Contribution à l'étude du traitement des cancers du sein.

Samedi 19 juin. — Jury : MM. Tanon, président ; Chabrol, Joannon, Richet. — M. VANCOSTENOBLE. Essais de vaccination antivariolique au moyen de cultures pures « in vitro » de virus vaccinal. — M. BILLARD. Organisation sanitaire dans les petits villes exposées à des calamités. — M. COTTONI. Hygiène alimentaire du nourrisson. — M. SERNANESCO. Prophylaxie de la pellagre. — M. ABDALLAH. La néphrite palustre chez l'indigène musulman tunisien. — M. VIGNER. Le kala-azar autochtone à Paris : état actuel de la question.

THESES VETERINAIRES

Mercredi 16 juin. — Jury : MM. Harvier, président ; Robin, Simonnet. — M. MONIER. Les entérites chez les animaux domestiques et leur traitement par le salicaire (*Lutrum salicaria*).

Jeudi 17 juin. — Jury : MM. Tanon, président ; Letard, Lesbouyriès. — M. MILLIÈRE. Etude d'ensemble sur les races animales de l'Auxois.

Gestes et procédés techniques de chirurgie générale, par Jean BERGER. Un vol. de 138 pages avec 124 figures, à Paris, chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain (6e). Prix : 32 fr.

La ponction de la rate, par P. Emile VEIL, P. ISCHWALL et Suzanne PERLÈS. Un vol. de 148 pages avec 23 figures, à Paris, chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain (6e). Prix : 35 fr.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 50. — MERCREDI 23 JUIN 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des Hôpitaux *met à la disposition de MM. les étudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

Il ne sera donné suite à aucune demande passé le 30 *juin.*

Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Séance du 18 juin 1937. — *Epreuve écrite.*

Questions données : Signes, diagnostic et traitement de la thrombophlébite sinuso-jugulaire. — Rapports du corps thyroïde.

Questions restées dans l'urne : Anatomie des muscles intrinsèques du larynx (sans la physiologie). — Anatomie de la Trompe d'Eustache. — Causes, signes et diagnostic des paralysies récurrentielles, d'origine périphérique. — Cancer du sinus maxillaire.

— CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Liste des candidats admis : MM. les docteurs Willot, Lemant, Deparis, Mme Lœwe-Lyon, MM. Klotz, Debray Charles, Dormay, Mme Arager-Oguse, MM. Fabre, Royer de Véricourt, Mlle Lévy, MM. L'Hoir, Eliet, Bréhier, Moline, Mlle Helman, MM. Martel, Doukan.

Hôpitaux d'Autun. — Un concours pour l'emploi de chirurgien adjoint à l'hôpital, la maternité et la clinique de l'hôpital d'Autun aura lieu le samedi 10 juillet 1937, à 9 heures, à la Faculté de médecine de Paris.

Renseignements et inscriptions avant le 3 juillet, au bureau du Conseil d'administration des hospices d'Autun (Saône-et-Loire).

Légion d'honneur. — MARINE. — *Au grade de commandeur :* M. le médecin général Lancelin.

— SANTÉ PUBLIQUE. — *Chevalier :* M. Chadefaux, à Fontclair, par Aix-en-Provence.

Ministère de la Santé publique. — Le ministre de la Santé publique vient d'adresser au personnel médical, technique et administratif des établissements hospitaliers, une circulaire relative aux devoirs du personnel et à la discipline dans les établissements hospitaliers. Cette circulaire que publie le *Journal officiel* du 17 juin, est motivée par les récents incidents de Lille.

— Le *Journal officiel* du 15 juin publie un arrêté relatif au tarif national pharmaceutique pour l'assistance gratuite.

Hôpitaux psychiatriques. — M. le docteur Got, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle), a été affecté, sur sa demande, à l'hôpital psychiatrique d'Evreux, en remplacement de M. le docteur Bessières.

M. le docteur Gardes, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome de Cadillac, a été affecté, sur sa demande, à l'hôpital psychiatrique de Pau, en remplacement de M. le docteur Carriat.

M. le docteur Fail, médecin chef de service à l'hôpital

psychiatrique de Privas, a été affecté, sur sa demande, à l'hôpital psychiatrique de l'asile public d'aliénés de Clermont (Oise), en remplacement de M. le docteur Lauzier.

M. le docteur Mans, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Leyme (Lot), a été affecté à l'asile privé, faisant fonction d'asile public de Saint-Remy (Haute-Saône).

M. le docteur Toye, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome de Bailleul, est affecté, sur sa demande, à l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire), en remplacement de M. le docteur Renaux.

Mme le docteur André, reçue au concours du médicat des asiles, est nommée médecin de ce cadre, et affectée à l'hôpital psychiatrique autonome de Cadillac (Gironde), en remplacement de M. le docteur Regis.

Sanatoriums publics. — Mme le docteur Trocmé-Odru, médecin adjoint des sanatoriums publics, en disponibilité, a été réintégrée dans cette fonction et affectée au sanatorium de Seyssel (Isère).

Echanges d'étudiants. — L'Association pour le développement des relations médicales organise cette année, pendant les vacances, des échanges entre étudiants en médecine français et étudiants de Tchécoslovaquie, de Yougoslavie et de Hongrie.

Les étudiants désireux de passer un mois dans un de ces pays ne seront admis à bénéficier des avantages qu'on leur offre que s'ils sont déjà assez avancés dans leurs études et s'ils sont munis de recommandations de leurs chefs de service.

(Pour tous renseignements, s'adresser au Bureau de l'A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 h. 30 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi après-midi.)

Un hôpital souterrain. — C'est en Tchécoslovaquie que va se construire un hôpital souterrain pour premiers secours en cas d'attaque aérienne.

L'hôpital sera situé à quatre mètres de profondeur, sous un jardin. Il est prévu pour 200 lits. Une installation électrique lui assurera une indépendance complète.

Les avortements dans la Grande-Bretagne. — Le conseil de la British Medical Association vient de publier une enquête à ce sujet. Le nombre des avortements (criminels, accidentels ou thérapeutiques) est très élevé. On admet généralement que 16 à 20 % des grossesses sont interrompues, amenant une mortalité importante surtout dans les avortements clandestins.

La British Medical Association estimant que les lois actuelles sont insuffisantes, demande que de nouvelles dispositions soient étudiées pour parer à ce danger national.

Carte d'identité pour diabétiques. — A New-York existe une association de diabétiques qui distribue à ses adhérents une carte d'identité indiquant que le porteur est diabétique et qu'il a été traité à l'insuline. La notice demande qu'en cas de perte de connaissance, on administre au malade de l'eau sucrée et qu'on appelle un médecin.

La prophylaxie antituberculeuse pour les fonctionnaires de Roumanie. — La loi sanitaire roumaine prescrit que nul ne pourra être fonctionnaire s'il est reconnu atteint de tuberculose. Les fonctionnaires atteints de tuberculose sont mis en congé de trois ans, avec traitement complet s'ils acceptent d'être soignés dans un sanatorium public. Ils ne peuvent reprendre leur service qu'après guérison.

COURS ET CONFÉRENCES

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (professeur : M. Paul Carnot).

Trois leçons d'endocrinologie, du 23 au 25 juin 1937, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Trousseau.

Mercredi 23 juin, à 10 h. 1/2 : prof. Ascheim : *Dix ans de réaction hormonale de la grossesse.*

Jeudi 24 juin, à 10 h. 1/2 : prof. Edgar Allen (New-Haven) : *Croissance de l'œuf et ovulation* (avec cinématographie).

Vendredi 25 juin, à 10 h. 1/2 : prof. Dodds (Londres) : *Expérimentation sur les hormones post-hypophysaires.*

Leçons sur le cycle de la puberté, sous la direction de M. le professeur agrégé Guy Laroche, du 5 au 10 juillet 1937 (tous les matins à 10 h.), à l'hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, Paris (20e).

L'audition de ces cours est gratuite.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 15 juillet, chez le secrétaire général : docteur Huet, 15, rue Legendre, à Paris.

Conférence des Voix Latines (U. M. F. I. A.). — A l'occasion des Journées internationales de la Santé publique, le prof. Ch. Achard, membre de l'Institut, membre d'honneur de l'U. M. F. I. A., donnera le mercredi 7 juillet, à 17 heures précises, au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, rue du Docteur-Roux, Paris, une conférence sur : « *De la méthode pour bien conduire sa raison dans la connaissance et la pratique de la médecine* ».

On peut trouver des cartes d'invitation chez le docteur Dartigues, président de l'U. M. F. I. A. ou Union Médicale Latine, 81, rue de la Pompe, Paris (17e) ; à la Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e) ; à la Librairie Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (6e) ; à la Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e) ; à la Librairie du Monde Médical, 42, rue du Docteur-Blanche, Paris (16e) ; à l'Académie Gaya, 2, rue des Italiens, Paris (9e), et au Secrétariat général des Journées internationales de la Santé publique ; au Laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

RENSEIGNEMENTS

Région **CORBEIL-JUVISY,** à louer pour **clinique** ou **maison de santé,** magnifique propriété, 30 pièces, 4 bains, dépendances. **Parc 20.000 m.** *Conditions exceptionnelles.* P. Bailly, gérant, 68, boulevard Malesherbes, Paris (8e). 820

LES THROMBOSES CANALISÉES DE L'OREILLETTE GAUCHE

Par M. ANDRÉ X. JOUVE
Interne médaille d'or des hôpitaux
Chef de clinique adjoint à la Faculté de Médecine de Marseille

A l'autopsie d'un malade ayant succombé aux progrès d'une asystolie irréductible, nous avons eu l'occasion de recueillir un thrombus volumineux, occupant dans sa totalité la cavité de l'oreillette gauche. Pour circuler dans cette cavité, le sang ne disposait que d'un canal étroit, ménagé au centre même du caillot. Il s'agissait d'une thrombose totale canalisée de l'oreillette.

On sait que les thromboses totales oblitérantes de l'oreillette gauche sont assez rares dans la littérature médicale. En 1925, Buhler, dans sa thèse, n'en réunit que 28 cas. Les publications ultérieures ajoutent peu à ce chiffre assez réduit, et Lutembacher, Aubertin et Rimé, Renaud, Vedel, Vidal et Fayot, Potter, Lovey, Brooks et Rogers, Arendt, Schwartz et Biloen, Hackel, Rouslacroix, Jouve et Lombroso soulignent le caractère exceptionnel des observations qu'ils ont pu recueillir à leur tour.

Dans ce lot déjà restreint les thromboses canalisées sont tout à fait rares, puisque seule, à notre connaissance, une observation de Géry, publiée en 1923, relate la curieuse disposition anatomique que nous avons constatée. Nous ne croyons pas inutile de rapprocher la description de Géry et celle que nous avons eu personnellement l'occasion de faire, et de commenter brièvement cette confrontation.

OBSERVATION I (1)

Résumé de l'observation clinique. — La malade, une femme âgée de 64 ans, entra le 24 avril 1923 dans le service du professeur Léon Blum. Elle ne pouvait plus travailler depuis quatre ou cinq ans et devait garder le lit depuis quatre mois. L'interrogatoire fut parfaitement négatif quant à ses antécédents. On n'y relève notamment aucune maladie infectieuse, ayant laissé des traces dans ses souvenirs.

Le cœur était très gros. La pointe battait dans le 6e espace, à 6 cent. du bord du sternum, complètement arythmique. L'auscultation révélait un rétrécissement mitral.

Les urines, assez abondantes (diurèse autour d'un litre), étaient riches en albumine (entre 11 et 24 %), l'urée sanguine fut trouvée entre 0,88 et 1,08 %.

Le 4 mai surviennent brusquement des phénomènes multiples. Douleurs vives et refroidissement de la jambe droite qui est insensible, mais non paralysée. Douleurs épigastriques et lombaires vives, ballonnement du ventre. Une selle, obtenue par lavement, se révèle sanglante par l'épreuve du gaiac.

La femme meurt le 5 mai, à 2 heures du matin, moins de 20 heures après le début des accidents aigus.

Protocole d'autopsie. — Il existait des embolies extrêmement nombreuses, tant très anciennes que toutes récentes. L'artère pulmonaire droite présentait dans son tronc, peu après sa sortie du péricarde, un caillot sec, irrégulier, assez volumineux et adhérant déjà à la paroi par une surface ulcérée, large comme une grosse lentille. Il n'était pas complètement oblitérant, sans doute surtout à cause de son irrégularité même, et le poumon ne présentait pas d'infarctus, mais seulement de l'œdème, de la congestion, et de petites apoplexies diffuses. Les reins, scléreux, étaient criblés de cicatrices d'infarctus anciens ; le tronc de l'artère rénale gauche était comblé par un embolus très récent. L'artère poplitée était oblitérée par un caillot adhérent et en grande partie organisé en un point où elle présentait déjà un rétrécissement marqué par endartérite chronique. Mais la cause de la gangrène commençante résidait dans l'embolie fraîche de la fémorale profonde à son origine qui, jointe à l'oblitération ancienne de la poplitée, rendait toute circulation impossible. En outre, on trouvait encore un petit infarctus blanc de la rate, un petit foyer de ramollissement ancien de la partie moyenne du noyau caudé droit et de multiples lacunes de désintégration des deux noyaux lenticulaires (l'hexagone de Willis était, par rapport à l'âge du sujet, remarquablement intact).

Les accidents emboliques les plus importants, ceux qui avaient entraîné la mort, siégeaient dans les artères de l'intestin : gros embolus à l'origine de la mésaraïque supérieure, multiples petits caillots dans les arcades artérielles du mésentère. L'intestin tout entier était congestionné et œdémateux, les parois du cœcum, du côlon ascendant et d'une partie du transverse étaient épaissies et déjà manifestement infarcies, leur contenu non hémorragique macroscopiquement. Le péritoine contient 260 centilitres de liquide séro-sanguinolent.

Au premier abord, le cœur frappe par sa forme, les ventricules sont extérieurement normaux ou à peu près ; le diamètre longitudinal est de 8 cm. 1/2 ; le transversal de 9 cm.; ils sont arrêtés en systole, la pointe est constituée par le ventricule gauche. Le cône formé par les ventricules est surmonté en arrière par une sphère irrégulière aussi grosse qu'eux puisqu'elle mesure de 8 à 9 cm. dans tous les sens ; cette masse formée presque exclusivement par l'oreillette gauche est dure, tout à fait caractéristique de la lésion même avant l'ouverture du cœur.

On peut se rendre compte de la distension énorme de l'oreillette si l'on compare le volume donné comme normal de 130 cc. à celui de ce cas que l'on peut évaluer à plus de 1.500 cc. C'est cette oreillette qui donnait les symptômes cliniques de gros cœur, lequel n'existe pas en réalité. L'auricule est très dure et naturellement thrombosée ; mais elle n'est nullement dilatée, que dans sa partie intermédiaire avec l'oreillette ; la languette embrassant l'aorte n'est guère plus épaisse que normalement. Les veines pulmonaires gauches pénètrent dans l'oreillette par un tronc commun situé à peu près à la partie moyenne de la sphère, sur le prolongement du bord gauche du ventricule. Les embouchures des veines pulmonaires droites sont situées à la partie supérieure du cœur, à l'extrémité du grand diamètre passant par la pointe du cœur, l'une en avant et très peu à droite de l'autre : elles sont séparées par une distance de 3 cm.

Pour conserver à la pièce sa valeur démonstrative, elle fut fixée entière dans le liquide de Jores et coupée seulement après durcissement. La coupe passa par un plan déterminé par les deux bords des ventricules d'une part, le pôle supérieur de l'oreillette et la pointe du cœur, d'autre part. Elle est à recommander en pareil cas.

Le cœur droit ne présente rien d'anormal ; notamment, les cavités ne sont pas dilatées, et l'anneau tricuspidien n'est pas forcé.

A gauche, le ventricule est à peu près normal ; mais il existe un rétrécissement serré de la mitrale. Les valves sont très épaisses, rigides, mais à peu près lisses et régulières comme il est de règle dans les sténoses congénitales ; elles sont tendues en un diaphragme sensiblement

(1) GÉRY. Thrombose totale canalisée de l'oreillette. *Bulletin de la Soc. Anatomique de Paris*, 1923, p. 432.

orienté dans un plan perpendiculaire au grand axe du cœur ; l'ouverture supérieure de ce diaphragme constitue une fente antéro-postérieure d'environ 15 millimètres de long ; l'épaississement du bord des valvules constitue un entonnoir de 5 ou 6 millimètres de hauteur dont l'orifice inférieur est un petit pertuis arrondi qui admet à peine une plume d'oie. Les cordelettes tendineuses sont à peine épaissies. Il s'agit donc d'un rétrécissement congénital sans insuffisance.

L'oreillette est distendue par un énorme caillot pluristratifié, jaunâtre, veiné de brun et de rouge foncé comme du bois des îles. Il est étroitement uni à toutes les parois de l'oreillette, sauf au-dessus de l'appareil valvulaire dont il est séparé par un espace libre de plusieurs millimètres. Ce thrombus est parcouru par un gros canal ramifié ; au-dessus de la valvule, ce canal est gros comme le pouce et parallèle au grand axe du cœur et se divise bientôt en deux branches : l'une oblique à gauche, vers l'embouchure commune des veines pulmonaires gauches ; l'autre continue la direction du tronc commun ; elle est plus étroite, mais admet encore l'auriculaire ; à peu de distance de la paroi supérieure de l'oreillette, elle se bifurque, donnant deux canaux unis en V l'un antérieur, l'autre postérieur pour recevoir le sang des deux veines pulmonaires droites.

Les parois du canal sont à peu près lisses, mais à sa partie inférieure, contre la paroi antérieure, on trouve une grosse masse bourgeonnante en chou-fleur ; c'est certainement cette masse accessoire qui a fourni la grande majorité des embolies rencontrées à l'autopsie, sinon toutes.

Ce thrombus est certainement très ancien. Tout autour de lui (par conséquent au contact des parois de l'oreillette et même à la face libre trouvée vers la valvule), on voit avec la plus grande netteté une bande inégale, épaisse par places d'un centimètre, d'un tissu résistant, homogène, d'un blanc nacré, qui résulte de l'organisation fibroblastique du caillot, organisation se faisant à partir de la périphérie.

En résumé :

1° Au point de vue clinique : incidents emboliques multiples, entraînant en quelques heures la mort, chez une femme de 64 ans, présentant une cardiomégalie et un rythme mitral, et souffrant d'asystolie depuis quatre à cinq ans.

2° Au point de vue anatomique : thrombose totale de l'oreillette gauche, par un énorme caillot pluristratifié, parcouru par un canal ramifié qui présente à sa partie inférieure une grosse masse bourgeonnante en chou-fleur.

Sténose mitrale serrée.

Embolies multiples, au niveau des viscères et des membres.

Observation II (2)

C... Léonce, garçon de bar, âgé de 31 ans, entre salle Rémusat le 13 octobre 1934 pour une dyspnée violente, des œdèmes importants, un état général alarmant.

A l'âge de 20 ans, il a eu des douleurs articulaires localisées aux articulations tibio tarsiennes, assez violentes, mais ne l'obligeant pas à garder le lit, accompagnées cependant d'albuminurie, nécessitant un régime lacté strict. L'année suivante cependant, il a pu faire son service militaire sans incidents.

Au début de l'année 1930, il a constaté que son travail le fatiguait d'une façon inaccoutumée. Le moindre effort provoquait une dyspnée importante. Un médecin, consulté alors, attribua, après examen radioscopique, ces troubles à une cardiomégalie, et prescrivit un repos sévère.

Pendant une année, menant une vie au ralenti, notre malade n'éprouva plus de troubles nouveaux. Mais une reprise du travail actif déclancha une première crise d'insuffisance cardiaque : dyspnée d'effort violente, dyspnée de décubitus, palpitations de cœur, sensation de tension de l'épigastre. Cette crise céda au traitement digitalique et à un mois de repos complet.

En octobre 1932, deux nouvelles crises successives nécessitent son hospitalisation. On constate, à cette époque, de l'œdème des membres inférieurs, et une albuminurie importante (2 grammes). La digitale, à nouveau, est nécessaire.

Dès lors, le malade n'a pu reprendre son travail. Et malgré qu'il ait observé scrupuleusement les prescriptions hygiéno-diététiques de ses médecins, une nouvelle crise d'insuffisance cardiaque est survenue, qui l'amène à l'hôpital.

Il s'agit d'un homme d'apparence assez robuste, fébricitant (pendant toute la durée de son hospitalisation, il présentera de petites poussées de température à 38°). Il est blafard, très dyspnéique ; sa respiration est rapide, superficielle. Il est contraint de demeurer en permanence assis sur son lit.

Son pouls est rapide, irrégulier, difficilement perceptible. La tension artérielle est de 10-7. L'indice oscillométrique ne dépasse pas l'ampleur d'une 1/2 division.

Les jugulaires sont turgescentes. La pointe bat franchement en dehors de la ligne mamelonnaire, dans le 7e espace. Son choc est étalé, vibrant. On perçoit un frémissement systolique intermittent au voisinage de la pointe. Matité cardiaque augmentée dans tous ses diamètres. A l'auscultation, souffle systolique léger, sus-apexien, sans cyanose et pâleur de la face. Polypnée. Encombrement des bases pulmonaires.

Foie volumineux, douloureux ; faible quantité d'ascite libre. Diurèse inférieure à 1 litre. Faible quantité d'albumine dans les urines. Azotémie 0 gr. 65 ‰. Œdèmes blancs, gardant mal le godet, prédominant à la région lombaire et à la face interne des cuisses.

A l'écran : cœur augmenté de volume dans tous ses diamètres, surtout dans son diamètre transversal. Le bord gauche est déformé, sa division en arcs n'est plus reconnaissable, il décrit une ligne convexe en haut et en dehors. Le point G ne peut être délimité. Aspect gris des deux plages pulmonaires, surtout dans les régions qui avoisinent le hile.

Malgré des cures répétées digitaliques et ouabaïniques, l'évolution se poursuit en quelques semaines vers la mort qui survient le 15 novembre, dans un tableau de cardioplégie totale.

Examen anatomique

Foie augmenté de volume, de consistance un peu mollasse, de coloration jaune rosée ; à la section : apparence de foie muscade.

Rate de petit volume ; quelques adhérences facilement détachables.

Reins de petit volume, très adhérents à la capsule ; quelques gouttes de pus mal lié s'écoulent du bassinet.

A l'union du 1/3 moyen et du 1/3 supérieur du rein droit, cicatrice d'infarctus.

Plèvre droite : présence de un litre environ de liquide hémorragique. Le moignon pulmonaire est rétracté autour du hile.

La séreuse présente à sa surface l'aspect en langue de chat.

A la coupe, infarctus du lobe inférieur

(2) A.-X. Jouve. Un cas de thrombose totale canalisée de l'oreillette gauche. *Soc. de méd. de Marseille*, 6 février 1935.

Le lobe supérieur est également congestionné, mais de façon plus modérée.

Le lobe moyen, de très petit volume, paraît le plus voisin de la normale.

Plèvre gauche : pas de liquide.

Poumon gauche : congestion très modérée.

Ganglions médiastinaux volumineux.

Péricarde : pas d'adhérences au plan costal. Adhérences intimes à la plèvre droite et au médiastin postérieur. Il faut détacher aux ciseaux la bifurcation trachéale et l'œsophage.

Dans la cavité péricardique, présence de 70 cc. environ de liquide jaune citron. Adhérence des deux feuillets de la séreuse au niveau de la pointe sur une surface comparable à une pièce de dix francs. Sur la face antérieure du ventricule droit, tache laiteuse péricardique.

Cœur : très forte augmentation de volume de l'oreillette gauche, globuleuse, aussi volumineuse que le ventricule gauche.

La mollesse des cavités auriculaire et ventriculaire droites et ventriculaire gauche, contraste avec le caractère de tension, de rigidité de l'oreillette gauche, qui est comme « injectée de suif ».

Les vaisseaux de la base sont d'apparence normale.

A la coupe : cœur droit, rien à signaler, hors la présence de très nombreux caillots, les uns cruoriques, les autres composés uniquement de fibrine. L'un des caillots fibrineux, particulièrement volumineux, occupe tout l'auricule droit auquel il adhère fortement. Son extrémité libre flotte dans la cavité de l'oreillette droite.

A l'incision de l'*oreillette gauche*, il s'écoule environ 150 à 200 cc. de liquide sous tension, de coloration brun chocolat, d'allure puriforme. (Ce liquide est constitué par un magma fibrineux renfermant de très nombreux leucocytes, dont 90 p. 100 environ de polynucléaires, peu altérés dans l'ensemble. Pas de germes à l'examen direct. Culture stérile.)

La cavité de l'oreillette est toute entière occupée par un *thrombus énorme*, d'apparence spongieuse. Ce thrombus adhère faiblement à la paroi ; il est cependant inextirpable, du fait de sa masse. Sa coloration est jaune brun, il s'effrite assez facilement sous la main. En haut, il atteint le plafond de l'oreillette, entourant l'orifice des veines pulmonaires. En bas, il s'insinue à l'origine de l'infundibulum auriculo-ventriculaire, mais sans dépasser le seuil de l'orifice.

En exprimant ce thrombus, on fait sourdre encore quelques gouttes de liquide épais.

A l'intérieur du thrombus court un canal de la dimension du petit doigt, aboutissant en bas à l'orifice auriculo-ventriculaire, se bifurquant dans le 1/3 supérieur du thrombus pour atteindre les veines pulmonaires. La lumière du canal est presque entièrement obstruée par des caillots, la sonde ne la suit qu'à grand'peine. Sa paroi est lisse et unie.

Le ventricule gauche est de volume voisin de la normale. La valve mitrale est le siège d'une sténose assez serrée, ses valvules sont cartonnées, lisses et régulières.

Les sigmoïdes aortiques et pulmonaires sont parfaitement souples. L'examen de l'aorte et de l'artère pulmonaire ne montre rien d'anormal.

En résumé :

1° Au point de vue clinique : asystolie irréductible fébrile, d'évolution lente, chez un adulte jeune, porteur d'une lésion mitrale vraisemblablement rhumatismale.

Tableau clinique dominé par trois ordres de faits :

a) Etat du cœur : cardiomégalie, avec pointe très abaissée, convexité totale du bord gauche ; souffle systolique de la pointe, variable d'un jour à l'autre, sans relation, semble-t-il, avec l'état du myocarde.

b) Stase en amont, réalisant le syndrome classique d'encombrement de la circulation de retour, dyspnée violente, au premier plan du tableau clinique.

c) En aval : extrême petitesse des pulsations artérielles, contrastant avec la violence des pulsations cardiaques ; alternance de pâleur et de cyanose des extrémités.

Pas d'embolies périphériques.

2° Au point de vue anatomique : thrombose totale de l'oreillette gauche, d'un volume qui est le double de la normale, dure, « comme injectée de suif ». Thrombus spongieux, contenant dans ses mailles sous tension un liquide puriforme, présentant à sa partie centrale un canal encombré de caillots cruoriques, se bifurquant à sa partie supérieure pour rejoindre les veines pulmonaires.

Sténose mitrale.

Symphyse péricardique parcellaire.

Stase dans le territoire pulmonaire et dans tout le domaine de la circulation de retour.

L'étude de ces faits anatomo-cliniques autorise quelques considérations.

Du point de vue *anatomique*, les thrombus canalisés se présentent sous l'apparence commune à tous les volumineux thrombus pariétaux. L'oreillette gauche attire d'emblée l'attention, par son volume et sa consistance. Son volume dépasse largement celui du ventricule gauche. Géry évalue à plus de 1.500 cc. la capacité de l'oreillette thrombosée qu'il a observée, alors que la capacité normale de cette cavité n'excéderait pas 130 cc. La consistance de l'oreillette est également remarquable ; elle est dure, tendue, comme « injectée de suif » (Lutembacher).

C'est à la coupe seulement que se révèle la disposition propre à la thrombose canalisée.

Un tunnel la parcourt dans toute son étendue : unique au-dessus de l'orifice auriculo-ventriculaire, il se bifurque à sa partie supérieure pour rejoindre l'orifice des veines pulmonaires. La lumière de ce tunnel est rarement libre : tantôt encombrée de caillots cruoriques au point d'admettre avec peine le passage d'un stylet (Obs. II), elle peut encore être le siège d'un processus endocarditique secondaire, développant une masse bourgeonnante d'où essaiment des embolies multiples (Obs. I).

La structure du caillot est variable. Dans l'observation de Géry, il se présente comme une masse pluristratifiée, jaunâtre, veinée de brun et de rouge foncé, comme du bois des îles. Il est enveloppé d'une bande d'un tissu résistant, homogène, d'un blanc nacré, qui résulte de son organisation fibroblastique. A la faveur de cette formation, le caillot fait corps avec l'oreillette ; il lui est étroitement adhérent. Dans notre observation, la consistance du caillot est, au contraire, mollasse ; son apparence est spongieuse : il est criblé d'anfractuosités occupées par un liquide de fonte pseudo-purulente, de coloration brun chocolat. L'existence d'une dégénérescence lente, transformant le thrombus cardiaque en un véritable kyste à contenu puriforme, était bien connue des anciens auteurs (« ab-

cès enkystés du cœur », de Laënnec). Nous avons rencontré cet aspect puriforme dans une thrombose du ventricule gauche, terminée par fragmentation de la masse cruorique dégénérée et embolie artérielle.

Toutefois, ce qui paraît remarquable dans l'observation que nous rapportons ici, c'est la disposition inverse du processus de fonte du caillot : le courant sanguin circule au centre du thrombus, et c'est à la périphérie, entre la paroi et la masse du caillot organisé autour d'un axe médian, que se dispose ce liquide ; si bien que la simple incision de la paroi auriculaire a donné issue à la plus grande partie du liquide sous pression. Il en résulte une dissociation apparente de la masse thrombosée et de la paroi, qui ne saurait induire en erreur : l'accumulation du liquide dissimule les rapports intimes, à l'origine, de la paroi et du caillot.

Entre les thrombus canalisés et les thrombus pariétaux simples, bien des formes de transition peuvent être rencontrées. Lutembacher en rapporte un exemple : au cours d'une autopsie, dans l'oreillette gauche dilatée, on découvrait deux volumineux caillots fibrino-hématiques qui remplissaient la cavité aux deux tiers ; le sang ne pouvait circuler qu'à la faveur d'une fissure anfractueuse ménagée entre ces deux formations. Que celles-ci viennent à s'unir, la disposition des thrombus canalisés serait réalisée.

Le caractère de stratification, de dégénérescence même que présente le caillot laisse supposer une organisation qui s'établit sur un rythme assez lent. Aussi bien le *tableau clinique* est-il celui d'une insuffisance cardiaque progressive se prolongeant pendant des semaines et des mois.

Le caractère dominant de cette insuffisance cardiaque est sa résistance à toutes actions thérapeutiques : les thromboses oblitérantes de l'oreillette gauche ne réalisent-elles pas un des types les plus achevés d'asystolie irréductible ?

La disparition du rythme mitral normal constitue un autre signe connu de ces thromboses. A aucun moment nous n'avons pu mettre ce rythme en évidence chez notre malade qui se savait cependant atteint d'une affection mitrale. Par la suite, en considérant le canal assez réduit et partiellement obstrué qui conduisait le sang des veines pulmonaires à l'orifice mitral, nous avons mesuré combien ces conditions particulières d'hydraulique circulatoire se prêtaient mal au brassage de liquide d'où procède le rythme mitral.

Les manifestations vasculaires que nous avons pu constater appartiennent également aux descriptions classiques. En amont, la « thrombostase » déterminait un encombrement veineux généralisé, intéressant au maximum la circulation pulmonaire. En aval, la petitesse du pouls, la convergence des chiffres tensionnels (T. A. : 10,7) la faiblesse de l'indice (inférieur à 1/2 division du Pachon) contrastaient avec les bruits du cœur, « forts et retentissants », réalisant un paradoxe sur lequel Osler a depuis longtemps attiré l'attention. Dans l'observation de Géry, les embolies multiples semblent en étroite relation avec la greffe infectieuse secondaire dont le thrombus a été le siège.

On le voit, le tableau clinique qui se dégage de ces deux observations est celui des thromboses oblitérantes de l'oreillette gauche en général. Il n'apparaît pas que la disposition anatomique si spéciale du caillot puisse s'exprimer par une image clinique particulière.

C'est dire que l'intérêt des thromboses canalisées est avant tout celui d'une curiosité anatomique. Mais cet intérêt est destiné à se renouveler, dans la mesure où une connaissance plus complète de la pathologie de l'endocarde nous permettra de donner à ces formations singulières une interprétation physiopathologique qui reste tout entière à préciser.

FAITS CLINIQUES

SUR UN CAS DE LEUCÉMIE LYMPHOÏDE AVEC LEUCÉMIDES

Par MM. L. Babonneix et Gisselbrecht

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment un petit malade atteint de leucémie, dont l'histoire offre quelques particularités intéressantes.

Observation. — J..., Georges, 7 ans et demi, nous est adressé, le 21 octobre 1936, par le docteur Boujol, de Savigny-sur-Orge, avec le diagnostic de leucémie. C'est un garçon amaigri, pâle, souffrant depuis une quinzaine de jours seulement. Le début apparent de cette affection est donc récent et s'est fait assez brutalement par un état fébrile accompagné d'arthralgies ; cependant, le début réel nous paraît remonter à trois ou quatre semaines, pendant lesquelles le petit J... éprouvait une certaine lassitude.

A son entrée, il se plaint de quelques douleurs articulaires peu intenses et passagères. L'examen nous révèle une splénomégalie très importante : la rate déborde le rebord costal gauche de 6 cm., son pôle inférieur arrive à hauteur de l'ombilic ; dans le sens transversal, l'hypertrophie est aussi manifeste, et le bord antérieur de la rate atteint presque la ligne médiane ; l'organe est lisse, dur, mobile, indolore. Le foie est également un peu hypertrophié, son bord inférieur est perçu à deux travers de doigts sous le rebord costal droit.

On note la présence d'adénopathies généralisées, dont l'apparition serait antérieure, de 5 à 6 mois au moins, au début apparent de la maladie. Les ganglions inguinaux, axillaires, cervicaux, sont gros comme des noisettes, assez durs ; il n'y a pas de périadénite.

En outre, on constate, sur les téguments, une éruption très particulière : sur le tronc, et particulièrement sur l'abdomen et sur la face antérieure du thorax, se voient un grand nombre de nodules gros comme des lentilles, de couleur lilas, assez durs, non douloureux ni prurigineux (la date de leur apparition n'a pu être précisée). Sur la région dorsale et lombaire, il n'existe que six éléments ; le cou, la face, les membres sont respectés.

L'examen général ne nous a montré aucune lésion pulmonaire ou cardiaque ; pas d'angine, pas d'hémorragies ; outre les arthralgies, il faut signaler des douleurs occupant le trajet des os longs. La température, à l'entrée, est de 38°-38°5. Nous avons pratiqué une cuti-réaction à la tuberculine, qui s'est montrée négative, une radiographie pulmonaire n'a pas indiqué d'adénopathie médiastinale nette. L'examen du sang est venu confirmer le diagnostic de leucémie et en a indiqué la forme ; il s'agissait d'une

leucémie lymphoïde avec légère réaction myélémique et forte anémie.

G. R.	1.800.000
G. B.	280.000
Poly-neutro	5 %
Lymphocytes	85 %
Monocytes	1 %
Myélocytes	5 %

Evolution. — Pendant les quatre premiers jours qui suivent l'hospitalisation, aucun phénomène nouveau ne se produit ; le 25 octobre 1936, la température s'élève légèrement, l'enfant accuse une recrudescence des phénomènes douloureux articulaires et osseux.

Le 26 octobre 1936, dans la matinée, il éprouve une soif intense. Nous demandons un examen d'urines, pour rechercher la glycosurie ; deux heures plus tard, alors qu'il revenait de la radiothérapie, il tombe dans un état de collapsus cardiaque, avec pouls filant, cyanose des extrémités. Nous recevons le résultat de l'examen des urines : dans l'échantillon envoyé, on trouvait : glucose 2 gr. 80 par litre, traces d'acétone. Malgré les tonicardiaques, la mort survient en quelques minutes.

Dans cette observation, deux particularités à signaler :

1° La présence, sur les téguments, de nodules que, confirmant notre idée, M. Milian a rattachés à la leucémie ; ils présentent, en effet, tous les caractères attribués aux leucémides par les dermatologistes, comme on peut s'en rendre compte en lisant l'article de M. A. Nanta dans la *Nouvelle pratique dermatologique* (Paris, 1936, t. V, pages 609-611). Ajoutons que ces leucémides sont rares, puisque, d'une part, nous n'en avions jamais vu, que, de l'autre, la plupart des classiques les passent sous silence ou ne leur consacrent qu'une brève mention ;

2° La mort rapide, dont la cause, en dehors de toute vérification, reste mystérieuse. Accidents consécutifs à la radiothérapie ? Mais, d'une part, toutes les précautions avaient été prises par nos collègues (1) et, de l'autre, les accidents terminaux ne ressemblent en rien à ceux que produit habituellement l'absorption de doses immodérées de rayons. Coma diabétique ? Mais les urines ne contenaient que peu de sucre et on n'y trouvait que des traces d'acétone. Remarquons, d'ailleurs, que les terminaisons brusques, dans la leucémie à la période d'état, ne sont pas exceptionnelles et qu'elles ont été maintes fois signalées.

(1) Dose de 3 H, soit 250 *r* d'un rayonnement modérément pénétrant (durée 15'). Sous filtration de $\frac{100}{10}$ Ac sur un secteur (N° 1) de la radio divisée en 4 secteurs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Bulletin de la Statistique générale de la France et du Service d'observation des prix, tome XXVI, fascicule I, octobre-décembre 1936. In-8° de 168 pages, chez Félix Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, à Paris.

Les névropathies d'origine nerveuse (thèse), par Roger FELDSTEIN. In-8° de 84 pages, à Paris, chez Le François, 91, boulevard Saint-Germain, 1936.

Histoire de l'homéopathie française, par Charles JANOT. Petit in-8° de 253 pages, édité par l'auteur, 70, rue Boucicaut, à Fontenay-aux-Roses (Seine).

Humanisme et médecine, par Joseph OKINCZYC, professeur agrégé à la Faculté de médecine. Petit in-8° de 140 pages, chez Labergerie, 11, rue Cujas, à Paris (5e), 1936.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 MAI 1937)

La première séance de la *Société française de Cardiologie* a eu lieu le dimanche 23 mai 1937.

M. le professeur LAUBRY, fondateur de la Société, a ouvert la séance. Rappelant le grand souvenir du professeur Vaquez, dont il continue la pensée et la tradition, il a montré combien s'imposait la création d'une pareille société, lien précieux entre tous les cardiologues français.

Le bureau de la Société a été constitué de la façon suivante : président, M. Ch. Laubry ; vice-présidents, MM. A. Clerc et Gallavardin ; secrétaire général, M. M. Mouquin ; trésorier, M. P. Soulié.

Le bulletin de la Société paraîtra dans les *Archives des maladies du cœur et des vaisseaux.*

Communications :

L'origine des extrasystoles. — M. A. VAN BOGAERT (M. LAUBRY, rapporteur).

Electrocardiogramme du cœur arrêté. — M. R. LUTEMBACHER.

Remarques sur les signes d'auscultation dans la persistance du canal artériel. — M. D. ROUTIER démontre, au moyen de la phonocardiographie, que le renforcement du souffle continu n'est pas systolique, ainsi qu'on l'admet universellement, mais télésystolique-protodiastolique, le maximum d'intensité du souffle étant nettement protodiastolique. Le renforcement correspond, en effet, au moment où la différence de pression entre l'aorte et l'artère pulmonaire est la plus grande, c'est-à-dire pendant la période isométrique de la diastole.

Le deuxième signe est la présence, en certains cas, d'un double souffle crural, comme dans l'insuffisance aortique, il a été trouvé 8 fois sur 14 cas. Sa netteté, son intensité, sa mise en évidence sont variables, comme chez les aortiques. Dans la persistance du canal artériel, son mécanisme est le même que dans l'insuffisance aortique : collapsus diastolique artériel par reflux du sang hors du système aortique, le reflux a lieu dans la pulmonaire au lieu de se faire à travers les sigmoïdes insuffisantes dans le ventricule gauche. Dans tous les cas où il existe un double souffle crural, la radio montre un arc moyen fortement saillant et pulsatile, saillie beaucoup plus prononcée que dans les cas sans double souffle crural (Discussion : M. LIAN).

Un tracé exceptionnel de tachycardie : les tachycardies à commandes multiples. — M. E. GERAUDEL.

Un cas de tumeur myxoïde siégeant dans l'oreillette droite. — M. A. CLERC, Mlle P. GAUTIER-VILLARS, MM. J. DELAMARE et ROGÉ, rappelant les discussions multiples qu'ont soulevées de pareilles formations, tendraient à admettre qu'il s'agirait là d'un thrombus secondairement dégénéré.

Action de la théophyline-éthylène-diamine sur la circulation coronarienne après ligature d'une des branches. — MM. Ch. LAUBRY, P. SOULIÉ et P. LAUBRY. Les expériences ont été effectuées sur 10 chiens anesthésiés au chloralosane (15 cgr. par kilog), à thorax ouvert, après section du péricarde, mais sans déplacement du cœur. La ligature porte sur l'interventriculaire antérieure, à sa partie moyenne. Après avoir déterminé l'apparition de l'onde coronarienne, les auteurs étudient l'action de la T. E. D. en injectant des doses de 10 à 25 cgr. (pour des chiens pesant, en moyenne, 10 kgs). Dans la plupart des expériences, l'action de la T. E. D. sur le dôme coronarien est des plus

nettes. Le grand décalage de l'espace S. T. diminue nettement, pour disparaître complètement dans certains cas. Mais la prise de tracés en série montre qu'il s'agit là d'une action passagère et que rapidement la grande onde monophasique reparaît. Cependant l'action ne paraît pas s'épuiser et, au cours de certaines expériences, c'est à plusieurs reprises que les effets de la drogue se montrent avec la même précision. Certains troubles du rythme peuvent apparaître après injection (salves extrasystoliques, ou crises de tachycardie ventriculaire, en particulier lorsqu'il s'agit d'une ligature assez haute, ligature bien supportée jusqu'au moment même de l'injection). Parallèlement à ces modifications électriques, on peut noter la diminution de la zone d'ischémie déterminée par la ligature.

Les auteurs tirent des expériences précédentes certaines conclusions quant à l'intérêt du produit et à la prudence de son emploi.

Souffle mésosystolique rude apparu après abcès du poumon (présentation de malade et de phonocardiogrammes. — MM. Ch. LAUBRY et M. LEBLANC ont observé un sujet chez lequel, au décours de l'évolution d'un abcès du poumon, est apparu un souffle systolique ou diastolique. Seul le phonocardiogramme permit d'établir qu'il s'agissait d'un bruit mésosystolique suivi d'un souffle bref. Il s'agit vraisemblablement d'un souffle extra-orificiel lié à l'existence d'une bride péricardique tirant sur la région de l'infundibulum pulmonaire.

Les souffles piaulants cardiopulmonaires. — MM. C. LIAN, J.-J. WELTI, STEFANOVITCH et DJORDJEVITCH établissent que les souffles piaulants cardiopulmonaires ne sont pas aussi exceptionnels qu'on l'a admis jusqu'à présent.

Ils rapportent d'abord 7 observations personnelles recueillies chez des sujets n'ayant aucun signe clinique, radiologique et électrocardiographique de cardiopathie organique.

Les auteurs rapportent ensuite quelques faits exceptionnels : un piaulement présystolique mésocardiaque ; un piaulement télésystolique mésocardiaque superposé à un souffle d'insuffisance mitrale ; un piaulement diastolique mésocardiaque.

Tous ces cas sont bien différents du souffle systolique piaulant de certaines insuffisances mitrales, du souffle diastolique piaulant de quelques insuffisances aortiques.

La mensuration de l'aorte et de l'artère pulmonaire au point de vue diagnostic et pronostic. — M. Sigmund KREUZFUCHS (Vienne) rappelle ses méthodes de mensuration de l'aorte et de l'artère pulmonaire gauche. Grâce à elles, les dimensions respectives de ces deux vaisseaux, qui jusqu'ici n'avaient retenu que l'attention des anatomistes (Benèke, Virchow, Roessle, etc.), peuvent, à son avis, être prises en considération par les cliniciens. Ces rapports dimensionnels aortico-pulmonaires résultent de diverses modalités de la division du tronc artériel commun lors des 4e et 5e semaines de la vie fœtale.

Pour Kreuzfuchs, les individus se classent selon trois types : normal, pulmonaire, aortique.

Mise en évidence par la radiokymographie de la sténose de l'isthme aortique. — MM. Ch. LAUBRY et HEIM DE BALSAC.

REUNION DES PHTISIOLOGUES DU NORD DE LA FRANCE

(SÉANCE D'AVRIL 1937)

Rapport sur la tuberculose pulmonaire des vieillards, par André PATOIR. — Ce rapport résume les recherches antérieures, nombreuses, qui ont été faites sur le sujet et une enquête personnelle, fondée sur une double investigation : dans le milieu hospitalier, portant sur plusieurs centaines d'observations, à l'hospice des Vieux-Ménages, dont le recrutement se fait dans les classes moyennes, et portant sur 110 vieillards. Le milieu hospitalier s'est montré au-dessus de 60 ans, assez riche en tuberculeux pulmonaires patents et avérés. Aux Vieux-Ménages, au contraire, on n'a pu en relever aucun cas. Il faut signaler ici l'importance du milieu social sur la fréquence des tuberculoses observées.

Après une étude des différents procédés de laboratoire et biologiques appliqués au diagnostic de la tuberculose, il semble bien qu'on doive revenir à la clinique (anamnèse et examen), la radiologie, la recherche du bacille dans les crachats. Les deux premières techniques montrent chez le vieillard de nombreuses scléroses pulmonaires, la dernière ne permet d'en attribuer sûrement à la tuberculose qu'un faible pourcentage. D'ailleurs de nombreux auteurs avaient signalé le caractère paucibacillaire de certaines phtisies séniles. Il convient ici de laisser à part les tuberculoses de l'adulte prolongées chez le vieillard et les formes évidentes de tuberculose (broncho-pneumoniques, granuliques, ulcéro-caséeuses) qui ne présentent qu'un intérêt modéré du point de vue diagnostique et prophylactique. Il n'en est pas de même du catarrhe tuberculeux dont certains auteurs ont dénoncé la fréquence et la nocivité sociale.

L'auteur ne peut se ranger à leur avis. Le caractère bacillaire de ces manifestations est très inconstant, l'expectoration y est souvent nulle ou très pauvre en bacilles. Le péril social s'en trouve réduit d'autant D'autre part, lorsque les crachats sont bacillifères, on trouve des lésions radiologiques considérables et pathognomoniques.

Un dépistage simple et facile suffit donc et s'impose pour éviter au vieillard tousseur et cracheur la suspicion d'être la cause de la mort de ses petits-enfants. Une telle recherche doit être faite systématiquement. Elle montrera :

La relative fréquence d'une tuberculose du vieillard typique, dont le diagnostic et le pronostic n'intéressent que le sujet lui-même ;

La rareté de la bacillose confirmée et évidente dans le catarrhe sénile ;

L'exagération du danger social que représente ce catarrhe, et qui est, croit l'auteur, liée à un mélange de formes dans les statistiques et à une liaison insuffisante entre les moyens d'investigation.

CONGRÈS

1er CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE NÉO-HIPPOCRATIQUE

Ce Congrès aura lieu à l'Exposition internationale de Paris 1937, du 1er au 4 juillet.

Programme :

Jeudi 1er juillet. — Le Congrès s'ouvrira à 15 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence du professeur LAIGNEL-LAVASTINE.

A 15 h. 30 : Conférence par le docteur Cawadias, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris :

« Les étapes historiques du néo-hippocratisme. »

A 16 h. 30 : Rapport général sur « les prédispositions constitutionnelles dans la tuberculose », par le docteur André Jacquelin, médecin des hôpitaux de Paris.

Vendredi 2 juillet, au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine. *A 15 heures* : Conférence du docteur Nicola Pende, professeur de l'Université de Rome, sénateur du Royaume d'Italie :

« L'Esprit méditerranéen en médecine. »

A 16 heures : Rapporteur général, docteur G. Blechmann, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris :

« La théorie des humeurs et l'abcès de fixation. »

Samedi 3 juillet, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. *A 15 heures* : Conférence par le docteur Delore, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Lyon :

« Le retour vers la tradition de la médecine contemporaine. »

A 16 heures : Rapporteur général, docteur Fortier-Bernoville, directeur de l'Ecole française d'homœopathie :

« La loi de similitude, son domaine et ses possibilités. »

Discussion.

Dimanche 4 juillet. A la salle de conférences de l'Hôpital Léopold-Bellan (7, rue de Texel). *A 10 heures* : Conférence par le docteur P. Winter, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris :

« Le Naturisme d'Hippocrate et le nôtre. »

A 10 h. 45 : Synthèse générale du Congrès. Vœux, projets pour le prochain Congrès.

A 12 h. 30 : Un grand banquet clôturera le Congrès.

D'autres réceptions et manifestations artistiques auront lieu chaque soir du Congrès.

Le programme définitif sera communiqué ultérieurement par le Comité général d'organisation des Congrès de l'Exposition 1937.

Secrétaires généraux : docteur Martiny, 10, rue Alfred-Roll (17e) et docteur Renard.

Deuxième congrès international des sanatoria et maisons de santé privés. Paris, juillet 1937. — Les travaux de ce congrès sont groupés en trois sections :

1° Section administrative, relative aux rapports entre les établissements privés et l'Etat, ou les diverses autorités ainsi qu'aux diverses réglementations auxquelles ces établissements sont assujettis ;

2° Section médicale, réservée aux questions d'ordre scientifique intéressant les maisons de cure des diverses catégories ;

3° Section économique, dans laquelle seront traités les sujets se rapportant à l'organisation matérielle.

Les rapports, communications et discussions pourront être faits dans l'une des langues adoptées : français, allemand, anglais et espagnol. Les auteurs devront indiquer à l'avance la langue dont ils entendent se servir.

Programme

Lundi 12 juillet. — A 1 h. 30, séance d'ouverture du Congrès ;

A 14 h., premier rapport : la réglementation du travail dans les maisons de santé des différents pays. Discussion.

A 16 h., visite de la ville en autocars.

A 21 h., visite du Louvre.

Mardi 13 juillet. — A 9 h. 30, deuxième rapport : supériorité du traitement individuel, justification de l'existence des maisons de santé privées.

A 14 h., séance de communications.

A 16 h., visite de la ville.

Mercredi 14 juillet. — Matin : matinée libre.

Après-midi, excursion à Versailles.

Le soir : soirée libre.

Jeudi 15 juillet. — A 9 h. 30, troisième rapport : l'héliothérapie.

A 14 h., séance de communications.

A 22 h., soirée offerte par le congrès.

Vendredi 16 juillet. — A 9 h., assemblée générale.

A 14 h., séance de communications.

Samedi 17 juillet. — A 9 h. 30, séance de communications.

A 14 h., séance de communications.

A 20 h., banquet de clôture.

Une excursion à Fontainebleau aura lieu après le congrès, le dimanche 18 juillet.


BAYER
BAYER

Eu outre, des voyages permettant de visiter dans des conditions avantageuses les stations climatiques et hydro-minérales françaises seront organisés au départ de Paris, le lundi 19 juillet. Ils se feront en trois groupes :

1° Côte d'Argent, Pays Basque, les Pyrénées ;

2° Le Centre de la France ;

3° Les Alpes et la Côte d'Azur.

Pour les indications techniques, s'adresser au secrétaire du Congrès, docteur Bussard, 8, avenue du 11-Novembre, à Bellevue (Seine-et-Oise). Cotisation des adhérents : 150 francs. Membres associés : 50 fr.

Pour l'organisation matérielle, demander des renseignements à l'Agence Duchemin-Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris.

LIVRES NOUVEAUX

Le chirurgien devant l'état puerpéral, par M. METZGER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur à l'hôpital Bichat. Préface du professeur HARTMANN. — Un volume de 335 pages avec 40 fig. 52 fr. — Masson et Cie, édit., 120, boul. Saint-Germain, Paris.

Le chirurgien de chirurgie générale est assez souvent appelé à donner ses soins à une femme enceinte ; dans certaines circonstances plus rares, on le demande au cours du travail ou dans les suites de couches. Il lui est difficile et parfois impossible de se récuser et de s'effacer devant l'accoucheur. Or, bien des particularités de l'état puerpéral lui échappent ; il ne peut trouver les renseignements dont il aurait besoin qu'en feuilletant les livres d'obstétrique. Ces derniers traitent souvent très rapidement certaines questions chirurgicales obstétricales.

Dans cet ouvrage, le docteur Metzger met au point les différentes questions qui peuvent embarrasser un chirurgien appelé auprès d'une malade en état puerpéral.

Dans les premiers chapitres, il montre comment il faut reconnaître la grossesse dès le début : y penser toujours et d'abord chez toute femme qui a une absence de règles ou seulement un trouble menstruel. L'auteur étudie les grossesses utérines anormales, peu connues et souvent méconnues. Le chapitre sur la grossesse extra-utérine prend une allure spéciale « du point de vue accoucheur », en particulier quand la grossesse ectopique se poursuit jusqu'au voisinage du terme.

Un long chapitre est consacré à l'avortement et à son traitement, toujours d'actualité.

Le traumatisme puerpéral et obstétrical est traité longuement, organe par organe.

Les lésions de l'appareil génital, en particulier de l'utérus et des ovaires, les affections des seins au cours de la puerpéralité forment des chapitres que le chirurgien lira avec intérêt, car ils constituent une mise au point actuelle de ces diverses questions.

La conduite à tenir dans l'*infection puerpérale* du « post partum » est exposée selon les idées les plus récentes, qui diffèrent considérablement de celles qui étaient admises il y a seulement vingt ans.

Après avoir envisagé les conséquences possibles des opérations ayant porté sur l'appareil génital, l'auteur donne des précisions sur la technique détaillée des interventions que le chirurgien doit savoir exécuter correctement (les césariennes en particulier), car dans bien des cas on s'adresse à lui comme « au plus compétent ». Si la technique chirurgicale pure peut lui sembler assez facile, la partie obstétricale concernant l'extraction du fœtus et du placenta lui est moins familière ; l'auteur y insiste donc.

Le dernier chapitre, concernant les affections chirurgicales du nouveau-né dès la naissance ou dans les premiers jours, complète heureusement ce livre d'obstétrique pour le chirurgien.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 22 juin. — Jury : MM. Cunéo, président ; Lemaître, Lenormant, Halphen. — M. GIGOU. Les névroses de la vésicule biliaire. — M. ABOULKER-KAMOUN. Les épithéliomas du maxillaire inférieur. — M. DELIBEROS. Le rôle des affections gingivo-dentaires en pathologie cutanée. — M. DARBOIS. Contribution à l'étude du traitement du furoncle de la face par la rœntgenthérapie. — M. GOUDE. La novocaïnisation du sympathique lombaire. Résultats. Indications.

Jury : MM. Couvelaire, président ; Terrien, de Gaudart, Velter. — MM. BOROS. Contribution à l'étude des formations ovariennes résiduelles consécutives à l'hystérectomie et à la castration totale. — WAJNAPEL. Contribution à l'étude de la rétinite gravidique. — M. LÉGER. Contribution à l'étude des modifications des réactions pupillaires dans la syphilis. — M. MORAX. Les paralysies des mouvements associés des yeux. Etude clinique. La dissociation des activités volontaires et réflexe des globes oculaires.

Jury : MM. Claude, président ; Gougerot, Laignel-Lavastine, Chevallier. — M. PIGE. Contribution à l'étude de l'hyperérotisme. — M. BERNSTEIN. Sur la guérison de certaines urticaires par l'appendicectomie. — M. CREN. Conditions d'action des sels d'or dans la tuberculose cutanée. — Mlle PLUCER VEL PILICER. Contribution à l'étude de l'éprenve du rose bengale dans les diverses dermatoses et les maladies du sang. — M. GRUPPAN. Les adénites tuberculeuses de l'aine.

Mercredi 23 juin. — Jury : MM. Baudouin, président ; Lemierre, Tanon, Joannon. — M. LABARRÈRE. Considérations sur l'hormone mâle et sur le traitement des insuffisances génitales de l'homme. — M. BAILLARGEAT. L'ouabaïne administrée par voie interne et son association avec les sédatifs. — M. BLANC. Hygiène infantile en Basse-Bretagne au commencement du XIXe siècle. — M. JAFFRÉ. Contribution à l'étude de la prophylaxie du rhumatisme chronique et ses conséquences sociales. — M. JURIST. Etude pathogénique de la pellagre. — M. PERROSSIER. Les applications externes de mercuro-chrome en thérapeutique dermatologique.

Jeudi 24 juin. — Jury : MM. Chevassu, président ; Marion, Mocquot, Lantuéjoul. — M. SIEURIN. A propos du traitement des pyélonéphrites gravidiques et en particulier du traitement médical. — M. MEYER. Contribution à l'étude de l'ensablement du bassinet et de l'urètre. — M. THÉVENIN. Trophœdème vulvaire parallèle avec l'éléphantiasis. — M. BUFFET. A propos d'un cas de fistule pancréatique d'origine traumatique guérie par le traitement médical.

Jury : MM. Roussy, président ; Balthazard, Guillain, Duvoir. — M. GAUTHIER. La cataplexie. — M. BOULEY. Le fluor. Ses manifestations toxiques. Son rôle biologique. — M. LEFEUVRE. Sur l'établissement des statistiques de mortalité par cancer dans le département du Morbihan. — M. AUBRUN. L'état mental des Parkinsoniens. Contribution à son étude expérimentale.

Vendredi 25 juin. — Jury : MM. Gosset, président ; Grégoire, de Gaudart d'Allaines, Cadenat. — M. SIMON. Cancer de l'utérus. — M. DELORME. De l'ostéotomie cunéiforme appliquée au redressement des membres. — M. FONTAINE. La réfection des ligaments latéraux et croisés du genou. — M. GIL. Contribution à l'étude de la tuberculose de la clavicule. — M. GUY. Contribution à l'étude des complications chirurgicales et obstétricales des fixations utérines. — M.

SERGENT. Les syndromes aigus de l'abdomen simulant l'urgence chirurgicale.

Samedi 26 juin. — Jury : MM. Bezançon, président ; Lereboullet, Cathala, Lévy-Valensi. — Mlle MOREL. Pleurésie primitive et primo-infection tuberculeuse. — M. WEIL. Les attitudes de cure adjuvantes de la collapsothérapie au cours de la tuberculose pulmonaire. — Mlle LORAIN. L'étape initiale de la tuberculose pulmonaire dans la première année de la vie.

NOTES POUR L'INTERNAT

PNEUMOTHORAX TUBERCULEUX SPONTANÉ (1)

Enfin, le malade étant devenu transportable, on pourra pratiquer un examen radioscopique, qui montrera une *clarté excessive d'un hémithorax*, à tel point parfois qu'on ne distingue plus l'ombre des côtes.

Le moignon pulmonaire est refoulé sur le hile ou aplati le long du rachis ; il existe un déplacement inspiratoire du médiastin.

Les battements du cœur sont anormalement visibles.

Le diaphragme, du côté du pneumothorax, est paralysé et abaissé.

L'hémithorax est parfois légèrement distendu.

Enfin, à défaut de pouvoir examiner les lésions du poumon collabé, on examinera avec soin l'état du poumon opposé, et c'est :

— Sur son aspect,

— Sur la courbe de température,

— Sur l'existence ou la non-existence d'une phase d'imprégnation bacillaire,

— Sur le caractère bacillifère on non bacillifère de l'expectoration, si le malade expectore, que l'on pourra tenter de porter un premier pronostic, qui devra d'ailleurs toujours être réservé.

Evolution plus tardive :

Deux évolutions sont possibles à cette période :

1. *La résorption :*

Le poumon se rapproche progressivement de la paroi et l'épanchement gazeux disparaît.

Nous verrons d'ailleurs qu'il peut y avoir intérêt à entretenir un tel pneumothorax.

2. *La transformation en hydro-pneumothorax*, un épanchement liquide se surajoutant à l'épanchement gazeux.

Cette transformation est marquée :

— Parfois par un crochet thermique ;

— Toujours par une modification des signes physiques.

L'immobilité de l'hémithorax persiste ;

Le malade reste toujours couché sur le côté atteint ;

Le silence respiratoire persiste.

Mais :

1° Au tympanisme fait place une superposition de tympanisme et de matité séparés par une ligne horizontale.

2° Une succession hippocratique apparaît lorsqu'on secoue le malade.

Parfois même, c'est à distance qu'on entend un bruit de glouglou.

3° Le caractère amphorique du souffle, de la voix et de la toux disparaît dans la zone liquidienne.

De même, *radioscopiquement*, on a une image hydroaérique avec opacité de la base, niveau liquide horizontal ondulant avec les positions imprimées au malade, clarté excessive de la zone sus-jacente tout au moins dans la partie externe qui ne répond pas au poumon collabé.

Le phénomène de Kienbock consiste dans l'élévation paradoxale de l'hémidiaphragme dans l'inspiration.

A la ponction, on retire un liquide clair, citrin, séro-fibrineux, pauvre en fibrine, en général assez riche en B.K. Cet épanchement peut d'ailleurs se résorber spontanément au bout d'un temps variable.

D'autres fois, il devient trouble, contenant des leucocytes altérés, et même purulent.

C'est alors l'évolution d'une pleurésie purulente, tuberculeuse, chronique, dont le pronostic sera aggravé suivant :

— L'intensité des lésions pulmonaires associées ;

— La surinfection par des germes banaux, complication la plus grave qui entraîne presque toujours, malgré des ponctions répétées, des fistules cutanées, une fièvre oscillante, une véritable cachexie et la mort par dégénérescence amyloïde ou septicémie.

Une évacuation par vomique est possible, mais beaucoup moins fréquente.

Retentissement du pneumothorax sur la tuberculose :

Il nous reste maintenant à voir le rententissement du pneumothorax sur la tuberculose sous-jacente.

a) Le pneumothorax peut avoir une influence heureuse : la température baisse rapidement, l'expectoration diminue puis disparaît, le malade engraisse.

Il y a intérêt alors à entretenir le pneumothorax et à transformer ainsi ce pneumothorax spontané en pneumothorax thérapeutique.

b) D'autres fois, le pneumothorax a marqué une poussée évolutive de la tuberculose, qu'il ne suffit pas à enrayer.

Parfois il sera la cause déclenchante d'une bilatéralisation des lésions, d'un ensemencement à distance péritonéal ou méningé, d'une granulie.

c) Enfin l'hydro ou le pyopneumothorax, même s'ils guérisssent, laissent subsister des brides qui empêcheront ultérieurement un collapsus efficace.

On voit donc que, dans l'ensemble, le pronostic du pneumothorax doit toujours être réservé. C'est un accident grave au cours de l'évolution de la tuberculose.

FORMES CLINIQUES

1. La forme que nous avons décrite ne résume pas l'étude du pneumothorax révélateur d'une tuberculose ignorée.

Il existe des formes plus dramatiques encore : *le pneumothorax suffocant.*

Le tableau est très brutal, d'emblée dramatique.

C'est une asphyxie rapide.

La pression intra-pleurale est positive à +6 ou +10, et l'asphyxie vient du volume de l'épanchement ; on peut alors y remédier, au moins passagèrement, par des évacuations gazeuses, que l'on répétera au besoin.

D'autres fois, l'épanchement n'est pas très abondant ; ce n'est pas un pneumothorax « à soupape », mais c'est l'état du cœur ou du poumon opposé qui sont la cause de l'asphyxie, et le pronostic est encore plus grave.

Enfin, nous signalerons simplement le pneumothorax double, heureusement très exceptionnel.

Par contre, il existe *des formes atténuées*, à début insidieux et progressif, avec dyspnée modérée, ou bien les signes fonctionnels sont classiques, mais les signes physiques sont incomplets ou absents ; mais ces formes sont surtout le fait des pneumothorax survenant chez des tuberculeux avérés.

(A suivre.) J. FERROIR.

(1) Suite. Voir *Gaz. des Hôp.*, n° 48, du 9 juin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



CURE DE
DIURESE
EVIAN
SOURCE
CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE
GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE



PRIMUM NON NOCERE
NEVROSTHENINE
Aucune contrindication

N° 51. — SAMEDI 26 JUIN 1937. 110e ANNÉE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Facultés de médecine. — CONCOURS POUR L'OBTENTION DES BOURSES DE DOCTORAT EN MÉDECINE. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et de pharmacie, le lundi 19 juillet 1937.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la Faculté près laquelle ils désirent subir les épreuves du concours. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui pendant lequel les candidats auront accompli leur service militaire. Les registres d'inscription seront clos le 10 juillet 1937, à seize heures.

Il est rappelé que seuls sont admis à concourir les étudiants ayant obtenu la moyenne 7 à l'ensemble des épreuves de l'examen de fin d'année.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Froment, professeur de pathologie interne, est transféré, à compter du 1er octobre 1937, dans la chaire de clinique médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon (dernier titulaire : M. Paviot).

Guerre. — Le médecin colonel Goursolas est promu au grade de médecin général, en remplacement du médecin général Couturier, placé dans la section de réserve.

Le médecin général Goursolas est nommé directeur du S. S. de la 17e région, à Toulouse.

— M. le médecin colonel Mathieu, directeur du S. S. de la division d'Oran, est nommé directeur par intérim du S. S. de la 16e région, à Montpellier.

Loi ayant pour objet la création de médecins, pharmaciens, dentistes et vétérinaires aspirants de réserve. — Voici le texte de la loi, que publie le *J. O.* du 22 juin 1937 :

Art. 1er. — Par modification aux dispositions du troisième alinéa de l'article 2 de la loi du 17 mars 1936, les jeunes gens dont la nomination au grade de médecin ou de pharmacien sous-lieutenant de réserve, de dentiste sous-lieutenant de réserve, de vétérinaire sous-lieutenant de réserve, doit, par application des dispositions du premier alinéa de l'article précité, être différée de six mois, seront nommés au grade de médecin, pharmacien, dentiste ou vétérinaire aspirant de réserve.

Art. 2. — Les médecins, pharmaciens, dentistes et vétérinaires aspirants de réserve bénéficieront des dispositions de la loi du 5 août 1936 créant le grade d'aspirant de réserve.

Ligue nationale française contre le péril vénérien. — M. Ellis Hudson fera le 1er *juillet, à 17 heures*, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, une conférence sur : *le béjel, la syphilis arabe de la région de l'Euphrate* (avec projections et démonstrations, sous la présidence de M. le professeur Levaditi.

L'orientation professionnelle scolaire. — La Commission de l'Enseignement de la Chambre des députés a reçu en audience les représentants du Corps médical venus exposer leur point de vue sur l'orientation professionnelle scolaire.

Le docteur Godlewski, secrétaire général de l'Assemblée française de médecine générale, précisant qu'il parlait au nom d'une association qui groupe les délégués de 54 sections départementales, rappela que dans une réunion récemment tenue à Paris, sous la présidence du docteur Georges Duhamel, l'Assemblée de médecine générale avait repoussé, comme n'ayant pas une base rigoureusement scientifique, l'orientation professionnelle scolaire, et avait conclu que

l'orientation d'un lycéen de 12 à 13 ans est une impossibilité physiologique.

Le docteur d'Ayrenx, au nom du Syndicat médical de Paris, a soutenu la même opinion et déclaré que « tant qu'un collégien n'est pas parvenu à l'âge adulte, on ne peut prévoir quelle carrière il sera capable de parcourir ».

Journée médicale internationale de laryngologie. — Réunion médicale ayant pour but de rassembler les principales données théoriques et pratiques concernant la voix parlée, et plus spécialement la voix chantée.

Le docteur André Castex et le docteur L. Labarraque ont organisé une Journée médicale, qui aura lieu le 13 juillet 1937.

Prière d'adresser au docteur L. Labarraque, 78, rue de Miromesnil, Paris (8e), les demandes de renseignements et la cotisation de 50 fr. qui donne droit : 1° à une carte personnelle avec entrée gratuite à l'Exposition, pendant la « Semaine du Chant » (du 11 au 19 juillet 1937) ; 2° à assister à toutes les manifestations techniques ou artistiques du Congrès international du chant ; 3° à communiquer et à discuter pendant les séances de la Journée médicale ; 4° à une réduction de 50 p. 100 environ, sur tous les chemins de fer français.

Académie Duchenne de Boulogne. — Le prix annuel de dix mille francs décerné par l'Académie Duchenne de Boulogne au travailleur indépendant, de nationalité française, dont l'œuvre ou la création, ayant trait aux sciences médicales, sera jugée la meilleure, sera attribué le premier jeudi de décembre 1937.

Les mémoires inédits et non encore récompensés (dactylographiés en double exemplaire) devront être adressés au Secrétariat de l'Académie, au Centre Marcellin-Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, Paris, avant le 1er octobre 1937.

COURS ET CONFÉRENCES

Hygiène et clinique de la première enfance (Clinique Parrot), Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, Paris. — Un cours de révision et de perfectionnement aura lieu à la Clinique Parrot (Hospice des Enfants-Assistés), et sera consacré à l'hygiène, à la clinique et au traitement des maladies de la première enfance, du 30 juin au 10 juillet 1937, sous la direction de M. le professeur Lereboullet, avec le concours de MM. Cathala et M. Lelong, agrégés, médecins des hôpitaux ; de MM. Benoist, Bohn, Garnier, Gavois, Gournay, Joseph, Mme Wertheimer, chefs et anciens chefs de clinique ; M. Aimé, électroradiologiste des hôpitaux ; M. Detrois, chef de laboratoire, et de MM. Baize, Saint-Girons et Roudinesco, assistants du service.

Chaque matin, de 9 h. 45 à midi, visite dans les salles, présentation de malades et leçons.

De 16 h. 30 à 18 heures, leçons et exercices pratiques ou visites à divers établissements de puériculture ou laboratoires de biologie.

Sont admis à ce cours les docteurs en médecine, les étudiants en médecine français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement.

Droit d'inscription : 200 francs. Les bulletins de versement du droit sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures.

L'inscription à ce cours doit être annoncée à M. le chef de laboratoire des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, avant le 25 juin, le cours ne devant avoir lieu que s'il y a un nombre d'élèves suffisant.

Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine. — Cours complémentaire sur les *Intoxications et carences digestives*, sous la direction du professeur Maurice Lœper et du docteur André Lemaire, agrégé, médecin des hôpitaux.

Ce cours comportera des leçons didactiques, des démonstrations et épreuves pratiques et aura lieu du 28 juin au 10 juillet. — Le matin, de 11 h. à midi, à l'amphithéâtre Hayem. — Le soir, de 3 heures à 4 heures, au laboratoire de la clinique.

Aucun droit d'inscription n'est exigé pour ce cours. Sont admis les médecins français et étrangers et les étudiants en médecine. Le nombre des auditeurs devant être limité, on peut dès maintenant s'inscrire au secrétariat de la Faculté.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris — Cours de vacances 1937, du 12 au 27 juillet, à l'hôpital maritime de Berck. 14 leçons sur les tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires et quelques sujets d'orthopédie, par M. André Richard, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef des hôpitaux Lannelongue et Maritime de Berck. Avec la collaboration de MM. E. Sorrel, chirurgien de l'hôpital Trousseau, ancien chirurgien de l'hôpital maritime ; M. Lance, assistant d'orthopédie de l'hôpital des Enfants-Malades ; G. Huc, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph ; Bouquier, chirurgien assistant de l'hôpital Lannelongue ; Delahaye et Allard, chirurgiens assistants de l'hôpital maritime ; M. Mozer et M. Parin, chefs des laboratoires de bactériologie et de radiologie de l'hôpital maritime.

Les cours auront lieu chaque jour à 14 h. 30. Les matinées seront consacrées aux opérations ou à la confection d'appareils plâtrés. Les après-midi seront consacrés aux visites de malades, aux démonstrations de laboratoire (Mlle Poidevin, chef adjoint), à la gymnastique orthopédique, à la mécanothérapie (M. de Cagny, moniteur).

La première réunion aura lieu le 12 juillet, à 9 h. 30, à l'hôpital maritime, et sera suivie d'une visite des différents services de l'hôpital.

Il sera perçu un droit de 300 francs à l'ouverture du cours.

(En sont dispensés les internes en exercice des hôpitaux de Paris.)

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Delahaye, à l'hôpital maritime, à Berck-Plage (Pas-de-Calais).

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », paru dans la *Presse Médicale*, du 13 février dernier, Henri BARTH, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février dernier, le Dr DANI-HERVOUET a donné communication à la Société Médicale des Praticiens, de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée**, expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Il est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Pr BINET et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple**, moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes* ; **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles.*

REVUE GENERALE

La luxation double verticale de l'os iliaque [1]

Par M. Robert GARRAUD
ex interne des hôpitaux de Lille

Le squelette du bassin forme un bloc ostéo-cartilagineux si intimement soudé qu'il paraît impossible à une luxation pubo-méniscale de ne pas retentir sur la symphyse sacro-iliaque et inversement. De fait les disjonctions isolées des pubis ou de chacune des sacro-iliaques sont exceptionnelles ; et même, à dire vrai, ces quelques observations ne résistent guère à la discussion. Toute luxation de l'os iliaque est donc double, le plus souvent, ou, pour le moins, une entorse sacro-iliaque est associée à une luxation pubienne.

L'ascension de la crête iliaque s'observe fréquemment au cours de toutes les disjonctions pubiennes, qu'elles soient en dehors ou en dedans. Mais dans la plupart de ces cas, c'est une entorse sacro-iliaque seulement qui est associée à la luxation antérieure : la charnière sacro-iliaque s'est entr'ouverte, tout au plus l'os coxal a-t-il un peu basculé en arrière. Dans la lésion qui nous intéresse au contraire, la luxation est double : l'os coxal a perdu ses points de contact habituels, à la fois en avant avec l'os coxal opposé et en arrière avec le sacrum.

Nous désignerons donc sous le nom de luxation double verticale de l'os iliaque (terme proposé par Lapointe en 1927, par analogie avec les fractures doubles verticales) les luxations de l'os iliaque dans lesquelles, par suite de la rupture de la symphyse pubienne et de l'arrachement des ligaments sacro-iliaques, il se produit une ascension de toute une moitié du bassin.

L'histoire de cette variété de luxation se confond avec celle des luxations du bassin en général.

Mais si Guibé, dès 1911, individualisait les « ruptures traumatiques des trois symphyses du bassin » ; si, à la suite de Bérard, de Maisonnet, de nombreux auteurs se sont attachés à l'étude de la disjonction du pubis, véritable luxation en dehors de l'os iliaque, il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude sur les luxations en haut de l'os iliaque.

Rouvillois, Maisonnet et Salinier dans leur remarquable travail sur les « disjonctions et luxations du bassin », paru en 1930, dans la *Revue de Chirurgie*, estiment qu'il est préférable de faire une étude d'ensemble de ces luxations, aussi groupent-ils à la fin de leur mémoire sous une seule rubrique toutes les luxations de l'os coxal, qu'elles soient en haut, en dedans ou en arrière.

La luxation double verticale, avec dénivellement pubo-pubien et sacro-iliaque, nous a paru avoir suffisamment de caractères anatomiques et cliniques propres pour pouvoir être individualisée. De plus, nous verrons que ces luxations sont justiciables d'un traitement particulier.

Nous limiterons notre sujet à l'étude des luxations d'un seul côté. Les ruptures traumatiques des trois symphyses du bassin peuvent évidemment donner des luxations doubles verticales bilatérales des os iliaques. Mais la mise au point de Guibé reste toujours d'actualité pour ces énormes traumatismes.

ETIOLOGIE ET MECANISME

Les causes déterminantes des luxations doubles verticales de l'os iliaque peuvent être groupées en deux catégories. Toutes les observations nous apprennent en effet que la disjonction a suivi soit un *écrasement*, soit une *chute* d'un lieu élevé sur les pieds ou sur l'ischion.

Le plus souvent l'écrasement est provoqué par une roue de chariot qui passe sur le bassin du sujet, plus rarement le blessé a été soit coincé entre le sol et son cheval (Maisonnet et Merz), soit pris dans un éboulement (Grimbach).

La chute sur les pieds ou sur l'ischion est une cause moins fréquente. Il est à remarquer que la chute sur l'ischion est plus souvent génératrice de luxations en haut que la chute sur les talons.

Mais dans tous les cas *le traumatisme doit être d'une grande intensité.*

Le blessé est tombé d'un lieu élevé : celui de Alph. Michel avait fait une chute d'une hauteur d'environ 12 mètres au fond de la cale d'un bateau ; celui de Curtillet et Bordes était tombé d'un 3e étage.

Ou bien le blessé a été projeté avec violence sur le sol : le sujet de l'Observation I de Jeanneney et Fourmestraux avait été projeté hors d'une auto découverte dans un virage.

Dans les cas d'écrasement le traumatisme est aussi considérable. Le blessé de Swynghedauw et Brabant avait roulé sous son fardier ; celui de Lamare et Larget après avoir été renversé par un tramway fut poussé par la partie avant de la voiture et traumatisé par le chasse-pierre ; un accident de chemin de fer était cause de la luxation double verticale de l'os iliaque du blessé qu'observa Louis Bazy.

L'écartèlement, qui produit surtout les disjonctions des cavaliers, ne nous a pas paru être générateur de luxations vers le haut.

Il faut remarquer de plus que :

1° Il s'agit presque toujours de sujets adultes et bien musclés, exceptionnellement d'enfants (Finsterer : 12 ans).

2° Nous n'avons pas relevé d'observation se rapportant à des femmes.

3° Le plus souvent dans les luxations secondaires à une chute, on peut situer à la région ischiatique le point d'application de la force qui a déterminé la luxation. L'observation d'Alph. Michel est particulièrement démonstrative à cet égard.

Nous croyons que ce point de détail a une grande valeur pour expliquer le mécanisme de ces luxations. Pourquoi en effet ces os ne se fracturent-ils pas ?

S'il est permis d'invoquer certaines causes favorisantes : grande résistance osseuse (indubitable) et au con-

(1) N. D. L. R. Ce travail était à l'impression lorsque a paru le mémoire de Sandro Bürgi. Contribution à l'étude des luxations de l'os coxal. *Journal de Chirurgie*, t. 49, n° 4, avril 1937, p. 536-561.

traire fragilité ligamentaire, il n'en persiste pas moins que l'on peut expliquer facilement le mécanisme de production de ces luxations, en étudiant l'action des différentes forces qui résultent des traumatismes.

I. Prenons tout d'abord le cas le plus simple : la *chute d'un lieu élevé sur l'ischion*, point déclive et particulièrement exposé. On peut schématiquement donner trois directions à la force traumatique s'exerçant sur l'ischion ; elle est soit verticale, soit oblique en avant, soit oblique en arrière.

a) Force verticale. Des travées osseuses très résistantes transmettent la force à l'articulation sacro-iliaque, les ligaments cèdent et l'aile iliaque en filant vers le haut, tire sur la symphyse pubienne qui se rompt à son tour.

b) Force oblique en haut et en arrière. La luxation se conçoit encore mieux, car cette force peut être considérée comme la résultante de deux forces : l'une verticale qui agit comme précédemment pour produire la disjonction sacro-iliaque, l'autre horizontale, dirigée en arrière, qui facilite la rupture pubienne. Le pubis luxé passe en arrière de la symphyse.

c) Force oblique en haut et en avant. Le mécanisme est identique mais le pubis luxé devrait passer en avant de la symphyse. Mais la facette auriculaire du sacrum fait butée et la luxation ne doit pas pouvoir se produire.

II. Etudions maintenant le mécanisme de production des luxations doubles verticales dans l'autre condition : *l'écrasement.*

Celui-ci peut s'exercer suivant le diamètre antéro-postérieur ou suivant le diamètre transversal. Disons tout d'abord qu'il ne peut s'agir de force perpendiculaire à la circonférence du bassin car dans ces cas, il se produirait des fractures suivant les mécanismes connus. Par contre, supposons une force oblique en haut, en arrière et en dehors, appliquée au niveau de la symphyse pubienne (c'est le cas d'une roue de chariot passant obliquement sur la symphyse). Cette force se décompose 1° en une force horizontale dirigée en dehors qui provoque la dislocation pubienne (l'os coxal est déplacé en arrière), le pubis en s'écartant en dehors, entraîne la rupture des ligaments sacro-iliaques antérieurs ; et 2° en une force verticale qui, transmise à la sacro-iliaque, détermine la luxation de l'os coxal vers le haut.

Soit maintenant une force appliquée sur la face latérale de l'os coxal, oblique en haut, en dedans et en arrière, l'autre moitié du bassin étant fixée (c'est ce qui se produit dans un éboulement par exemple), il ne peut y avoir luxation que si l'os coxal peut filer en arrière du sacrum.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Adoptant le plan de Rouvillois, Maisonnet et Salinier, nous décrirons d'abord les lésions de la ceinture pelvienne, puis celles des différents organes que le déplacement de l'os coxal peut léser.

I. — Lésions de la ceinture pelvienne

A. Déplacements osseux. — Dans la luxation double verticale de l'os iliaque il y a à la fois disjonction et ascension de l'os coxal.

a) Disjonction. — L'os coxal s'est déplacé en dehors. « Le bassin s'ouvre comme un livre » (Rouvillois, Maisonnet et Salinier), l'articulation sacro-iliaque sert de charnière. Le bâillement pubo-pubien est en général minime.

b) Ascension. C'est là le fait capital. Nous distinguerons deux degrés dans cette migration de l'os coxal.

1° *La subluxation.* Le type en est fourni par l'observation I de Jeanneney et Fourmestraux. Il n'existe qu'une ascension de quelques millimètres de l'os coxal, suffisante pour donner une marche d'escalier pubienne nette et un dénivellement entre l'aileron sacré et la fosse iliaque interne.

2° *La luxation vraie.* On observe un double dénivellement, l'un de plusieurs centimètres entre les pubis (2-4 cm.), un second, plus ou moins marqué, au niveau de la sacro-iliaque (2-3 cm.) et celle-ci est plus ou moins entr'ouverte.

L'aile iliaque est remontée de plusieurs centimètres. L'épine iliaque antéro-supérieure se trouve ainsi rapprochée de l'ombilic. Suivant la variété de luxation elle est rapprochée ou éloignée de la ligne médiane. Mais le pubis du côté luxé passe en général en arrière du pubis sain, ce qui entraîne une diminution du diamètre transverse du bassin.

B. Lésions ligamenteuses. — On ne s'est préoccupé jusqu'à ce jour que de la dislocation antérieure, aussi les lésions de la symphyse pubienne sont-elles les mieux connues.

1° *Symphyse pubienne.* — En cas de subluxation, les ligaments sont simplement étirés.

Lorsqu'il y a luxation vraie la déchirure ligamentaire accompagne la rupture du cartilage méniscal. Celle-ci siège rarement au milieu de l'articulation. Le plus souvent elle se trouve au niveau du pubis luxé ; à celui-ci ne reste adhérent qu'un minime fragment cartilagineux alors que la plus grande partie du cartilage symphysaire et des ligaments sont restés adhérents au pubis sain (Obs. de Larget et Lamare). Ces déchirures ligamentaires peuvent se cicatriser. Mais la mise au point de cette question n'a pas encore été faite. En effet, si Rudaux estime que « la cicatrisation se fait par un épaississement des fibres, il se forme une masse fibreuse, comme lardacée, dure et solide, jouant le rôle de cal. Celle-ci peut être tellement exubérante qu'elle diminue le diamètre promonto-pubien », d'autres auteurs estiment que la cicatrisation est due à la formation de cartilage entre les deux symphyses.

2° *Symphyse sacro-iliaque.*

Les lésions sont toujours moins marquées.

Il y a tout d'abord atteinte des ligaments sacro-iliaques antérieurs. Ils cèdent en premier lieu dans le haut de l'interligne, endroit où les deux os sont presque uniquement réunis par un pont périostique. A ce stade l'articulation sacro-iliaque bâille simplement. Il est nécessaire que les ligaments postérieurs soient arrachés à leur tour pour que la luxation double verticale soit réalisée.

Mais ces puissants ligaments arrachent souvent avec eux quelques esquilles osseuses : apophyse transverse du sacrum (Copper), parcelle d'os iliaque (Pol-

lock, Dolbeau), partie postérieure de la facette articulaire de l'os coxal (Dubreuilh). Ce sont là de simples arrachements péri-articulaires sans importance, qui n'empêchent pas ces cas de rentrer dans le cadre des luxations et non dans celui des fractures (Guibé).

3° *Ligaments à distance.*

Parmentier a signalé l'arrachement des ligaments ilio-lombaires, Dolbeau et Parmentier celui du ligament sacro-sciatique. Pollock et Guibé l'arrachement ou la désinsertion du ligament sous-pubien.

II. — Lésions des parties molles

Nous n'avons pas noté dans nos observations de lésions de la *peau* dans le voisinage des symphyses pubiennes ou sacro-iliaques du côté luxé. Il s'agissait donc toujours de *luxations fermées.*

Les *lésions périnéales* prennent une importance capitale. Sans parler de l'infiltration du périnée par un hématome toujours volumineux et diffus, infiltration presque constante, on a pu observer la désinsertion des muscles périnéaux de l'une des branches ischio-pubiennes. C'est d'ailleurs une circonstance favorable car l'urètre, débarrassé de ses attaches d'un côté, a moins de chance d'être déchiré. Dans le cas, au contraire, où les aponévroses périnéales résistent, on observe plus souvent des lésions urétrales.

III. — Lésions associées

a) Lésions osseuses.

Elles peuvent être de deux sortes :

1° Tantôt il s'agit de fractures parcellaires, sans déplacement. Elles siègent le plus souvent sur l'ischion. Plus rarement sur le pubis, au niveau de l'éminence ilio-pectinée. Ces fractures sont sans importance. Elles ne gênent pas la réduction et ne nécessitent aucun traitement spécial.

2° Tantôt la fracture passe au premier plan. Les disjonctions pubiennes et sacro-iliaques sont d'importance secondaire. Ces fractures associées à des luxations dépassent le cadre de notre travail et nous n'y insisterons pas plus.

b) Lésions vasculaires.

Nous n'avons pas relevé de lésions artérielles, ce qui se conçoit d'ailleurs aisément, les déplacements dans le sens vertical ne dépassant jamais quelques centimètres et se faisant toujours vers l'origine des gros vaisseaux, donc sans entraîner de tiraillement.

Par contre, les lésions veineuses sont très fréquentes, les ruptures des plexus péri-vésicaux et périnéaux étant à l'origine des hématomes importants observés.

c) Lésions nerveuses.

Sans être très fréquentes, elles méritent cependant d'être prises en considération.

Les troubles observés, immédiats et tardifs, siègent dans le domaine du sciatique et du crural.

Le sciatique est, en effet, au niveau de la dislocation sacro-iliaque, tendu comme une corde de violon sur son chevalet.

Le nerf obturateur, qui a la plus grande distance à parcourir, est le plus allongé dans les luxations avec un diastasis antérieur important.

d) Lésions viscérales.

1° *De l'appareil digestif.*

Ce sont parfois des lésions concomitantes, traduisant simplement l'intensité du traumatisme (déchirures intestinales). Mais dans d'autres cas, plus rares d'ailleurs, des lésions de l'appareil digestif peuvent trouver leur cause dans le bouleversement anatomique produit par la luxation iliaque. C'est ainsi que dans une observation de Marquis nous relevons, en même temps qu'une plaie vésicale, l'existence d'une rupture du périnée ayant entraîné une déchirure du sphincter anal et du rectum.

2° *De l'appareil urinaire.*

Les plaies de l'appareil urinaire associées aux lésions pelviennes d'origine traumatique sont fréquentes et ont retenu depuis longtemps l'attention des chirurgiens.

Il est curieux de constater, tout d'abord, que la rupture vésicale ou urétrale n'est pas forcément associée aux plus grandes disjonctions symphysaires. C'est ainsi que dans les cas de Murville, Patel, Bérard, Courboulés, de Fourmestraux où la distance entre les deux pubis atteignait de 6 à 8 cm., aucune lésion urinaire ne se manifesta. Au contraire, dans d'autres observations où pourtant le déplacement fut minime, on trouve des lésions importantes de la vessie et de l'urètre.

Cette question des lésions urinaires dans les luxations iliaques a été particulièrement étudiée par Rafin en 1922, au Congrès de l'Association française de Chirurgie.

Nous nous rallierons à ce sujet aux conclusions de Rouvillois, Maisonnet et Salinier :

1° Les lésions de l'appareil urinaire sont d'autant plus fréquentes que le déplacement des os du bassin est plus considérable.

2° Les ruptures de l'urètre s'observent le plus souvent dans les cas où il existe une ascension notable de l'os coxal. Les tractions qui, dans ce cas, s'exercent à leur maximum sur le périnée en donnent l'explication.

3° Les lésions vésicales s'observent surtout dans les disjonctions pubiennes.

ETUDE CLINIQUE

La luxation double verticale de l'os iliaque est, dans sa forme typique, la dislocation la plus importante du bassin. Aussi ne faut-il pas être surpris de voir *l'état de shock intense* constituer la manifestation clinique dominante à la période de début.

Il s'agit presque toujours d'un homme robuste, qui vient d'être victime d'un traumatisme important, dans les conditions que nous avons rapportées plus haut.

L'attention est tout d'abord attirée par le shock que présente le blessé. Un examen sommaire indiquera qu'il n'y a pas d'indication opératoire urgente (hémorragie, déchirure intestinale) et on se contentera d'instituer un traitement antichoc énergique. Lorsque la tension est relevée, lorsque le blessé est réchauffé, on reprend l'examen.

— Celui-ci révèle tout d'abord une *impotence fonctionnelle* des membres inférieurs avec *hyperesthésie* et *parésie d'un côté.*

— On constate aussi des *ecchymoses* multiples. Les unes se trouvent au point d'application du traumatisme, sur la paroi abdominale le plus souvent. Les autres signent l'existence de déchirures ligamentaires ou osseuses et siègent dans la région pubienne, le périnée et la fossette lombo-sacrée.

Salinier a signalé dans ces traumatismes du bassin, un signe qui mérite d'être recherché : *l'ascension des testicules aux anneaux.*

En raison de l'impotence fonctionnelle on examine tout d'abord les membres inférieurs.

On note d'un côté un *raccourcissement apparent du membre inférieur* qui se trouve le plus souvent en *rotation externe.*

Mais en examinant le bassin, on est frappé par son *asymétrie.* D'une part, il est *élargi* (écartement des symphyses pubiennes), ou *rétréci* (luxation du pubis en dedans). D'autre part, il est *agrandi* dans le sens de la hauteur (ascension iliaque).

Dans les cas typiques la crête iliaque du côté luxé remonte au voisinage des côtes inférieures.

La palpation du squelette du bassin s'impose, mais les *hématomes* volumineux la rendent difficile.

Plus la disjonction sacro-iliaque est importante, mieux la *mobilité anormale du bassin* est perçue.

La recherche du *diastasis pubo-pubien* n'est pas toujours aisée car un volumineux hématome a envahi la racine de la verge et les bourses. Aussi bien des fois ce diastasis n'a-t-il été reconnu que sur les radiographies ou au cours d'intervention.

Quant au *diastasis sacro-iliaque* il n'a jamais été mis en évidence cliniquement, un hématome comblant immédiatement la région et rendant impossible la perception d'une dénivellation osseuse.

Les *signes de Verneuil,* douleur à la pression transverse du bassin, et de *Larrey,* douleur à la pression excentrique, communs aux fractures et aux luxations, ne sont pas d'un grand intérêt. C'est une douleur surajoutée qu'il n'est pas nécessaire de faire supporter au blessé.

Le *toucher rectal* par contre présente un gros intérêt. Il permettra la localisation d'une *douleur exquise bipolaire,* d'une part à l'extrémité antérieure de l'os coxal, d'autre part à l'extrémité postérieure. Mais un épanchement sanguin recouvre encore ces régions et il ne sera pas facile de percevoir les dépressions inter-pubienne et inter-sacro-iliaque.

Le toucher vaginal est aussi d'une égale utilité.

L'état de choc, l'asymétrie du bassin, sa mobilité anormale, les renseignements fournis par le toucher rectal, feront soupçonner une dislocation du bassin, soit fracture, soit luxation. Mais entre les deux, la discrimination clinique n'est guère possible. Ce diagnostic pourra être confirmé par quelques mensurations et par la construction de *quelques axes du bassin,* mais c'est la radiographie qui, en définitive, tranchera la question.

Les *constructions géométriques* que l'on a coutume de tracer pour l'étude des lésions du membre inférieur permettront d'objectiver l'ascension iliaque, la disjonction pubienne et la disjonction sacro-iliaque.

1° *Signes d'ascension de l'os iliaque* (fig. 1).

a) Diminution de la distance appendice xyphoïde. Epine iliaque antéro-supérieure du côté lésé (en moyenne 2-4 cm.) et différence d'obliquité des 2 lignes.

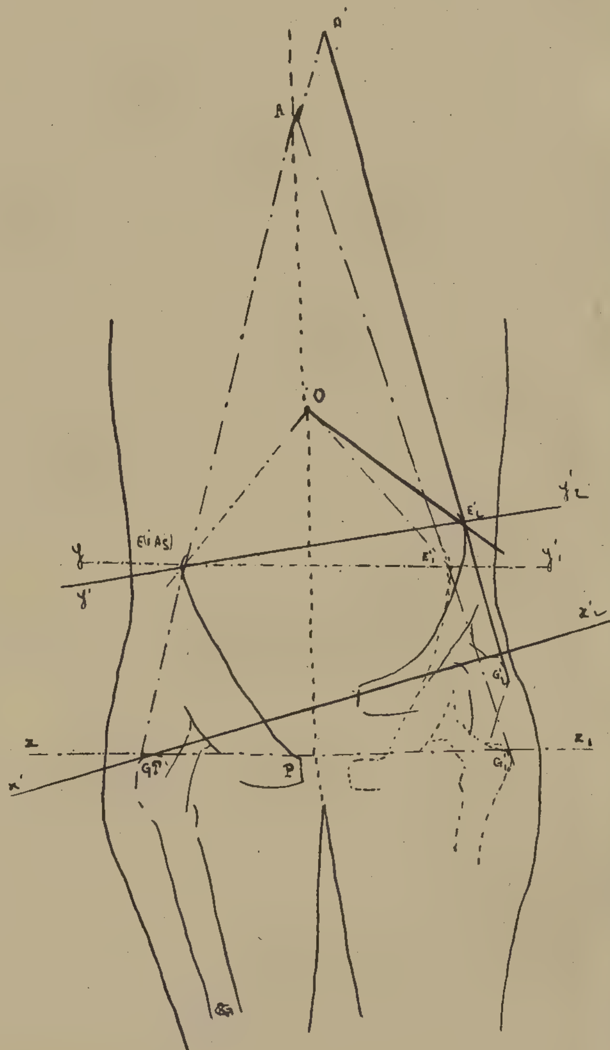


Fig. 1.

Côté droit. Côté sain.
Côté gauche. en .... l'os iliaque normal.
Côté gauche. en ———— l'os iliaque luxé.

On note :

a) le racourcissement et l'obliquité de OE'_2 ;
b) l'obliquité de la ligne bi-iliaque $y'y'_2$;
c) l'intersection des lignes de Schmœcker A'EG et $A'\ E'_2\ G'_2$ en dehors de l'axe du corps et plus haut que normalement ;
d) l'intersection du pubis luxé par la ligne bitrochantérienne $x'\ x'_2$.

b) Obliquité de la ligne bi-iliaque.

c) Intersection des lignes de Schmoecker spino-trochantériennes en dehors de la ligne médiane et plus haut que normalement.

d) Croisement du pubis luxé par la ligne de Peter, trochantéro-trochantérienne.

Signe négatif : il n'y a pas de raccourcissement du membre inférieur : les deux distances de l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la malléole interne sont égales.

2° *Signes de disjonction pubienne.*

Augmentation (luxation en dehors) ou diminution (luxation en dedans) de la distance : Epine iliaque antéro-supérieure ligne médiane.

3° *Signe de disjonction sacro-iliaque.*

Déformation du losange de Michaëlis (fig. 2).

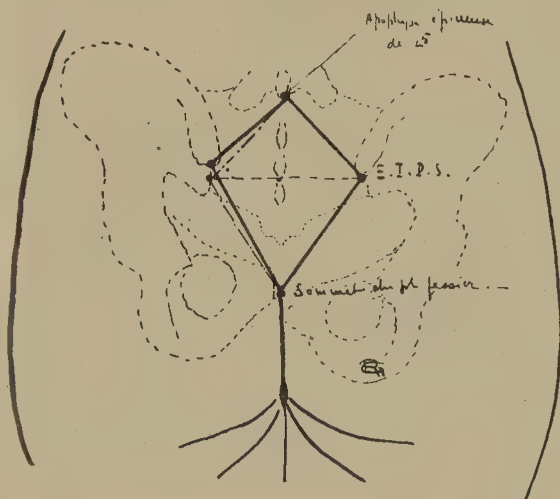


FIG. 2.

Déformation du losange de Michaëlis, due à l'ascension de l'épine iliaque postéro-supérieure.

En .... le losange normal.
En ———— le losange déformé.

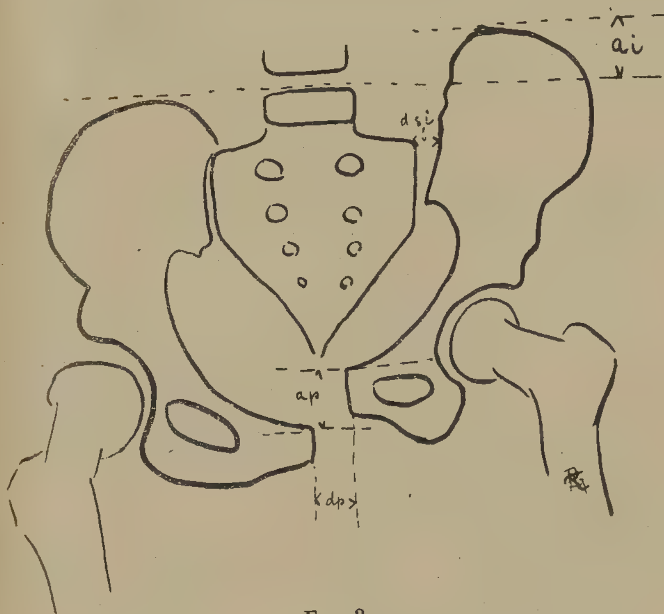


FIG. 3.

Luxation double verticale de l'os iliaque (schéma).

Noter :

1° L'ascension pubienne (ap);
2° L'ascension iliaque (ac);
3° Le diastasis pubien (dp);
4° Le diastasis sacroiliaque (dsi).

RADIOGRAPHIE (fig. 3). — L'examen radiographique devrait être réalisé de face, de profil et de trois quarts. Quand il s'agit du bassin on a l'habitude de ne prendre que des clichés de face, mais dans le cas qui nous intéresse les radiographies de profil et de 3/4 peuvent donner des renseignements importants. La radiographie de face montrera tout d'abord une dénivellation plus ou moins importante des symphyses pubiennes, le pubis luxé se trouvant soit en arrière, soit en dehors du pubis du côté sain, mais étant toujours surélevé par rapport à celui-ci. L'examen de l'articulation sacro-iliaque révèle une dislocation. La crête iliaque au lieu de se continuer, comme normalement, avec l'aileron sacré, le surplombe de plusieurs centimètres. C'est l'importance de cette ascension qui permettra de ranger la luxation dans une des deux catégories que nous avons indiquées, ce qui a son importance dans la conduite du traitement.

La radiographie de profil va nous montrer la position réciproque des deux pubis et précisera la hauteur du décalage d'une crête iliaque par rapport à l'autre.

Ainsi donc un examen radiographique systématique de tous les traumatismes importants du bassin permettra d'assurer un diagnostic de luxation double verticale de l'os iliaque, diagnostic que l'examen clinique n'aura pu, le plus souvent, que faire soupçonner.

Le *diagnostic* des luxations doubles verticales de l'os iliaque, doit passer par deux stades :

1° Localiser la lésion au bassin — donc éliminer les lésions du membre inférieur ;

2° Eliminer la fracture double verticale.

Localisation de la lésion au bassin.

1° La douleur maxima est haute, elle siège très en avant et très en arrière et non pas en dehors comme dans les fractures du col du fémur.

2° L'impotence fonctionnelle n'est pas absolue. Comme l'a fait remarquer Malgaigne, il suffit de maintenir solidement le bassin pour que le membre inférieur puisse se soulever.

3° Le raccourcissement du membre inférieur n'est qu'apparent. Les deux distances spino-malléolaires sont égales.

Mais devant ce blessé qui paraît présenter une dislocation du bassin, le premier réflexe du médecin devra être de *rechercher les lésions urinaires associées.*

Quelquefois le blessé aura présenté une *urétrorragie.* Ce sera une raison de plus pour s'assurer d'une asepsie parfaite et pour prendre les plus grandes précautions au cours du cathétérisme urétral, afin de ne pas agrandir une déchirure urétrale et faire une fausse route, Le cathétérisme sera d'abord fait avec une bougie exploratrice.

Si l'on ne perçoit aucun obstacle, ou il n'y a aucune lésion vésico-urétrale ou il y a une *déchirure de la vessie.* Dans ce cas, une sonde laissée à demeure après avoir donné issue à un peu d'urine mélangée de sang, ne donnera plus rien au bout de quelques instants, l'urine s'écoulant dans la cavité abdominale ou dans la loge prévésicale.

Si l'on perçoit un obstacle et si l'exploration détermine une nouvelle urétrorragie, il existe une *déchirure de l'urètre membraneux.* Si une sonde ne passe pas facilement, il est inutile d'insister, mieux vaut pratiquer la cystostomie sus-pubienne d'urgence.

Dans les cas où il n'existe aucune lésion vésico-urétrale il ne faut pas s'inquiéter de la *rétention d'urine* qui est très fréquente dans tous les traumatismes du bassin. Elle cédera en quelques jours.

Reste le diagnostic entre fracture et luxation de l'os iliaque. L'examen clinique ne peut que fournir des présomptions, seule la radiographie montre le trait de fracture ou au contraire l'ascension en bloc de tout l'os coxal.

TRAITEMENT

Le chirurgien en présence d'une luxation double verticale de l'os iliaque doit lutter contre : 1° l'état de shock ; 2° les complications urinaires ; 3° l'ascension de l'os iliaque.

Nous ne pouvons étudier ici que le traitement de la lésion causale. Certes le traitement des complications urinaires est d'une importance primordiale, mais son étude nécessiterait un développement spécial et nous ne pouvons l'entreprendre dans le cadre de ce travail.

Le problème qui se pose à nous est complexe : réduction de la luxation sacro-iliaque, réduction de la luxation pubienne, contention. Il apparaît d'autant plus difficile que des masses musculaires importantes brident ces déplacements, que les surfaces articulaires décalées sont rugueuses, que l'on manque de prise directe sur l'os coxal pour faire la réduction et la maintenir.

Aussi ne faut-il pas s'étonner que nombre d'auteurs aient abandonné toute tentative de réduction, comptant sur la réduction spontanée (elle se serait produite cas de Salleron, mais nous manquons de preuves radiographiques) ou supputant que le faible décalage sacro-iliaque n'entraînera ni boiterie, ni douleur sacro-lombaire.

Or l'expérience montre que dans bien des cas, la persistance de la moindre subluxation est le point de départ de douleurs sacro-lombaires durables et certains malades, avec un décalage pourtant minime, sont devenus de véritables impotents.

Il faut donc tenter cette réduction. Deux méthodes s'offrent : ou la réduction simultanée des deux luxations (sacro-iliaque et pubo-pubienne) ou la réduction successive de l'une puis de l'autre.

De prime abord il peut apparaître comme manifeste qu'il vaut mieux commencer par réduire la luxation sacro-iliaque, car une fois l'os coxal remis dans ses gonds en arrière il sera facile de ramener la branche pubienne luxée au contact de la branche fixe, de même qu'on ferme une porte. L'expérience ayant montré que même pratiquée dans ces conditions, la réduction était très souvent impossible, nous pensons que le chirurgien doit d'abord se livrer à la recherche du mécanisme de la luxation (voir plus haut : chapitre étiologie) et tâcher de faire reprendre à l'os coxal une marche inverse de celle qu'il a prise pour se luxer. Si le déplacement a commencé par une luxation pubo-pubienne pour se terminer par une ascension sacro-iliaque, il faut d'abord remettre les surfaces articulaires de la sacro-iliaque en bonne position puis réduire le déplacement pubo-pubien.

Inversement, s'il y a d'abord eu luxation sacro-iliaque, il faudra commencer par réduire la luxation pubienne. Il est plus facile ainsi de faire parcourir en sens inverse le même chemin aux surfaces articulaires. On fait une tentative de réduction de logique et non de force.

La méthode orthopédique doit être utilisée lorsqu'il est possible de faire une tentative de réduction précoce. On peut avoir recours soit à des pressions directes sur l'os iliaque, exercées sous anesthésie générale et dirigées en sens inverse de la force qui a provoqué la luxation ; le bassin du côté opposé étant solidement maintenu par un ou deux aides.

Mais étant donné le peu de prise que l'on a sur la côte iliaque on ne peut guère attendre de résultat favorable.

L'extension continue sera appliquée soit sur un appareil plâtré qui prendra tout le membre inférieur (il faudra alors mettre des poids considérables car une grande partie de la force de traction est perdue), soit directement sur le membre, le blessé reposant sur une table de radiographie à inclinaison variable, et le poids du corps faisant contre-extension, soit à l'aide d'une broche ou d'un fil de Kirschner.

Nous pensons qu'alors le moyen d'avoir la traction la plus efficace consiste à passer le fil à travers le trou obturateur ou dans le massif ischiatique suivant une technique que nous préciserons dans un prochain travail.

A vrai dire, on n'est en droit d'attendre quelque résultat de ces réductions orthopédiques que lorsqu'on les applique de bonne heure, avant que se soit produite l'ossification des ligaments articulaires.

Dans les cas où la réduction orthopédique n'aura pu être tentée ou aura échoué, il faudra avoir recours au traitement sanglant. C'est là une opération sérieuse car une fois l'articulation sacro-iliaque découverte à sa partie postérieure, il faut déployer bien souvent une force considérable pour réduire la luxation. Si les tissus péri-articulaires paraissent s'être déjà organisés, il faudra les inciser jusqu'à la jonction articulaire et si besoin, ouvrir celle-ci. Et d'ailleurs dans bien des cas malgré l'emploi du davier de Lambotte, la réduction n'a pu être obtenue ou ne l'a été qu'incomplètement.

Une fois l'articulation sacro-iliaque reconstituée dans ses rapports normaux, encore faut-il l'y maintenir. Si la luxation ne paraît pas avoir grande tendance à se reproduire, il pourra suffire d'appliquer un appareil plâtré maintenant solidement les crêtes iliaques, mais on risque de voir l'ascension de l'os coxal se reproduire.

La force transmise au bassin est trop diminuée pour pouvoir attendre une contention parfaite d'un appareil à extension continue.

Aussi dans la plupart des cas, faudra-t-il avoir recours à l'ostéosynthèse. Celle-ci pourra être réalisée à l'aide de greffons osseux placés horizontalement sur l'interligne articulaire ou même verticalement comme Rocher et Pouyanne viennent de le faire (1).

Sacrum et os coxal pourront aussi être solidarisés par un cerclage avec un fil métallique ou mieux encore par une vis enfoncée au niveau de la fosse iliaque postéro-externe et s'enfonçant dans le sacrum. On peut encore unir les deux épines iliaques postéro-

(1) ROCHER et POUYANNE. *Journal de médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, sept. 1936, numéros 25-27 et in TH. CAPPONI, Bordeaux, 1936, n° 63.

supérieures l'une à l'autre par un greffon osseux ou par une tige métallique boulonnée à ses deux extrémités.

La réduction de la luxation sacro-iliaque obtenue, il sera le plus souvent facile de ramener les 2 pubis au contact l'un de l'autre et de les maintenir par un solide appareil plâtré ou par une large ceinture de cuir serrée. Les deux membres inférieurs seront ensuite réunis l'un à l'autre. Dans les cas où le diastasis inter-pubien sera plus important, il faudra avoir recours à la réduction sanglante. Ses indications et ses techniques ont été maintes fois discutées et nous ne voulons y revenir. Suivant les tendances de chacun, le maintien des 2 pubis sera obtenu par une simple suture aux fils, par des agrafes de Jacoël-Dujarier ou par des greffes osseuses.

La durée d'immobilisation est différente suivant la méthode employée. Si l'on a pratiqué une réduction orthopédique simple ou une extension continue, il faudra attendre plus de 3 mois avant de permettre la marche. Si l'on a pratiqué une ostéosynthèse osseuse ou métallique, 2 à 3 mois doivent être suffisants.

Nous nous sommes efforcé dans cette étude de dégager le mécanisme et la symptomatologie des luxations doubles verticales de l'os iliaque, d'indiquer les grandes lignes de leur traitement. Nous sommes persuadé qu'on en trouvera de plus en plus et en particulier des formes minimes se traduisant tardivement par un lumbago ou une arthrite de la hanche, et dont la nature sera signée par un petit dénivellement ou un léger diastasis inter-sacro-iliaque et inter-pubien. Il faut donc savoir rechercher ces luxations et leur appliquer le traitement qu'elles nécessitent.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera des observations de luxation double verticale de l'os iliaque dans les communications ou mémoires de :

Chaput. — *Soc. Nat. Chir.*, 1902, p. 598.
Curtillet et Bordes. — *Archives des Laboratoires des Hôpitaux d'Alger*, fasc. 1, 2e année, janv. 1906.
Stinelli. — *XIXe Congresse delle Societa Italiana di Chirurgia*, Milano, 1905.
Lindenstein. — *Beiträge zur Klin. Chirurgie*, 1908, B. 58, p. 709.
Heinemann et Siedengrotzky. — *Archives für Chirurgie*, CIII, fasc. IV, 6 mars 1914, p. 927.
Grimbach. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1906, Bd XCIV, p. 609 (2e obs.).
Finsterer. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1911, Bd CX, p. 191.
Maisonnet et Merz. — *Soc. de Méd. militaire fr.*, 5 nov. 1924.
Lamare et Larget. — *Soc. Nat. de Chir.*, 16 févr. 1927, t 53, p. 208.
Duval (P.). — Même séance.
Bazy (L.). — Même séance.
Gernez (L.). — Même séance.
Michel (Alph.). — *Soc. Nat. Chir.*, 11 juin 1927, p. 874.
Rouvillois, Maisonnet et Salinier. — *Revue de Chir.*, 1930, p. 267.
Boularant, in Dunglas (Th.). — Toulouse, 1935, n° 58.
Jeanneney et Foucault. — *Académie de Chirurgie*, t. 62, n° 10, 18 mars 1936, p. 386.
Swynghedauw et Brabant. — *Echo médical du Nord*, 1936.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 JUIN 1937)

Le pouvoir antitoxique du glutathion. Recherches sur la toxine tétanique. — MM. Léon Binet, Ch. Jaulmes et Georges Weller.

Action antistreptococcique des dérivés sulfurés organiques. — MM. E. Fourneau, J. Tréfouël, F. Nitti, D. Bovet et Mme J. Tréfouël.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 18 JUIN 1937)

La lutte contre le bruit. — Sur un rapport de M. Portier, l'Académie adopte un vœu demandant l'extension à toutes les villes et stations thermales et climatiques des ordonnances du Préfet de Police interdisant, de 22 h. à 7 h. du matin, les trompes et klaxons, ainsi que les échappements bruyants, et les émissions radiophoniques trop puissantes.

La tularémie peut-elle devenir endémique en France ? Mesures à prendre pour éviter cette éventualité. — M. E. Brumpt. Après avoir rappelé que la tularémie est une maladie se présentant chez l'homme sous forme d'une lymphadénite pseudo-pesteuse, généralement transmise à l'homme par divers rongeurs sauvages, le professeur Brumpt donne quelques indications sur sa distribution géographique actuelle. Individualisée d'abord aux Etats-Unis en 1911, la tularémie, qui avait dû être confondue antérieurement avec diverses autres infections dont la peste, a été signalée au Japon (1925), en Russie d'Europe et d'Asie (1928), en Norvège et en Suède (1930), sans qu'il ait été possible d'établir des rapports quelconques entre ces divers foyers.

Depuis 1936, cette maladie a fait son apparition chez l'homme en Macédoine turque, en Autriche et en Tchécoslovaquie, pays où environ 650 cas ont été enregistrés jusqu'en mai 1937. L'existence de ces épidémies humaines, toujours précédées par une grande mortalité des lièvres et des lapins sauvages, ainsi que de divers rongeurs sauvages dans les pays qui envoient en France chaque année du gibier vivant pour le repeuplement de nos chasses, méritait d'attirer l'attention des membres de l'Académie de médecine. En effet, cette maladie, dont la convalescence demande parfois une année entière, constitue une menace certaine pour notre pays, qui doit envisager diverses mesures sanitaires pour se protéger. Les observations cliniques faites dans nos hôpitaux, l'étude des épizooties qui déciment parfois les animaux sauvages, ainsi que les recherches du professeur Brumpt sur le rôle pathogène des tiques de différents animaux sauvages et domestiques, permettent d'affirmer que la tularémie n'existe pas encore dans notre pays.

Traitement de la période initiale de la tuberculose dans l'enfance, élément fondamental de la lutte antituberculeuse. — MM. Robert Debré et Marcel Lelong insistent sur ce fait que le début de la tuberculose est aisément reconnu à l'heure actuelle, par l'emploi systématique de réactions tuberculiniques, et qu'une des notions les plus importantes mises en évidence par les études récentes, est la curabilité remarquable du foyer tuberculeux initial. Mais il ne faut pas se contenter de la guérison, en quelque sorte naturelle et spontanée, de ce foyer ; il importe d'obtenir une guérison solide et en quelque sorte une marge de sécurité pour l'avenir.

Dans ces conditions, les auteurs recommandent le dépistage systématique de la pénétration inévitable du bacille tuberculeux dans l'organisme du sujet jeune, par l'emploi systématique de réactions à la tuberculine, par l'examen radiologique du poumon en l'absence de tout signe physique ou fonctionnel qui puisse attirer l'attention de la famille ou du médecin, par la recherche éventuelle du bacille à l'aide du tubage gastrique, et surtout ils conseillent, dans le cas où l'on dépiste ce début occulte de l'infection bacillaire, de mettre l'enfant au repos pendant une période plus ou moins longue, afin d'obtenir une cicatrisation parfaite de la lésion minime observée en pareil cas, pour éviter toute évolution ultérieure. La séparation de l'enfant d'avec le contaminateur sera capitale à cette période, jusqu'à ce que l'organisme soit lui-même protégé par une solide immunité.

Sur une nouvelle fièvre par morsure de rat. — MM. A. Lemierre, Jean Reilly, A. Laporte et Marcel Morin, se fondant sur une observation personnelle et sur quelques faits publiés à l'étranger, signalent l'existence d'une septicémie humaine consécutive à la morsure du rat, tout à fait distincte du sodoku, et due à une bactérie très spéciale, le *streptobacillus moniliformis* de Levaditi, Nicolau et Pouiclaux. Ce germe n'était jusqu'ici connu que comme l'agent d'infections générales à point de départ mal déterminé, rencontrées en France, aux Etats-Unis, et dont Levaditi a déjà soupçonné l'origine murine.

Les septicémies à streptobacillus moniliformis, survenues à la suite d'une morsure de rat, se traduisent, comme les septicémies spontanées dues à ce microbe, par de la fièvre, des arthrites, des exanthèmes cutanés et des manifestations pharyngo-laryngées douloureuses.

Reprenant les ingénieuses expériences poursuivies en Angleterre par Miss Strangersways, les auteurs apportent la démonstration que le *streptobacillus moniliformis* fait partie de la flore bactérienne bucco-pharyngée du rat normal. On comprend donc qu'il puisse être facilement inoculé à l'homme par la morsure de ce rongeur.

Sur les relations entre les décalages des points isoélectriques musculaires et la virulence d'une infection bactérienne chez la souris. — MM. Vles, Ugo, Boy, Mme Bessières-Kreimer, Mlle Tatar.

Recherches sur le mécanisme de l'action antistreptococcique de l'amino-benzéno-sulfamide et de ses dérivés. — M. R.-L. Mayer.

Contribution à l'étude d'un mécanisme chimique suivant lequel les gaz de guerre dits « suffocants » agissent sur le tissu pulmonaire pour provoquer l'œdème aigu du poumon. (2e étude). — M. Kling.

Les ferments anaphylactiques. Leur analogie avec les anticorps microbiens fixateurs d'alexine ou sensibilisateurs. — M. Maignon.

Du traitement de l'infection expérimentale à « trypanosoma annamense ». — M. Launoy.

Election de deux associés étrangers. — M. le professeur de Quervain, l'éminent chirurgien de Berne, et M. Salimbeni (d'Acquapendente), chef de service à l'Institut Pasteur, sont élus associés étrangers.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(Séance du 11 avril 1937)

Action des sympathicectomies péripancréatiques expérimentales sur la glycémie basale. — MM. M. Sendrail et M. Cahuzac (de Toulouse) se sont attachés à étudier le retentissement sur la fonction insulaire du pancréas, des résections sympathiques pratiquées au niveau des artères pancréatico-duodénales, à l'exclusion de toute énervation parasympathique. Ils ont considéré d'abord l'action sur la glycémie basale, évaluée quotidiennement chez le chien pendant des délais très prolongés. Après diverses oscillations, limitées à la période post-opératoire, on observe une phase d'hyperglycémie, puis, à partir du deuxième mois, une phase d'hypoglycémie indéfinie, qui semble correspondre à l'équilibre stable, consécutif à la sympathicectomie.

Action des sympathicectomies péripancréatiques expérimentales sur les tests dynamiques de la glycorégulation. — MM. M. Sendrail et M. Cahuzac (de Toulouse) ont étudié chez les chiens soumis, selon leur technique, à des résections sympathiques au niveau des artères pancréaticoduodénales, les réponses aux différents tests de la glycorégulation. Dans l'épreuve de tolérance au glucose, on constate une réduction de l'onde d'hyperglycémie initiale et une accentuation de l'onde seconde d'hypoglycémie réactionnelle. Dans l'épreuve de tolérance à l'insuline, est observé un étalement de la courbe hypoglycémique. En considérant, d'autre part, l'hypoglycémie basale prolongée qui a été mise en évidence chez ces animaux, on voit que tout se passe comme si l'intervention avait provoqué une élévation persistante de l'insulinémie.

Modifications anatomiques du pancréas insulaire consécutives aux sympathicectomies péripancréatriques expérimentales. — MM. M. Sendrail, A. Garipuy et M. Cahuzac (de Toulouse) ont complété leur étude biologique de la fonction insulaire des animaux soumis à des résections sympathiques au niveau des artères pancréatico-duodénales, par une étude structurale des pancréas énervés, réalisée grâce à des biopsies successives. Macroscopiquement, la congestion de l'organe est apparente, même à une date tardive. Histologiquement, l'hyperémie affecte exclusivement les îlots et respecte les acini ; elle tend à s'atténuer à partir du deuxième mois. La numération et la mensuration des îlots n'indiquent pas de variations. L'hyperinsulinémie, liée à l'hypertonie vagale localisée du pancréas, serait due, au moins autant à une activation sécrétoire directe des îlots, qu'à la perturbation du régime circulatoire de l'organe.

Recherches sur les toxines des bacilles dysentériques, sur les principes toxiques du bacille de « Flexner ». — MM. A. Boivin et L. Mesrobelnu. La forme R du bacille de Flexner ne produit ni exotoxine, ni endotoxine, et les corps bactériens doivent leur faible toxicité à un constituant thermostable, de nature vraisemblablement protéique. La forme S ne produit pas davantage d'exotoxine, mais elle renferme un complexe glucido-lipidique thermostable, qui représente à la fois l'antigène somatique O « complet » de la bactérie et le constituant principal de son endotoxine (action entérotrope). Un facteur accessoire de l'endotoxine de la forme S est constitué par la même protéine thermostable qui se rencontre, seule, dans la forme E.

Sur l'absorption des pigments biliaires par des opalines. — G. Lavier. Observation d'opalines parasitant une grenouille ayant absorbé la biliverdine, et dont certaines l'ont transformée en cristaux de bilorubine encombrant le cytoplasme, mais sans produire d'influence appréciable sur la vitalité.

Réunion de Lyon

(Séance du 19 avril 1936)

Action de la cadavérisation sur la teneur des surrénales en acide ascorbique. — MM. Mouriquand (G.) et Viennois (P.). La réaction de Giroud et Leblond reste souvent positive, comme l'avaient montré les auteurs, après plusieurs jours de cadavérisation. Leurs nouvelles recherches utilisant la méthode de dosage de Van Eckelen et Emmerie, indiquent une diminution progressive de l'acide ascorbique des surrénales par la cadavérisation : de 25 p. 100 en 24 heures, 38 p. 100 en 48 heures et 58 p. 100 en 76 heures.

CHRONIQUE

UNE CONFÉRENCE DE M. LE PROFESSEUR G. MARAÑON (DE MADRID)

La semaine dernière, M. Marañon est venu faire une conférence à la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.

Le professeur Loeper lui souhaita la bienvenue en termes émouvants, puis lui donna la parole.

M. le professeur Marañon traita de l'**influence de la fonction thyroïdienne sur l'évolution des infections.**

On admet généralement que l'hypofonctionnement des glandes endocrines crée chez les malades un état de fragilité, alors que leur hyperfonctionnement rendrait l'organisme plus résistant. L'expérience et les recherches du Maître espagnol l'ont convaincu qu'il n'en est pas ainsi vis-à-vis des maladies infectieuses. L'hypofonctionnement, en ce qui concerne la thyroïde, permet à l'organisme de mieux se défendre contre l'infection.

Dans la population crétinique de las Hurdes, sur la frontière du Portugal, Marañon a remarqué que les crétiniques résistent aux infections infantiles environ trois fois plus que les non crétiniques. (*Rougeole et scarlatine.*)

Il a pu constater, d'autre part, à Madrid, dans son service hospitalier, la même proportion chez les crétiniques sporadiques et chez les enfants normaux. Mêmes constatations aussi chez les adultes.

Vis-à-vis de la *tuberculose*, l'hyperthyroïdie apparaît à M. Marañon comme une cause prédisposante à l'évolution de la tuberculose. Il en apporte une preuve : la région de las Hurdes citée plus haut a été assainie depuis quelques années. On a organisé la lutte contre le paludisme et contre le goitre. Depuis lors, les cas de tuberculose ont triplé.

Si la tuberculose est fréquente chez les hyperthyroïdiens, elle semble chez eux évoluer cependant avec bénignité.

D'une façon un peu schématique, on peut, avec M. Marañon, penser que l'organisme *hyper* possède la même facilité à s'infecter que l'organisme de la jeunesse. En revanche, l'organisme *hypo* présente la même résistance à l'infection qu'un organisme vieux.

De l'exposé de Marañon il est possible de tirer des conclusions thérapeutiques :

1° Chez les malades avec hypothyroïdisme, le traitement par l'opothérapie thyroïde ne doit pas se faire sans une étude rigoureuse de possibles lésions tuberculeuses latentes, surtout chez les enfants. Si ces lésions existent, le traitement se fera avec le maximum de prudence et sous la vigilance du médecin.

2° Chez les hyperthyroïdiens, avec tuberculose, l'existence de celle-ci constitue une indication importante pour intensifier le traitement antithyroïdien, inclus l'intervention chirurgicale, même dans les cas d'hyperthyroïdisme non excessif.

3° Dans certaines formes de tuberculose à marche progressive, on pourait tenter un traitement antithyroïdien analogue à celui réalisé dans le diabète et dans l'insuffisance cardiaque chronique, maladies qui, de même que la tuberculose, évoluent avec une moindre gravité dans un terrain hypothyroïdien. Marañon ne croit pas justifiée, dans de tels cas, l'extirpation totale de la thyroïde. Il lui semble plus logique (et plus moral) de produire l'hypothyroïdisme par la radiothérapie intense de la glande.

En terminant cette leçon, dont nous n'avons pu donner qu'un trop court aperçu, Marañon insiste sur la prudence avec laquelle on doit conclure lorsqu'on parle des bénéfices d'une thérapeutique, spécialement quand il s'agit des maladies infectieuses, et une fois de plus, il met en lumière l'importance du problème du terrain dans les infections.

F. L. S.

BULLETIN DES CONGRÈS

LE RÉGIME ALIMENTAIRE DANS LA RÉPARATION DU FOIE MALADE

Chacun sait combien sont multiples et complexes les fonctions du foie. Elles laissent pressentir, d'emblée, l'importance du facteur alimentaire dans leur évolution normale ou pathologique.

L'alimentation joue, par elle-même, un rôle dans la détermination de certains troubles hépatiques. La déviation du métabolisme de tel ou tel aliment de base révèle à elle seule, par ailleurs, la réalité d'une déviation fonctionnelle ; elle permet, en outre, de mesurer son étendue.

Ainsi, la diététique apparaît-elle comme devant prendre une place de premier plan dans la correction des perturbations du foie, aussi bien que dans la réparation de l'organe.

Métabolisme des protéines et des hydrates de carbone, transformation des graisses, métabolisme de l'eau et des substances minérales, autant d'éléments dont il est nécessaire de tenir compte pour fixer le régime diététique d'un malade chez qui il y a insuffisance de telle ou telle fonction de la glande hépatique.

La réparation de l'organe doit, cependant, être précédée de l'arrêt des dégâts produits ; d'où la nécessité de savoir quel sera le maximum de tolérance vis-à-vis d'un aliment donné, cela pour ne pas dépasser les limites de la capacité fonctionnelle de la cellule du foie.

Ces notions succinctes permettent d'entrevoir de combien de difficultés s'entoure la connaissance du régime à fixer. Les diverses symptomatologies cliniques ne se superposent pas toujours rigoureusement aux mêmes types d'insuffisance fonctionnelle. Elles sont multiples, inégales, irrégulières aussi.

De même qu'il n'y a pas une insuffisance, mais des insuffisances hépatiques, il ne saurait exister une formule rigide de régime alimentaire. Il s'en conçoit, bien au contraire, des modalités nombreuses, on pourrait presque dire infinies.

Quelques grandes lignes directrices peuvent servir d'axe à l'établissement du régime chez un hépatique. On sait ainsi que la réduction des protéines est la base de l'alimentation de ces malades, que la limitation des graisses en constitue un chapitre des plus importants ; que, par contre, le renforcement de la ration alimentaire en sucre s'impose comme une nécessité, parfois immédiatement vitale.

Ainsi se dégage déjà, malgré les susceptibilités particulières à chaque malade, une sorte de base commune, une manière de régime, minimum, de garantie.

Seule une analyse biologique complète demeure cependant à même, devant un cas déterminé, de connaître la diététique capable d'assurer la réparation intégrale du foie malade.

Cette importante question du régime alimentaire dans la réparation du foie malade sera exposée par le professeur Gallart-Mones, professeur de pathologie digestive à la Faculté de médecine de Barcelone, au Congrès international de l'insuffisance hépatique, qui se tiendra à Vichy du 16 au 18 septembre 1937, sous le haut patronage du ministre de la Santé publique, et qui a réuni l'adhésion de 51 pays.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 52. — MERCREDI 30 JUIN 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Classement des candidats à la suite des épreuves d'admissibilité :

MM. les docteurs : Bourgeois, 30+20=50 ; Rémy-Néris, 28+18=46 ; Richier, 27+18=45 ; Sergent, 26+17=43 ; Gaston, 26+17=43 ; Bérard, 26+16=42 ; Salomon, 26+16 =42.

Sont déclarés admissibles : MM. les docteurs Bourgeois, Rémy-Néris, Richier.

Hôpitaux psychiatriques. — M. le docteur Tusques a été nommé médecin du cadre et affecté en qualité de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

— M. le docteur de Boucaud a été nommé médecin du cadre et affecté en cette qualité à l'hôpital psychiatrique de Saint-Lizier (Ariège).

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — Le Conseil supérieur de l'instruction publique est convoqué en session ordinaire le jeudi 8 juillet.

La durée de cette session est fixée à trois jours.

Faculté de médecine de Paris. — *Le concours du clinicat* commencera le 5 juillet. Inscriptions jusqu'au 2 juillet inclus (maladies nerveuses, mentales, cutanées), jusqu'au 3 juillet (O. R. L.), jusqu'au 5 juillet (mal. des enfants), jusqu'au 6 juillet (chirurgie, thérapeutique chirurgicale, urologie), jusqu'au 7 juillet (ophtalmologie, médecine, thérapeutique médicale, cardiclogie). Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Le Conseil a proposé :

Pour la chaire d'anatomie pathologique et de microscopie clinique : en première ligne : M. Damade ; en seconde ligne : M. de Grailly.

Pour la chaire de physique médicale et pharmaceutique : en première ligne : M. Wangermez ; en seconde ligne M. Fontan.

Pour la chaire de clinique chirurgicale : en première ligne : M. Papin ; en seconde ligne : M. Jeanneney.

Faculté de médecine de Marseille. — M. Poursines, agrégé à Nancy, est transféré à Marseille.

École de médecine d'Angers. — M. Thouvenin, professeur de pathologie chirurgicale, est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Martin, retraité.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. Lestra, suppléant est nommé professeur titulaire de la chaire d'histoire naturelle.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. Bodroux, suppléant, est chargé provisoirement de la chaire de chimie organique et toxicologie.

— Le titre de professeur honoraire est conféré à MM. Coulongeat et Sauvage.

Légion d'honneur. — GUERRE (*active*). — *Officier :* MM. Vialatte, Lescuyer, Rossi, Dreneau, Delpy, Amouroux, Duboureau, Bressot, Prat, Pouchet, Malard, Luc, Paris, Genay, Feuille, Courboules, Mouchard, Péju.

Troupes coloniales : MM. de Baudre, Renaud, Roussy, Labernardie, Peltier, Le Coty.

Chevalier : MM. Passager, Bizien, Broussolle, Noaillac, Luiggi, Guérin.

Troupes coloniales : MM. Dezoteux, Quere, Chapuis.

Médaille d'honneur de l'Assistance publique. — Médaille d'or : M. le docteur Hazemann (Robert), à Paris.

Congrès médical sur les suites pathologiques des blessures craniennes de guerre. — Ce congrès aura lieu le lundi 12 juillet, sous la présidence du professeur Claude, membre de l'Académie de médecine. Les rapporteurs sont : M. le professeur agrégé Alajouanine et le docteur Georges Boudin, chef de clinique, *sur l'étude clinique des épilepsies de guerre*. Docteur Crouzon, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Salpêtrière, et les docteurs Christophe et Desoilles, anciens chefs de clinique, *sur le traitement et les répercussions sociales des épilepsies de guerre.*

Pour recevoir des renseignements sur le congrès et recevoir les rapports, s'adresser au secrétaire général, docteur Paul Boudin, 186, rue de Vaugirard (15e).

COURS ET CONFÉRENCES

Cours de vacances. – M. B. WEILL-HALLÉ fera du 1er au 15 septembre une série de leçons sur la protection de l'enfance contre la tuberculose et la prémunition par le vaccin B. C. G.

Ces leçons seront accompagnées de démonstrations pratiques et d'exercices techniques, effectués à l'Ecole de puériculture et à l'hôpital des Enfants-Malades, ainsi que d'une visite des services de la tuberculose à l'Institut Pasteur.

Droit d'inscription : 50 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis, vendredis, de 14 heures à 16 heures.

Faculté de médecine de Bordeaux. — CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — *Cours de perfectionnement du professeur* PORTMANN, avec la collaboration de M. le professeur agrégé J. DESPOS ; de MM. les professeurs DUPÉRIÉ, JEANNENEY, LEURET, PAPIN, PETGES, RÉCHOU, TEULIÈRES ; de MM. les professeurs agrégés BROUSTET et DELMAS-MARSALET ; et de MM. les docteurs BERGER, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux ; BARRAUD, chef de clinique ; COURBIN, médecin des hôpitaux, et JUNCA, ancien aide de clinique.

Ces cours auront lieu du lundi 5 juillet au samedi 17 juillet 1937.

Essentiellement pratique, ce cours comprend l'exposé des questions de pathologie ou de thérapeutique à l'ordre du jour, l'examen fonctionnel complet de l'audition et de l'appareil vestibulaire, des séances de médecine opératoire, de laboratoire, de broncho-œsophagoscopie, d'anesthésie locale. Les assistants reçoivent une description particulière de chaque intervention, la voient en projection ou en cinéma, l'exécutent eux-mêmes sur le cadavre, la suivent enfin, pendant l'exécution sur le vivant.

Les malades sont groupés par affection, de façon à pouvoir examiner la même maladie à des stades différents et en cours de traitement.

Le service comprend des salles d'adultes hommes et femmes et des salles d'enfants : *la pathologie et la chirurgie spéciale infantile y sont développées avec un soin particulier.*

Chaque assistant est initié individuellement aux diverses méthodes d'examen et de traitement et reçoit à la fin du cours un diplôme délivré par la Faculté.

Prière de s'inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine, à Bordeaux. Droit d'inscription : 300 francs.

Nécrologie. — Le docteur de Peufeilhoux, à Néris-les-Bains.

— Le docteur Lebrou, maire et conseiller général, à Mayet de Montagne.

— Le médecin colonel en retraite Direaux, décédé accidentellement dans l'Orne.

BULLETIN DES CONGRÈS

Après les *Journées médicales de Bruxelles* qui se sont tenues la semaine dernière avec leur succès habituel, voici que commencent à Paris les congrès médicaux annoncés à l'occasion de l'Exposition.

Samedi, les *Journées médicales internationales de Paris* ont été inaugurées en présence du Président de la République, par M. Chapsal, ministre du Commerce.

Le professeur Carnot, président des « Journées », a montré la valeur de l'importante contribution scientifique réalisée par des rapporteurs de tous pays. Le professeur agrégé Lardennois, commissaire général, a souligné l'effort accompli par les organisateurs de ces journées. M. Godlewski, secrétaire général, a rappelé les travaux des précurseurs français en matière d'endocrinologie et en particulier ceux de Pierre Marie et de d'Arsonval. Enfin, après un historique des Journées par M. Paul Descomps, secrétaire général de la *Revue médicale française*, et quelques paroles chaleureuses du professeur Roch (de Genève) au nom des délégués étrangers, la séance fut clôturée par une allocution du ministre du Commerce, et le Président de la République parcourut l'importante exposition de produits pharmaceutiques annexée à ce congrès.

Immédiatement après a commencé la première séance de travail, où prirent la parole le doyen Roussy, le professeur Portier, de l'Académie des Sciences, le professeur Pierre Mauriac, doyen de la Faculté de Bordeaux ; le professeur Leriche (de Strasbourg) ; le professeur Allen (de New-Haven) ; le professeur Smith (de New-York), le professeur Carrel (de New-York).

Une assemblée très nombreuse se pressait dans la vaste salle du palais des expositions qui, pour l'occasion, a été sonorisée d'une façon impeccable.

Rappelons que deux autres congrès médicaux s'ouvrent le 1er juillet. Par une très heureuse innovation, ils tiendront en même temps leur séance inaugurale le jeudi 1er juillet, à 10 heures du matin, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Ce sont les *Journées internationales de la Santé publique*, présidées par le professeur Tanon, et le *Ier Congrès international de médecine néo-hippocratique*, présidé par le professeur Laignel-Lavastine.

Médecins présents à Paris pendant les vacances. — *Comme les années précédentes, nous publierons les noms des confrères présents à Paris pendant les vacances. Prière de nous envoyer le plus tôt possible ces renseignements.*

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Par M. LANCE

ASSISTANT DE LA CONSULTATION D'ORTHOPÉDIE DES ENFANTS-MALADES

L'année 1936 a été le témoin d'une grande activité de la part des chirurgiens orthopédistes. Outre le congrès annuel de la Société française d'Orthopédie dont on trouvera le compte rendu dans la Gazette des Hôpitaux du 28 octobre 1936, ont eu lieu les Journées orthopédiques de Turin (voir Gazette des Hôpitaux, 7 novembre 1936) et le 3e Congrès de la Société internationale de Chirurgie orthopédique à Bologne et Rome (voir Gazette des Hôpitaux du 4 novembre 1936).

Il faut y joindre la parution du premier volume du Traité de Chirurgie orthopédique — sous la direction des professeurs Ombrédanne et Mathieu —, traité en cinq volumes actuellement entièrement publiés — et qui constituent un ouvrage qui n'a pas jusqu'ici son équivalent dans les productions étrangères, véritable encyclopédie de la chirurgie orthopédique dont il nous est impossible de donner ici une analyse.

GENERALITES

Les effets de la sympathectomie lombaire sur la croissance des membres inférieurs paralysés par poliomyélite antérieure. — (R. I. Harris et J. L. Mac Donald, *The J. of bone and joint surgery*, janvier 1936, pp. 35-45, 5 fig.)

Dans une publication antérieure (*J. of bone and j. surg.*, oct. 1930), Harris avait déjà montré chez un malade que la sympathectomie lombaire par l'augmentation de la vascularité qui suit l'opération stimule la croissance des os et diminue le raccourcissement du membre.

Il a depuis 5 ans dans ce but opéré les malades — il a pu en revoir 46 et apprécier les résultats.

Ils se divisent en 3 groupes.

Dans 21 cas (46 %) le raccourcissement a diminué de 4 millimètres à 2 cent. 1/2, maximum selon le temps écoulé depuis l'opération. Dans ces cas, l'effet de la sympathicotomie sur la circulation est resté permanent.

Dans 8 cas (17 %) le raccourcissement n'a pas augmenté.

Dans 17 cas (37 %) il a au contraire augmenté et l'augmentation de la vascularisation ne s'est pas maintenue.

L'auteur conseille donc d'opérer jeune, dès 6 ans si possible, et de faire la ganglionectomie plutôt que la ramisection.

On peut se demander si un gain aussi peu important vaut le risque d'une opération aussi importante que l'ablation des ganglions sympathiques lombaires et s'il ne serait pas moins grave d'attendre la fin de la croissance pour égaliser les membres inférieurs par raccourcissement du côté sain.

Les effets des larges doses de Rayons X sur la croissance des os. (M. Regen et W. E. Wilkins, *The J. of bone and joint surg.*, janvier 1936, pp. 61-68.)

De nombreuses observations sur le lapin suivies pendant 8 mois montrent un arrêt parfois complet de la croissance du membre irradié pendant tout ce temps.

De l'influence de l'exposition aux Rayons X sur la consolidation des fractures et l'activité de production des phosphatases dans l'os adulte. (E. M. Reyen et W. E. Wilkins, *The J. of bone and joint surg.*, janvier 1936, pp. 69-79, 5 fig.).

Dans des travaux antérieurs ces auteurs ont montré que l'exposition aux Rayons X d'un membre amenait chez l'animal une diminution de la production des phosphatases dans les os et un arrêt de leur croissance.

D'autres travaux ont montré qu'au niveau des foyers de fracture il y avait une augmentation de la production des phosphatases non seulement dans l'os mais dans tout l'organisme.

Le présent travail montre que l'exposition aux rayons X préalable à la fracture de l'os amène un retard de consolidation et une inhibition de l'augmentation de production des phosphatases qui, normalement, accompagne la consolidation de la fracture.

L'atrophie transverse aiguë des os. (G. Stern, *The Journ. of bone and joint surg.*, juillet 1936, pp. 659-666, 7 fig.).

L'auteur appelle l'attention sur une forme d'atrophie aiguë de l'os vue chez des jeunes adultes, habituellement après immobilisation pour fracture de jambe. Cet aspect a aussi été observé 4 fois après des infections non suppurées au voisinage des articulations, et 2 cas de tumeurs au début.

Ce type d'atrophie prend la forme d'une large bande translucide de résorption osseuse sur le côté diaphysaire de la ligne épiphysaire, parallèle à l'axe de l'articulation voisine. Cette forme particulière d'atrophie ne doit pas être prise par erreur pour une fracture ou une affection aiguë. Sa disparition est favorisée par un traitement par les vitamines.

Ostéite diaphysaire corticale subaiguë à staphylocoque chez l'adulte. (Tito Tisonotti, *La chirurgia degli org. di mov.*, octobre 1936, pp. 357-362, 1 fig.)

L'auteur rapporte une intéressante observation de cette affection bien connue en France depuis les observations de Sénéchal (1911), Arrou, Mocquot (1926), Lecène (1927) et le travail de Leriche et Bauer (*Revue d'orthopédie*, septembre 1929, 3 obs. inédites). Il s'agit de la localisation secondaire d'une infection à staphylocoque dans la corticale des os longs, le fémur le plus souvent. Le foyer primitif est le plus souvent un furoncle. Elles se distinguent nettement de l'abcès central à type Brodie et des ostéomyélites aiguës diaphysaires à forme pyogène. Subaiguë d'emblée la lésion est purement corticale et se traduit à la radiographie par une hyperostose plus ou moins régulière et diffuse. La symptomatologie clinique n'est nullement caractéristique. Aussi le diagnostic est parfois difficile avec l'ostéite post-typhique, syphilitique, tuberculeuse et surtout le sarcome d'Ewing. Ce dernier présente une évolution beaucoup plus rapide. L'intervention qui est nécessaire pour obtenir la guérison impose le diagnostic.

Les méthodes de contraste articulaire en radiographie. — (J. Oberholzer. Travail de l'hôpital cantonal d'Adrau (Suisse), *La chirurgia degli org. di mov.*, octobre 1936, pp. 363-372, 10 fig.).

Les dérangements internes du genou. (L. Kalina (Pologne). Rapport au IIIe congrès internat. d'orthopédie. Bologne-Rome 21-25 sept. 1936. Voir compte rendu in *Gazette des Hôpitaux*, n° 88 du 4 nov. 1936.)

On sait que depuis longtemps on a cherché à mettre en évidence le contour des surfaces articulaires ou du contenu articulaire (ménisques, corps étrangers, rétrécissements capsulaires, etc.) par les injections d'air ou d'oxygène. Cette méthode qui avait été abandonnée retrouve un regain d'actualité du fait de l'emploi de substances opaques (uroselektan, abrodil, perbrodil, etc.) associées à l'insufflation à l'oxygène. On obtient ainsi une image beaucoup plus nette que par l'emploi du gaz seul.

On trouvera dans les deux travaux de Kalina et d'Oberholzer la technique très simplifiée à employer pour l'exploration du genou, de l'épaule, du coude.

C'est au genou que la méthode a été surtout employée et surtout pour le diagnostic des arrachements et déplacements des ménisques dans les cas douteux.

L'interprétation de l'épreuve est parfois très difficile et on ne doit conclure que lorsque l'aspect est caractéristique. De plus toutes les fissurations des ménisques sans déplacement ne donnent pas d'image pathologique. On ne doit donc pas conclure à l'absence de lésions lors de constatations négatives.

Dans les cas de corps étrangers, dans la maladie de Hoffa, l'aspect est caractéristique.

Technique de la gymnastique sous l'eau. (Ch. Leroy-Lowman, Suran, G. Roen, Ruth Aust, Hilen G. Paul. Un volume in-8 de 276 pages, *American Publications*. Inc. Los Angeles (Californie.)

Les effets du séjour en piscine sur les techniciens. — R. L. Carroll, *The Physiotherapy Review*, vol. 16, n° 4, 1936.)

L'entraînement musculaire dans une piscine qui supprime le poids du corps constitue une méthode thérapeutique qui peut rendre de grands services dans plusieurs variétés d'affections. Elle jouit aux Etats-Unis d'une grande vogue et la plupart des hôpitaux d'enfants possèdent une piscine d'eau chaude installée à cet usage : dans une salle, en plein air si le climat le permet, et parfois une 2e piscine d'eau salée.

Dans cet ouvrage les auteurs exposent d'une manière très complète avec un grand luxe d'illustrations : la disposition et construction des piscines thérapeutiques, des locaux qui en dépendent, de l'administration, du personnel, et la technique des divers exercices.

L'application principale est le traitement des poliomyélites pendant la phase de récupération ; viennent ensuite les paralysies spasmodiques, puis les déviations du rachis, des membres, la rééducation des luxations congénitales de la hanche traitées, des transplantations tendineuses, musculaires, des opérations articulaires, fractures et des infections osseuses ou articulaires. Les diverses variétés d'exercices convenant aux différents cas sont décrites en détail.

L'installation de ces piscines ne va pas sans entraîner de grosses difficultés : étendue de l'emplacement, coût de l'installation, de l'entretien, du chauffage. L'exploitation nécessite un personnel très entraîné. De plus, le séjour debout dans l'eau chaude à l'intérieur d'un vêtement imperméable plusieurs heures par jour ne va pas sans entraîner des répercussions sur la santé des moniteurs. R. L. Carroll les expose : chute de la pression sanguine dans les membres inférieurs par suite de la pression de l'eau, et par élévation de la température. Aussi l'auteur conseille de protéger les membres inférieurs par des imperméables garnis d'une armature rigide, de limiter le temps de séjour à 3 fois 2 heures par semaine et il conseille l'absorption de jus de fruits frais.

RACHIS. BASSIN

Sur quelques formes rares de malformations congénitales du rachis (synostoses vertébrales, cyphose congénitale). (C. Schapira, *La chirurgia degli org. di mov.*, mai 1936, pp. 39-57, 19 fig.).

Cyphose congénitale. (Raffaele Zanoli, *Archivio di Medicina et Chirurgia*, février 1936, pp. 3-15, 15 fig.).

Dans le premier travail, à propos de 2 observations de fusion congénitale qu'il a observées, l'auteur fait une étude de cette malformation rare au rachis lombaire et dorsal, mais assez fréquente au rachis cervical où il constitue une des variétés du syndrome de Klippel-Feil.

Beaucoup plus rare est l'autre variété d'anomalie décrite dans les 2 articles, la cyphose congénitale ou gibbosité congénitale. On en compte 31 cas rapportés dans la littérature médicale. Schapira en apporte 2 nouveaux et Zanoli 5.

Cette anomalie est constituée par l'aplasie du corps entier (asoma) d'une ou plusieurs vertèbres, forme exceptionnelle, plus souvent par l'arrêt de développement de la moitié antérieure du corps vertébral, d'où création d'une vertèbre cunéiforme.

Le siège habituel est la région de passage dorso-lombaire et surtout la première lombaire.

On trouve tantôt une gibbosité angulaire médiane, tantôt une cyphose localisée. Parfois un léger degré de déviation latérale s'y ajoute.

Ces enfants sont en général envoyés au chirurgien pour un mal de Pott. L'absence de douleur, de contractures, la conservation des disques et contours nets de la vertèbre à la radiographie permettent de l'éliminer.

La coexistence d'autres anomalies vient confirmer l'origine congénitale de la lésion.

Le traitement est purement orthopédique : décubitus en reclinaison.

Zanoli assimile l'ostéochondrite vertébrale de Calvé (vertebra plana) à ces cyphoses d'origine congénitale, opinion des plus discutables.

Le spondylolisthésis. — Rapport au Congrès annuel de la Soc. Française d'orthopédie. Rapporteur : Guilleminet (Lyon). Discussion : P. Mathieu, Glorieux, Rœderer, Graffin, Frœlich, Huc, Simovitch. Voir compte rendu *Gazette des Hôpitaux*, n° 86, 28 octobre 1936, pp. 1483 et 1484.

Traitement chirurgical du spondylolisthésis douloureux. (P. Mathieu et Denurleau. *Revue d'orthopédie et de chir. de l'app. moteur*, juillet 1936, pp. 352-363, 4 fig.).

Spondylolisthésis. (J. A. Jenkins. *The British Journ. of surg.*, juillet 1936, pp. 80-85, 10 fig.).

La spondylolyse et ses conséquences. Spondylolisthésis, scoliose listhésique. (P. Glorieux et C. Rœderer. Un vol. in-8, 207 pages, 138 fig. Masson, édit.).

Nous ne reviendrons pas sur le travail de M. Guilleminet que nous avons analysé déjà dans ce journal. Mais il nous faut insister sur le très important travail de Glorieux et Rœderer. Le volume se divise en deux parties distinctes. Dans la première nous trouvons une étude très complète, faite d'après des pièces sèches ou des radiographies du vice de continuité de l'arc postérieur, passant entre l'apophyse articulaire inférieure et l'apophyse articulaire supérieure au niveau de l'isthme.

Bien que, dans quelques cas exceptionnels, une fracture ait pu produire cette solution de continuité, il s'agit bien

d'une anomalie de développement. Elle n'est pas rare sur les pièces des musées et les radiographies de sujets normaux. Elle reste ignorée si elle n'est pas le siège de complications. Ce sont celles-ci qui sont décrites dans la 2e partie de l'ouvrage. La plus fréquente est le spondylolisthésis. La vertèbre n'étant plus accrochée en arrière, au sacrum par la 5e lombaire, siège le plus fréquent de l'affection, glisse en avant progressivement.

On trouvera dans ce livre comme dans le rapport de Guillemet une étude complète des symptômes cliniques et radiographiques du spondylolisthésis. Si, dans les formes avancées, le diagnostic radiologique est facile de face comme de profil, il n'en est pas de même dans les formes au début. Dans une étude très fouillée au point de vue radiologique, Glorieux montre que contrairement à l'opinion courante qui veut que l'hiatus de l'isthme, la spondylolyse révélatrice, doit être cherchée dans une épreuve de trois quarts — c'est au contraire dans l'épreuve de face qu'on a le plus de chances de l'apercevoir. C'est aussi dans une épreuve de face qu'on verra les signes les plus certains du début du glissement du corps vertébral. Glorieux établit pour le déceler un nouveau critérium basé sur les rapports de l'ombre des lames vertébrales faisant partie du segment postérieur, et de l'ombre de la projection du pédicule (ce qu'il appelle le polygone de projection pédiculaire) qui fait partie du segment antérieur. Dès qu'il y a glissement en avant et en bas de la vertèbre, il y a une angulation entre ces deux parties, un changement de leurs rapports. Alors que normalement l'ombre de la lame n'empiète pas sur l'ombre pédiculaire, on la voit remonter, empiéter sur elle dès qu'il y a glissement.

La seconde complication importante de la spondylolyse, complication rare, peut être la création d'une scoliose, en cas de glissement vertébral unilatéral ou de glissement bilatéral asymétrique. Cette scoliose listhésique, comme l'appellent les auteurs, ne peut être révélée que par la radiographie, et ces radiographies sont parfois d'une interprétation très difficile. Ce sont des scolioses graves, souvent douloureuses ; le corset est indispensable à leur maintien et elles peuvent être justiciables d'une fixation opératoire.

Le traitement du spondylolisthésis tend à devenir entièrement chirurgical. Après une période de décubitus avec fluxion du bassin en avant pour faire tomber la contracture et réduire au maximum la déviation, on procède à la fixation par greffe.

La méthode de décharge indirecte du poids du corps par le blocage des arcs postérieurs par la méthode de Hibbs, ou par le greffon d'Albee, a le mérite de la simplicité. Dans bien des cas, elle suffit à amener une disparition des phénomènes douloureux et redonner au malade la possibilité de soulever des fardeaux. Mais elle est illogique en soi et l'intervention logique vise à amener une soudure entre la 5e lombaire et le bassin, soit l'aile iliaque, soit le sacrum.

La soudure de l'apophyse transverse de la 5e lombaire à l'aile iliaque déjà effectuée par Campbell, Lance et Aurousseau a été reprise et perfectionnée dans sa technique par P. Mathieu et Demirleau qui l'exposent dans la Revue d'orthopédie.

L'enchevillement par voie intra-abdominale du corps de la 5e vertèbre lombaire dans le sacrum au moyen d'un greffon imaginé par Capener, réalisé par Burnes. Jenkins en rapporte une belle observation.

Plus complexe paraît être l'arthrodèse de la 5e lombaire sur le sacrum, exécutée par Chaklin au moyen de la résection d'un coin de la 5e lombaire et de l'avivement de la base du sacrum.

Cf. Résultat éloigné d'un cas de spondylolisthésis traité par la greffe d'Albee. *Félix Bérard*. Soc. de chir. de Lyon, 25 juin 1936.

L'angiome vertébral. (L. Lamy et L. Weissman, *Revue d'orthopédie et de chir. de l'app. moteur*. Mars 1936, pp. 127-130, 2 fig.).

L'hémangiome vertébral. (Carlo Novak, *Archivio di Medicina e chirurgia*, août 1936, pp. 379-389, 5 fig.).

Considérations cliniques et histopathologiques sur les angiomes osseux. (Luigi Morasca, idem, décembre 1936, pp. 509-525, 17 fig.).

Les tumeurs primitives du rachis. (J. Boudreaux, *Thèse Paris*. Vigot, édit, Paris, 1936, pp. 137 à 167.)

Ignorée jusqu'à ces dernières années, puisque la première observation clinique date de 1926 (Perman), cette affection forme maintenant une entité bien caractérisée, grâce aux progrès des examens radiographiques.

La dégénérescence angiomateuse des vertèbres (corps seul ou vertèbre entière) n'est pas rare. Des recherches systématiques sur le cadavre ont montré qu'on la trouvait dans une proportion de 10 à 12 p. 100 selon les auteurs. Aussi elle a été bien étudiée au point de vue anatomo-pathologique. Dans son travail, Morasca en donne une description complète. Mais ces tumeurs bénignes donnent lieu rarement à des accidents. Novak en réunit 42 observations. On en distingue deux types cliniques.

Le plus souvent observé est le type paraplégique. Paraplégie spasmodique progressive, à marche plus ou moins rapide. Elle présente des troubles de la sensibilité très particuliers, anesthésie complète de la peau à limite supérieure très nettement définie, et absence de douleurs. Cette dissociation des troubles sensitifs leur donne une place à part dans les compressions médullaires, d'origine vertébrale.

Le deuxième type clinique, plus rare, est constitué par une forme douloureuse pure : douleurs à type radiculaire, assez souvent apparus à la suite d'un traumatisme. Il existe aussi des formes mixtes.

L'examen radiographique, surtout étudié sur des pièces autopsiques, a permis de mettre en lumière un aspect caractéristique qui seul permet le diagnostic. La vertèbre est écrasée, soufflée, et elle présente une alternance de cloisons opaques verticales alternant avec des taches claires (aspect en gâteau de miel, en vertèbre criblée de balles). Dans les formes douloureuses, la radiothérapie seule donne d'excellents résultats.

Les formes compliquées de paraplégie abandonnées à elles-mêmes se terminent par la mort. C'est la justification des tentatives de traitement par laminectomie et exérèse de l'angiome comprimant la moelle, opérations donnant lieu parfois à des hémorragies mortelles, mais il y a de beaux cas de guérison comme les deux observations de malades opérées par Petit-Dutaillis que rapporte Boudreaux.

Tuberculose du rachis avec paraplégie. (J. H. Kite, *The Southern medical journal*, septembre 1936, pp. 883-891, 5 tableaux.)

De la comparaison faite de 96 cas de mal de Pott sans paralysie et 20 cas avec paraplégie, l'auteur a cherché à déterminer en quoi les seconds différaient des premiers.

Dans les deux groupes, il n'y a pratiquement pas de différence de sexe, de temps écoulé depuis le début de l'affection, de traumatisme, de lésions tuberculeuses extrapulmonaires, d'abcès.

Par contre, le siège chez les paraplégiques est presque toujours entre les 5e à 9e dorsales, tandis que les maux de Pott sans complications siègent au-dessous de la 9e dorsale. De plus dans la paraplégie, il s'agit presque toujours de foyers étendus, en moyenne de vertèbres.

La paraplégie précoce est d'un pronostic bénin. Au contraire celle qui survient cinq ans ou plus après le début de

l'affection est très grave. Elle est bénigne chez le jeune enfant.

La laminectomie (2 cas) n'a pas hâté la guérison. Le meilleur traitement est celui de la lésion tuberculeuse elle-même. Immobilisation en gouttière ou corset. L'ostéosynthèse n'est à envisager qu'après la disparition de la paraplégie.

Les auteurs qui prirent part à la discussion : M. K. West, H. A. Durham, confirment ces données en particulier pour le traitement.

Nouvelles recherches sur l'obliquité fixe du bassin d'origine paralytique. (Léo MAYER, *The J. of bone and joint surg.*, janvier 1936, pp. 87-100, 20 fig.).

L'obliquité du bassin constitue une séquelle très grave de la poliomyélite. Elle reconnaît deux causes : soit l'inégalité de force des abducteurs et adducteurs des hanches, soit l'inégalité de force des muscles du tronc. Si la cause a été reconnue précocement, on peut obtenir le redressement par des procédés orthopédiques. Mais dans les cas invétérés, une intervention s'impose.

Dans le premier type, on obtient le redressement par la désinsertion des muscles adducteurs ou abducteurs rétractés, combinée ordinairement avec l'emploi d'un transplant aponévrotique.

Le deuxième type réclame une série de procédés de corrections comprenant : 1° un redressement pré-opératoire par traction continue sur les deux membres inférieurs au moyen de l'appareil de Roger Anderson ; 2° la section opératoire des muscles et ligaments rétractés ; 3° le maintien de la correction par une bande de fascia lata renforçant les muscles abdominaux paralysés selon la méthode de Lowmann, complété par l'emploi d'un corset approprié ou d'une ostéosynthèse vertébrale.

L'auteur note que l'étendue à donner à l'ostéosynthèse n'a pas encore de règles bien établies.

MEMBRE SUPERIEUR

Les lésions obstétricales de l'épaule. (O. SCAGLIETTI, *La chirurgia degli organi di movimento.* Août 1936, pp. 183-233, 61 fig.).

Cette importante étude est basée sur 199 observations de l'Institut Rizzoli à Bologne, de 1899 à 1935.

L'auteur arrive aux conclusions suivantes : les lésions obstétricales de l'épaule sont plus fréquentes dans le sexe masculin, le plus souvent unilatérales (93,46 p. 100), et le plus souvent à droite (62,81 p. 100). Dans la présentation de la tête, l'épaule droite, dans la position la plus fréquente en O. S. A. reste plus longtemps appuyée sur l'arcade pubienne que la gauche. Dans la présentation par les pieds, beaucoup de cas sont bilatéraux, on trouve un accouchement dystocique dans 91,6 p. 100 des cas, et 75,57 p. 100 d'interventions obstétricales. La présentation podalique est très fréquente (38,75 p. 100). La dystocie et la présentation podalique semblent un facteur déterminant important.

Les lésions obstétricales de l'épaule sont d'origine acquise et se produisent durant l'expulsion de l'enfant.

L'intensité de la violence traumatique est variable, d'où des variations, des manifestations cliniques. On doit distinguer 3 groupes fondamentaux de manifestations : 1° les lésions articulaires obstétricales ; 2° les paralysies obstétricales ; 3° les formes mixtes (associations de lésions articulaires et de paralysie).

L'exploration électrique et l'examen radiographique permettent de différencier le trauma articulaire de la paralysie obstétricale et de la forme mixte.

Les traumas articulaires d'origine obstétricale sont les plus fréquents : nous considérons comme manifestation caractéristique, clinique et radiographique, un déplacement en dedans et en arrière du massif céphalique, avec augmentation de l'angle d'inclinaison et de déclinaison, conséquence d'un détachement chondro-épiphysaire ou chondral pur.

La thérapeutique des suites du trauma obstétrical articulaire est chirurgicale. Dans les cas où il existe une rétroversion de l'épiphyse, il est indiqué de faire l'intervention en deux temps : 1° la capsulotomie de Sever ; 2° l'ostéotomie dérotative. Les résultats obtenus par cette technique sont satisfaisants et confirment l'exactitude du fait qu'il y a un déplacement en dedans et en arrière du massif céphalique.

Les manifestations cliniques de la paralysie obstétricale rentrent rarement dans les trois types cliniques classiques des lésions : on doit donc reconnaître un quatrième groupe de paralysie associée atypique.

La suture chirurgicale des racines nerveuses lacérées a peu de chance de succès.

Chez le nouveau-né, la prophylaxie de la déformation a une grosse importance : pour les séquelles, on doit chercher à obtenir une amélioration fonctionnelle de l'énergie subsistant (arthrodèses, arthrorise, transplantation tendineuse, etc.). Les formes mixtes, association de traumatisme articulaire et de paralysie, sont rares, mais bien différenciées cliniquement. La thérapeutique doit s'occuper des deux lésions.

Cet article se termine par une longue bibliographie. On voit avec étonnement que les travaux du prof. Ombrédanne ne sont pas plus cités que n'est exposée et discutée la théorie qu'il a exposée en particulier dans son Précis de chirurgie infantile. Pour M. Ombrédanne, la plupart des cas étiquetés paralysies obstétricales ne sont que des arrêts de développement de la région de l'épaule. L'origine congénitale de la malformation s'appuie sur la fréquence de la bilatéralité, les cas familiaux, dans des accouchements normaux, la fréquence de l'association avec d'autres aplasies de la même région (torticolis, surélévation de l'omoplate, stigmate de l'épaule, aplasie de tout le membre, etc.). Nous ne sommes pas moins étonné de voir attribuer le traitement des séquelles par la dérotation humérale à un autre que M. Mencière.

La maladie de Preiser du scaphoïde carpien (scaphoïde pommelé de Mouchet). — W. SMETS. *Bull. de la Soc. belge d'Orthopéd.*, tome VIII, sept.-oct. 1936, pp. 242-256, 5 fig.)

Le scaphoïde carpien peut, à la suite de traumatismes parfois insignifiants, devenir le siège de douleurs et présenter à la radiographie une image particulière : à la partie médiane, rétrécie, de l'os, on voit une série de taches claires arrondies, et le fragment proximal présente un aspect opaque ou pommelé. A propos d'une observation personnelle, l'auteur donne une étude très complète de l'affection.

Cette maladie de l'os est le résultat d'une fracture méconnue, non traitée. Elle ne se produit pas si le diagnostic et l'immobilisation stricte ont été précoces. Elle disparaît, mais assez lentement, quand elle est traitée tardivement.

La difficulté réside dans le diagnostic précoce. Pour que le trait de fracture soit visible, il faut prendre la radiographie de face, le poing fermé, en inclinaison cubitale ; prendre deux profils, l'un pur, pouce en l'air, l'autre en demi-pronation à 45°. Il faut toujours faire les épreuves semblables du côté sain, pour comparaison.

L'affection est presque exclusive à l'homme et à l'âge adulte. Elle doit être rapprochée de la maladie de Kümmel-Verneuil, qui résulte également d'une fracture non traitée. Elle ne s'apparente pas à la maladie de Kienböck du semi-lunaire et à la maladie de Köhler du scaphoïde tarsien, ainsi que toutes les affections résultant d'un trouble de la croissance (épiphysites de croissance).

MEMBRE INFERIEUR

Etude sur la valeur comparative des méthodes de traitement employées à l'heure actuelle dans la luxation congénitale de la hanche. (A. BRUCE GILL, *The J. of Bone and Joint Surg.*, avril 1936, p. 487-509, 27 fig.)

Des résultats de son expérience personnelle, l'auteur tire les conclusions suivantes :

La préluxation et la luxation constatées tôt après la naissance sont guéries dans un grand nombre de cas par la simple abduction.

Après le début de la marche, la réduction non sanglante doit être faite par des méthodes de douceur dans les cas favorables et limites. Pour déceler la solidité de la contention Gill emploie la technique suivante. Il laisse le plâtre seulement 4 mois, et laisse ensuite l'enfant se mobiliser au lit. Si la luxation ne se reproduit pas, on le fait ensuite marcher. Si elle se reproduit, on effectue la réduction sanglante.

Si l'essai de réduction non sanglant a été infructueux, l'opération est de même exécutée. La réduction sanglante ne donnera un bon résultat que moyennant certaines conditions : 1° la tension par les muscles rétractés ne doit pas être trop forte, ce qui ferait courir le danger de raideurs articulaires et d'ankylose ; on y remédie par une extension continue post-opératoire ; 2° l'acétabulum doit être assez profond pour contenir toute la tête fémorale, sinon il faut reconstituer un plafond ou cotyle au moyen d'une butée ; 3° l'obliquité exagérée du cotyle doit être corrigée de la même manière.

Pour les luxations invétérées, l'auteur discute les indications respectives des ostéotomies et de la butée osseuse.

Il conclut que le progrès récent le plus considérable dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche est la campagne de Putti pour un diagnostic et un traitement précoces.

Les ostéotomies sous-trochantériennes dans le traitement des luxations congénitales invétérées de la hanche. — (Pierre LANCE, Thèse, Paris 1936, Masson, éditeur.)

Il faut distinguer deux variétés distinctes d'ostéotomie : les ostéotomies de direction, qui n'ont d'autre but que de corriger la position vicieuse du fémur en adduction et flexion ; et les ostéotomies d'appui, qui visent à créer par leur angulation un appui du fémur au bassin. Les premières sont indiquées dans les luxations basses appuyées, le plus souvent, comme complément, d'une butée ostéoplastique complétant l'appui de la tête au bassin.

Les deuxièmes ont donné lieu à des techniques diverses, soit que l'on cherche à créer un appui par une angulation haute, avec appui sus-cotyloïdien ou intra-articulaire (Y de Lorenz), ou basse avec appui ischiatique (Schanz). L'auteur se livre à une critique serrée de ces méthodes, montrant l'inconstance des résultats obtenus par l'appui soit sur l'angle, soit sur le bout inférieur. La seule ostéotomie qui donne des résultats constants et durables est l'appui du bassin sur le bout supérieur, selon la technique de M. Camera. L'auteur décrit minutieusement la technique à employer (section avec un tenon de Mommsen, bascule du fragment supérieur). Pour obtenir un tel résultat, il faut suivre une technique qu'il décrit et pour laquelle il a établi une instrumentation spéciale.

Le ligament rond et ses artères dans la pathologie de l'épiphyse fémorale. (D. LOGROSCINO. *La Chirurgia degli organi di movimento*, juillet 1936, pp. 111-146, 27 fig.)

Sur l'importance des vaisseaux du ligament rond dans le processus d'accroissement de la tête fémorale. (C. CELLA. *La Chirurgia degli organi di movimento*, mai 1936, pp. 1-12, 6 fig.)

Dans l'importante étude de Logroscino, on trouve un exposé historique, philogénétique, critogénique, anatomique, physiologique du ligament rond.

L'auteur passe ensuite en revue les affections de la hanche dans lesquelles l'interruption de la circulation dans les artères du ligament peut entraîner une nécrose aseptique plus ou moins complète de l'épiphyse : décollement traumatique de l'épiphyse, l'épiphysiolyse de l'adolescence, la luxation congénitale de la hanche, la luxation paralytique. Un chapitre est réservé à la discussion du syndrome de coincement ou d'étirement du ligament rond dans la subluxation dans la genèse des arthrites déformantes.

Des observations illustrent ces divers chapitres, et une abondante bibliographie termine l'article.

En opposition avec l'article de Logroscino, qui attribue d'après des constatations cliniques un rôle important aux lésions du ligament rond dans la nécrose de la tête fémorale, se place le travail de Cella.

Dans une série d'expériences faites chez le chat, le lapin, le chien, cet auteur a sectionné le ligament rond soit le lendemain ou à 10 jours de la naissance, soit 5 mois après celle-ci. Dans les premiers cas seulement il a observé des troubles légers de la nutrition du cartilage dans une zone triangulaire au niveau de l'insertion du ligament, mais jamais de troubles de l'ossification de l'épiphyse. Aucun trouble n'a été observé dans le deuxième groupe. Il conclut que si les artères du ligament rond jouent un rôle dans l'irrigation de la tête fémorale, c'est seulement dans le début de la vie. Chez l'homme, les artères du col, d'abord terminales dans les premières périodes de la vie, assurent mal l'irrigation de la tête fémorale, mais au fur et à mesure qu'on avance en âge leur distribution s'étend, elles s'anastomosent et assurent l'irrigation de l'épiphyse.

Considérations sur la tuberculose cotyloïdienne. (D. LOGROSCINO. *La Chirurgia degli org. di mov.*, janvier 1936, pp. 421-434, 8 fig.)

Comme tous les auteurs antérieurs, Logroscino constate que le début cotyloïdien est la forme la plus fréquente dans la coxalgie.

De l'examen des observations de l'Institut Rizzoli à Bologne, il conclut que l'on peut observer trois modes d'évolution différente de la tuberculose cotyloïdienne.

1° Des cas à symptomatologie atténuée dans toute l'évolution de la maladie, ou seulement au début, avec ensuite, brusquement, l'installation d'une panarthrite avec signes graves et évidents. Dans ces cas, l'examen radiographique montre dès le début les lésions et permet d'en suivre l'évolution. C'est en général une caverne siégeant dans le sourcil cotyloïdien.

2° Des cas à évolution lente avec une symptomatologie clinique plus ou moins nette et variable, mais avec des signes radiographiques longtemps négatifs.

3° Enfin des cas plus complexes, à évolution en général rapide, dans lesquels les signes cliniques nets manquent jusqu'au stade le plus avancé des lésions, et dans lesquels le radiogramme est négatif de la manière la plus absolue. Dans un des cas rapportés, terminé par décès par méningite, la radiographie de la pièce était absolument normale d'aspect, alors que la coupe révélait une ostéite tuberculeuse diffuse du fond du cotyle.

Donc, sauf dans les lésions du sourcil cotyloïdien, où les lésions sont visibles précocement à la radiographie, du fait de la superposition des plans, les lésions du cotyle sont jusqu'au stade avancé non décelables à la radiographie. C'est donc l'examen clinique qui constitue le grand élément de diagnostic.

Trois cas de coxa vara de l'enfance. Traitement par greffe osseuse transcervico-trochantérienne. (H.-L. ROCHER et R. GUÉRIN. Bordeaux, *Gazette médicale de France*, 1er mars 1936, p. 206.)

L'opération de Pauwels dans la coxa-vara et la pseudarthrose du col du fémur. (J. A. C. PLATTEEL (Heerlen), *Bull. de la Soc. belge d'Orthopédie*, juillet-août 1936, pp. 219-225, 5 fig.)

Traitement des fractures du col du fémur par l'ostéotomie avec abduction. *Présentation de malades.* (ETTORE, *III° Congrès de la Société internationale de Chirurgie orthopédique*, Bologne-Rome, 21-25 septembre 1936.)

Les pseudarthroses dans les fractures du col du fémur. (T. P. MACMURRAY (Liverpool), *The J. ob Bone and Joint Surgery*, avril 1936, pp. 3-11, 9 fig.)

Le traitement de la coxa vara des petits enfants, avec présence d'une zone claire dans le col en dehors du cartilage de conjugaison, coxa vara véritablement congénitale, est encore très discuté. M. Rocher en apporte deux cas opérés par la technique suivante : implantation sous le contrôle des rayons d'un poinçon d'acier avec correction jusqu'à ce que le poinçon atteigne le centre de la tête fémorale, élargissement du trajet, et implantation d'un greffon. Dans les deux cas une consolidation osseuse persistante a été obtenue.

Toute différente est la conception de l'opération de Pauwels appliquée par l'auteur avec succès dans un cas de coxa vara congénitale et dans un cas d'épiphysiolyse de l'adolescence. Cette méthode vise à obtenir le rétablissement de la direction des forces agissant au niveau du col fémoral. Pour cela, une large ostéotomie intertrochantérienne cunéiforme à base externe est pratiquée. Son angle est calculé pour que après coaptation la direction normale ou même en léger valgus du col fémoral soit obtenue. On obtient ainsi une consolidation du col en bonne direction et la disparition de la déformation. Cette méthode a aussi été appliquée au traitement des pseudarthroses du col fémoral ; elle permettrait d'obtenir la consolidation dans les cas où n'existe pas une interposition de débris capsulaires.

Au Congrès de la Société internationale, Ettore a présenté un certain nombre de personnes âgées qu'il a traitées pour une fracture du col du fémur récente par une ostéotomie sous-trochantérienne, avec abduction du fragment inférieur. Il s'établit ainsi une direction des forces qui, au lieu de favoriser le glissement du fragment inférieur vers le haut, tend à l'accoler au fragment supérieur et favorise la consolidation. L'opération, bénigne, est applicable aux sujets âgés.

Différente encore est la méthode exposée par MacMurray pour le traitement des fractures du col du fémur non consolidées. Elle est bien connue en France sous le nom d'ostéotomie sous-trochantérienne « en console ». Elle consiste à sectionner transversalement et un peu obliquement de bas en haut et du dehors en dedans le fémur juste à la hauteur du bord inférieur du fragment interne du col. On repousse ensuite de dehors en dedans le bout de la diaphyse, de manière qu'il vienne se mettre à cheval sous le trait de fracture, servant ainsi de support, de console, à la fois au bloc trochantérien et au bloc céphalique. La consolidation du foyer amène la soudure des trois fragments. La difficulté est de faire la section juste au bon endroit. Si l'on coupe trop haut, le glissement est impossible. Si l'on coupe trop bas, l'appui sur la tête fémorale ne se fait pas.

La méthode simple, non schokante, est applicable aux sujets âgés, de préférence aux autres méthodes employées pour les pseudarthroses du col du fémur : l'arthrodèse de la hanche, la reconstruction de la hanche de Whitman et Brackett.

L'auteur donne les résultats de 26 cas opérés par lui entre 1926 et 1934. Dans l'ensemble, les résultats sont bons. Les échecs sont dus à des erreurs de technique.

Arthrorises du pied. (E. SORREL et NUBERT, *Bull. Acad. de Chir.*, 25 mars 1936, p. 489.)

A propos des arthrorises du pied. (LANCE, *Bull. Acad. de Chir.*, 22 avril 1936., p. 552.)

Les arthrorises dans les séquelles de la paralysie infantile. (*Rapport du Congrès international d'Orthopédie.* Rapporteurs : professeur ROCHER et docteur Ch. ROCHER (Bordeaux) ; docteur PALAGI (Florence) ; docteur SAN RICAR (Barcelone), analysé in *Gazette des Hôpitaux*, n° 88, 4 novembre 1936, pp. 1515-1520.)

Les arthrorises dans les séquelles de la paralysie infantile. (Docteur Christian ROCHER. Un vol. de 194 pages, XXIV planches, Librairie Delmas, Bordeaux.)

L'arthrorise s'oppose à l'arthrodèse. Alors que cette dernière a pour but de supprimer tout mouvement dans une articulation, l'arthrorise vise à limiter ce mouvement en lui conservant l'étendue nécessaire à la fonction dans le cas donné.

Comme le montre Chr. Rocher dans une intéressante étude de mécanique articulaire, il y a dans certaines articulations normales, les trochléarthroses, des butées naturelles qui en limitent le mouvement. Celles-ci peuvent être de deux sortes : 1° une saillie osseuse comme l'olécrane ou la coronoïde au coude, c'est l'arrêt par butoir, arrêt forcément brusque ; 2° l'augmentation du rayon de courbure d'une des surfaces articulaires, qui amène dans la rotation du segment un blocage articulaire progressif, c'est ce qu'on voit au genou dans l'hyperextension.

Ces deux mécanismes peuvent être reproduits dans l'arthrorise thérapeutique. Dans le premier cas il y a implantation d'un greffon faisant une saillie, une butée ; dans le deuxième, le soulèvement d'une surface articulaire et le comblement de l'hiatus par des copeaux modifient la courbure articulaire et créent le blocage articulaire.

Les arthrorises ont été employées dans le traitement des séquelles de la poliomyélite, dans deux buts :

Dans les paralysies partielles, en maintenant la correction de l'attitude vicieuse entraînée par l'action des muscles non paralysés.

Dans la paralysie totale du membre inférieur, en créant un blocage du pied en équinisme, de manière à déclancher l'hyperextension du genou et de la hanche, stabiliser le membre dans cette attitude, et permettre ainsi la marche sans appareil. C'est surtout au pied qu'on les a employées.

A la tibio-tarsienne, l'arthrorise antérieure (blocage en équinisme) est employée dans la correction du talus, et dans la stabilisation du pied en équinisme dans la paralysie totale du membre inférieur. L'arthrorise postérieure est employée dans l'équinisme, le plus souvent comme complément d'une double arthrodèse qui corrige le varus et le valgus accompagnant ordinairement l'équinisme. Il en est de même pour le pied ballant.

Les arthrorises latérales, moins employées, corrigent le varus ou le valgus.

Au genou l'arthrorise antérieure est employée pour limiter le recurvatum exagéré en cas de paralysie des muscles fléchisseurs. Au coude, au poignet, à la hanche, les arthrorises ne trouvent que des indications exceptionnelles.

Les résultats fonctionnels immédiats de l'arthrorise sont excellents quand elle a été exécutée d'une manière correcte, adéquate au cas donné (emplacement, longueur, etc.). Le point le plus discuté est la vitalité de l'arthrorise : on en a vu à la longue se résorber, se briser à la base. Certains auteurs préfèrent à la butée par implantation de greffon, constituée d'os mort, sujette à se résorber, à subir des remaniements, nécessitant une longue immobilisation, les arthrorises par soulèvement de lambeaux pédiculés, formés d'os vivant. C'est l'opinion exposée en particulier par E. Sorrel. M. Lance a montré qu'on pouvait cependant par implantation de greffon obtenir des butées solides et du-

rables. L'école du professeur Ombrédanne pratique d'ailleurs l'arthrorise de manière particulière au pied (voir thèse Brisard, Paris, 1931, et thèse Bertrand, Paris, 1933). Elle reste fidèle à l'enchevillement du postéro-tarse, comme Toupet l'a réalisé dès 1920. On obtient ainsi non seulement la création d'une butée antérieure ou postérieure, mais la correction du varus ou valgus de l'arrière-pied par blocage de la sous-astragalienne. Même si ce dernier résultat n'est pas définitif et si le greffon finit au bout de quelques années par se résorber au niveau de l'interligne sous-astragalien, on n'en a pas moins une méthode qui permet chez les tout petits la suppression de l'appareillage en attendant l'âge de l'arthrodèse.

Cf. Hackenbroch. Emploi de l'arthrorise postérieure du cou-de-pied. *Zeitsch. f. Orthop.* Vol. LXIV, p. 3, 25 février 1936.
Idem. Arthrodèse ou arthrorise ? *Münich. med. Woch.*, n° 5, 31 janvier 1936.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 23 avril 1937)

Intoxication par le bromure de méthyle. — MM. Duvoir, Fabre et Layani invoquent, à l'origine des accidents aigus, la constitution d'un œdème viscéral d'origine vaso-motrice.

Angiospasme cérébral au cours du rhumatisme articulaire aigu. — MM. Germain et Morvan.

Un cas d'érythroblastose. — M. Etienne May.

Septicémie à pneumo-bacille de Friedlander. Mort par azotémie survenue à la suite d'injections de Gonacrine. — MM. Guy-Laroche et Brocard. — Affection ayant évolué pendant 33 jours sans localisations cliniques. Après 5 injections de 0,20 de Gonacrine survint une azotémie rapidement mortelle.

Septicémie à pneumo-bacille avec méningite et pleurésie double. — MM. Aubertin et Perrot. Observation de septicémie à pneumo-bacille à évolution aiguë. Au début l'affection commença par des phénomènes intestinaux. A un stade terminal apparurent la méningite et la pleurésie bilatérale. Cette atteinte de plusieurs séreuses est rare en pathologie humaine.

Paratyphique A dans le sang au cours d'une rougeole. — MM. Lemierre et Laplane. Dans le sang d'une rougeole bénigne survenue pendant la convalescence d'une scarlatine, on a pu isoler du sang, par hémoculture, un bacille paratyphique A, dès le premier jour de l'éruption. C'est là un fait exceptionnel.

Dans ce cas, le bacille paratyphique A s'est comporté comme un microbe de sortie, et son passage transitoire dans la circulation n'a imprimé aucun caractère spécial à la fièvre éruptive, qui demeura bénigne.

Crises angineuses à répétition avec hypertension paroxystique et troubles vaso-moteurs. Efficacité du traitement sympathicolytique de synthèse — MM. Clerc et Sterne. Malade atteint de crises douloureuses précordiales avec poussées hypertensives paroxystiques et troubles vaso-moteurs. L'administration quotidienne *per os* d'un benzo-dioxan (883 F.) a pu faire disparaître les paroxysmes hypertensifs et amener la sédation des douleurs.

Gangrène diabétique et tétanos. — MM. Boulin, Uhry et Charousset. Gangrène diabétique intéressante par la survenue du tétanos. Des soins locaux associés au traitement du diabète et à la thérapeutique du tétanos amenèrent la guérison. Aucun retentissement du tétanos sur le diabète.

Cancer du poumon avec métastases multiples. — MM. Jacob et Piton. A noter la valeur diagnostique d'une image d'opacité homogène d'un hémithorax, due à un épanchement pleural, associée à l'attraction du médiastin relevant d'une atélectasie pulmonaire.

Encéphalite aiguë de nature indéterminée. — M. Loeper et Mme Loeve. Femme entrée à l'hôpital avec une paralysie du membre inférieur gauche, qui présenta ensuite une parésie du membre supérieur homologue et une paralysie faciale du type central, en l'absence de tout signe de syphilis et de toute modification du liquide céphalo-rachidien. Une névrite rétro-bulbaire gauche apparut ensuite. 15 jours plus tard apparut un syndrome méningé typique. La mort survint par syncope.

S'est-il agi d'une sclérose en plaques ou d'une encéphalite aiguë ?

SOCIETE DE PEDIATRIE

(Séance du 16 février 1937)

Sur l'emploi du lait acidifié chez cent vingt-cinq nourrissons. — M. A. Bohn, ayant alimenté cent vingt-cinq nourrissons normaux ou hypotrophiques âgés de deux semaines à trois mois avec du lait acidifié par l'acide lactique, considère que la valeur nutritive élevée et la tolérance parfaite de ce lait en indiquent particulièrement l'emploi chez des nourrissons débiles ou hypotrophiques dont il améliore considérablement la croissance, qu'il soit utilisé seul ou comme complément du lait de femme.

Un cas de septicémie à staphylocoques chez le nourrisson traité avec succès par la perfusion sanguine continue. — MM. P. Lereboullet, R. Joseph et Brincourt rapportent à propos des cas récemment publiés l'observation d'un nourrisson de trois mois atteint successivement de pleurésie purulente à staphylocoque doré, d'ostéomyélite de l'humérus gauche et d'infection urinaire, arrivé au bout de deux mois dans un état d'hypotrophie extrême avec subcoma. C'est à ce moment que fut instituée pendant quatre jours consécutifs la perfusion sanguine continue avec injection quotidienne de 12 à 1.500 cc. de sérum glucosé à 5 p. 100. Ce traitement eut les plus heureux résultats, et en quelques jours, l'enfant revint à un parfait état de santé.

Zona et varicelle. — M. Moro a observé chez un nourrisson d'un an une varicelle survenue quatorze jours après l'apparition d'un zona chez la grand'mère de cet enfant.

Aplasie des muscles de l'éminence thénar droite chez un enfant présentant des malformations multiples. — M. Lance présente un enfant de six ans, dont le cou est très court par suite de la fusion des arcs postérieurs des 3e et 4e vertèbres cervicales. Il existe également à ce niveau deux côtes cervicales. On note enfin une surélévation congénitale de l'omoplate droite.

De plus, l'opposition du pouce droit est complètement abolie. Les examens cliniques et électriques montrent qu'il ne s'agit pas d'une paralysie due à la côte cervicale, mais d'une aplasie congénitale de l'opposant, du court abducteur et d'une partie du court fléchisseur.

Myxœdème précoce du nourrisson et syphilis congénitale. — MM. Lesné et Cl. Launay insistent sur la rareté et la difficulté du diagnostic du myxœdème dans les trois premiers mois de la vie. Ils en rapportent cependant six observations caractérisées par le faible développement de l'infiltration œdémateuse, la constance de la macroglossie, des végétations adénoïdes, de l'anémie et de l'hypotonie musculaire. L'hypercholestérolémie fait défaut, alors qu'elle est constante chez les grands enfants.

Ombre triangulaire à base médiastinale du parenchyme pulmonaire. — Mme Siguier et M. Gabrit présentent un cas d'ombre pulmonaire triangulaire à base médiastinale et

à sommet pariétal et insistent sur l'importance des radiographies en position transverse pour localiser de pareilles images.

Abcès du hile du foie fistulisé à l'ombilic chez un nourrisson de trois mois. Radio-diagnostic lipiodol. Guérison. — MM. Marcel Lelong, P. Aimé et R. Joseph ont observé chez un nourrisson de trois mois une fistule ombilicale par laquelle s'échappait du pus teinté de bile, les selles étant décolorées. L'examen radiologique après injection de lipiodol dans le trajet fistuleux, a permis de remplir une poche située dans le hile du foie, probablement intra-hépatique, puis les canaux biliaires et leurs fines arborisations intra-hépatiques, le canal cystique, la vésicule, le cholédoque et enfin le duodénum.

Il s'agissait d'un abcès du foie secondaire à une phlébite de la veine ombilicale. Les auteurs soulignent la latence de cette suppuration prolongée et sa guérison après l'injection de lipiodol.

Un cas de syndactylie complète des mains et des pieds avec autres déformations. — M. Licéaga a observé un cas de syndactylie frappant à la fois les mains et les pieds et associée à une microcéphalie ainsi qu'à une maladie de Roger. Il s'agit en somme d'un cas d'acrocéphalo-syndactylie, comparable à ceux décrits par M. Apert.

Deux cas de paralysie radiculaire du plexus brachial associés à une paralysie de l'hémidiaphragme correspondant. — MM. Grenet, Isaac-Georges et Mlle Ladet rapportent deux nouveaux cas de paralysie radiculaire du plexus brachial associés à la paralysie de l'hémidiaphragme correspondant. Ils insistent sur la nécessité de l'examen radiologique systématique pour ne pas méconnaître de telles associations.

A propos de la technique de la cuti-réaction à la tuberculine. — MM. Huber, Lièvre et Welti ont étudié comparativement les cuti-réactions à la tuberculine pratiquées suivant la technique classique ou sur une papule consécutive à une injection intra-dermique d'histidine. Les résultats concordent dans la majorité des cas ; ils ont seulement noté dans une observation au moment du virage d'une cuti-réaction négative des phénomènes curieux d'activation des cuti-réactions négatives antérieures.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 28 juin. — Jury : MM. Robert Debré, président ; Lemierre, Guy Laroche, Moreau. — M. Veisman. Etude critique du rhumatisme chronique déformant syphilitique. — M. Avrilleaud. A propos de quatre observations de méningococcémies chez l'enfant. — M. Vahl. Contribution à l'étude de la variabilité microbienne. Quelques observations sur le bacille typhi-murium. — M. Winter. Du relâchement des pneumothorax artificiels inefficaces. — M. Froïm. La maladie des porchers. — M. Pupko. Les complications graves mortelles de l'érysipèle. — M. Valat. Acrodynie infantile. — Mlle Rambert. Les encéphalomyélites de la scarlatine.

Mardi 29 juin. — Jury : MM. Brindeau, président ; Marion, Mocquot, Lantuéjoul. — M. Nicaud. Réflexions à propos des suites éloignées de six symphysiotomies à la zarate. — M. Brassier. Contribution à l'étude des pyélonéphrites au cours du traitement des cancers de l'utérus par les radiations. — Mlle Jourdan-Gagneur. Les hémorragies utérines survenant après la ménopause en l'absence de lésions cervicales.

— Jury : MM. Carnot, président ; Maurice Villaret, J. Besançon, Lévy-Valensi. — M. Bonnot. Contribution à l'étude du carbone végétal intra-veineux en thérapeutique humaine. — M. Nefussy. Gynécomastie et hypophyse de grossesse au cours d'un cancer métastatique du testicule. (Etude clinique et histologique). — M. Coste. Contribution à l'étude des recto-colites ulcéreuses de cause inconnue. — M. Pouget. Les données récentes sur les pneumothorax suffocants. — M. Vassilckowsky. A propos d'un cas de spasme du larynx révélateur d'un tabès latent. — Mme Reichman. Hyperpituitarisme et diabète bronzé. — Mlle Abadie. Cynélyse et érythrodialyse.

— Jury : MM. Laignel-Lavastine, président ; Sergent, Lian, Mlle J. Lévy. — M. Clottéau. Le purpura gastrique solitaire. — Purpura chronique exclusivement stomacal. — M. Krewer. Contribution à l'étude de la spondylose rhizomélique. — M. Bosvieux. Les tuberculoses traumatiques. — M. Veau. Contribution à l'étude de la vitesse de sédimentation globulaire au cours de la syphilis. — Mlle Gauthereau. Le dosage pondéral de la fibrinémie. Sa valeur séméiologique, en particulier dans les affections hépato-biliaires. — M. Huguet. Les septicémies à pneumocoques chez les enfants. — M. Kroudria-Kiriloff. Souffle continu de la veine cave supérieure.

Mardi 29 juin (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Brumpt, président ; Henry, Lesbouyriès. — M. Meunier. A propos d'un cas de pneumothorax hydatique chez une bête bovine.

Mercredi 30 juin. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Gosset, Grégoire, Lacomme. — M. du Fresnay. La dénatalité en France. — M. Nguyen Van Tan. Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de l'ovaire dans leurs rapports avec la grossesse, en particulier de leur complication d'ordre suppuratif. — M. Gaignerot. La radiographie dans les tumeurs de la vessie. — M. Ragot. La résection diaphysaire précoce dans les ostéomyélites aiguës. — M. Caby. L'ulcère simple du jéjuno-iléon. — M. Halley Miralles. La dilatation douloureuse du côlon droit. — M. Inizan. Considérations sur le traitement des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus chez les sujets âgés.

— Jury : MM. Fiessinger, président ; Harvier, Loeper, Lemaire. — M. Pocoulé. Recherches sur l'histaminémie normale et pathologique. Etude d'une technique biologique de détermination. — M. Siraga. Les ictères médiats de la chimiothérapie anti-syphilitique. — M. Cante. Les médications du spasme vasculaire. — M. Vajda. Les fonctions de reproduction après roentgenthérapie des glandes génitales. — M. Dutter. Agranulocytose et streptocoque. — M. Rousseau. Ulcère chronique d'estomac chez l'enfant jusqu'à 15 ans. — Mlle Jooss. La protéose d'Oriel chez l'enfant dans les accidents sériques et les dermatoses allergiques.

— Jury : MM. Tanon, président ; Alajouanine, Chiray, Joannon. — M. Blanchard. Contribution à l'étude de la tuberculose ostéo-articulaire chez le vieillard. — M. Borgida. Fonctionnement d'une consultation de médecine préventive pour enfants d'âge scolaire. — M. Avram Salom. La génétique moderne et l'hérédité chez l'homme. — M. Salomon Recu. Le point de vue de l'hygiène dans l'orientation professionnelle. — M. Vettier. Protection des denrées alimentaires contre les gaz de combat. — M. Havet. L'hémophilie et son traitement par les vitamines. — M. Colleau. Erythème noueux et maladies infectieuses. — M. Landolt. La question du plomb dans l'industrie des émaux. — M. Bendayan. Les empreintes digitales dans leurs rapports avec la médecine. — M. Belkodja. Prophylaxie administrative et médicale des leishmanioses en France. — Mme Walden Rywka. L'assistance médico-sociale en Palestine.

NOTES POUR L'INTERNAT

PNEUMOTHORAX TUBERCULEUX SPONTANÉ (1)

2. PNEUMOTHORAX SURVENANT CHEZ LES TUBERCULEUX AVÉRÉS

Ces pneumothorax peuvent de même revêtir l'aspect du pneumothorax total, voire d'un pneumothorax suffocant.

Mais le plus souvent ce sont des *pneumothorax partiels localisés* à symptomatologie physique atténuée,

A début insidieux,

A symptomatologie physique très fruste,

D'où l'importance de l'examen radiologique systématique chaque fois qu'un des signes qui peut être provoqué par un pneumothorax survient chez un tuberculeux que l'on suit.

Ce peut être : une *douleur thoracique atténuée*, combien banale chez un tuberculeux ;

Une *dyspnée modérée*, également bien fréquente et assez peu évocatrice ;

Une *diminution de l'expectoration habituelle*.

Tous ces signes commandent un examen minutieux du malade, pour rechercher :

— Une *abolition des vibrations*, toujours difficile à reconnaître chez des malades fatigués et dyspnéiques ;

— Une *diminution du murmure vésiculaire*, qui est inconstante ;

— Surtout un *tympanisme localisé*, signe de beaucoup le plus important ;

— Enfin l'atténuation des signes physiques perçus antérieurement.

Radiologiquement, on constate une plage ovalaire, juxtapariétale, ne se plissant pas à la toux.

Le diagnostic avec une grande caverne est souvent difficile ; l'injection transpariétale de lipiodol pourra aider le diagnostic dans certains cas.

Evolution. — Elle est la même que celle du pneumothorax révélateur, mais, survenant chez des sujets à tuberculose nettement évolutive, son importance est moindre ; elle ne constitue souvent qu'un phénomène de second plan et aggrave en règle le pronostic.

Elle est souvent, chez un tuberculeux cavitaire, un accident terminal.

FORMES CLINIQUES

Il s'agit habituellement d'un pneumothorax partiel de la grande cavité.

Ce n'est que rarement que l'on observe :

Un *pneumothorax interlobaire* avec douleur en écharpe, tympanisme suspendu.

Le diagnostic, très difficile, ne sera affirmé que par l'examen radiologique.

Un *pneumothorax diaphragmatique*, avec douleur phrénique ou latent.

Un *pneumothorax médiastinal*, qui peut donner des phénomènes d'angor, des signes d'irritation du X.

Un *pneumothorax double*.

Parfois il existe des :

— *Pneumothorax à logettes superposées* ou des *pneumothorax aréolaires* (exceptionnels).

— *Pneumothorax récidivants*, qui surviennent habituellement avec un minimum de signes fonctionnels et généraux, se résorbent très lentement et récidivent à intervalles plus ou moins éloignés.

Leur nature tuberculeuse est souvent difficile à prouver.

(1) Fin. Voir *Gaz. des Hôp.*, n° 48 du 16 juin, n° 50 du 23 juin.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic se pose différemment suivant qu'il s'agit :

— D'une forme à symptomatologie riche ;

— D'une forme à symptomatologie discrète.

1. Dans le premier cas on discutera, pour les éliminer rapidement :

— Une crise d'asthme (dyspnée expiratoire avec bradypnée) ;

— Une embolie pulmonaire ;

— Un œdème aigu du poumon (avec son expectoration mousseuse et ses râles crépitants s'étendant en « marée montante » dans les deux champs pulmonaires ;

— Une granulie ;

— Une apoplexie pulmonaire.

A la période d'hydro et de pyopneumothorax, ce sera le diagnostic d'une pleurésie séro-fibrineuse ou purulente.

Arrivé au diagnostic de pneumothorax, on pensera d'emblée à son étiologie tuberculeuse, et ce ne sera qu'en présence de cas évidents (coqueluche, adhérences pleurales, pneumopathie diagnostiquée, traumatisme) qu'on acceptera une autre étiologie, et même dans le classique pneumothorax par effort des conscrits, le rôle de la tuberculose ne doit jamais être entièrement écarté.

2. En cas de *symptomatologie discrète*, il ne faut surtout pas méconnaître la valeur des quelques signes fonctionnels et physiques observés.

Le diagnostic clinique et radiologique peut être très difficile avec une caverne étendue. Il pourra être aidé par des injections de lipiodol.

TRAITEMENT

Dans la forme à riche symptomatologie, il faut :

1. Immobiliser le malade ;
2. Prescrire des toni-cardiaques pour soutenir le cœur ;
3. Calmer la dyspnée par la morphine ;
4. Surveiller l'évolution de l'épanchement pour :

— Décomprimer en cas d'asphyxie ;

— Entretenir le pneumothorax s'il a des résultats utiles ;

— Evacuer un hydro-pneumothorax trop important ou trop long à se résorber, avec ou sans injection d'air consécutive.

En cas de *pyopneumothorax non surinfecté*, les ponctions seront aussi tardives que possible. On pourra être appelé à pratiquer un oléothorax, des lavages de plèvres.

Si le *pyopneumothorax est surinfecté*, on l'évacuera. On pratiquera les méthodes précédentes, mais souvent on sera appelé à entreprendre des thérapeutiques chirurgicales : phrénicectomie, thoracoplastie.

On voit donc que le pneumothorax tuberculeux illustre la nécessité d'une collaboration médico-chirurgicale dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, tant par les aperçus thérapeutiques qu'il a donnés que par son traitement lui-même.

J. FERROIR.

La femme frigide, traduit de l'allemand, par le docteur Jean DALSACE. Un fort volume in-16 double couronne de 520 pages. Editions de la Nouvelle Revue Française, 43, rue de Beaune, Paris (7e). — 24 francs.

L'Homme condamné, par FRANCOURT. Un vol. in-8 cour., 192 pages, 10 fr. — Eugène Figuière, éditeur, 166, boulevard Montparnasse, Paris (14e).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 53. — SAMEDI 3 JUILLET 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DES HÔPITAUX 1937. — Séance du 28 juin. Epreuve de médecine opératoire :

MM. les docteurs Richier, 19 ; Rémy-Néris, 19 ; Bourgeois, 19.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Saric et Pauly.

Hôpitaux de Saint-Etienne. — Le concours ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour la nomination d'un médecin des hôpitaux de Saint-Etienne s'est terminé par la nomination de M. Olivier Loras.

Faculté de médecine de Lyon. — Les chaires de pathologie interne (dernier titulaire : M. Froment) et de clinique chirurgicale infantile et orthopédie (dernier titulaire : M. Nové-Josserand), de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, sont déclarées vacantes.

Médaille d'honneur de l'Assistance publique. — *Médaille d'or.* — M. le docteur Jubert, à la Garenne-Colombes.

Médaille d'argent. — M. le docteur Paul Bertrand, à Saint-Pierre-les-Vaudes.

Ministère de la Santé publique. — M. Marc Rucart, député, est nommé ministre de la Santé publique, en remplacement de M. Henri Sellier, sénateur, dont la démission est acceptée.

Asiles publics d'aliénés. — Un poste de médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés de Cadillac (Gironde) est vacant par suite du départ de M. le docteur Gardes, appelé à un autre poste.

Un poste de médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'asile public d'aliénés de Privas (Ardèche) est vacant par suite du départ de M. le docteur Fail, appelé à un autre poste.

Le poste de médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'asile public d'aliénés de Leyme (Lot) est vacant par suite du départ de M. le docteur Mans, appelé à un autre poste.

Un poste de médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés de Bailleul est vacant par suite du départ de M. le docteur Toye, appelé à un autre poste.

Marine. — *Prix de médecine navale pour* 1937. — Le prix de médecine navale pour 1937 a été attribué à M. le pharmacien chimiste principal Audiffren et à M. le pharmacien chimiste de 2e classe Buffe, pour leur travail en collaboration intitulé : *Calcémie normale et pathologique. Etude des principales méthodes de détermination du taux de calcémie.*

D'autre part, les récompenses ci-après ont été accordées pour 1937 aux officiers du corps de santé dont les noms suivent :

Mention très honorable. — A M. le médecin en chef de 1re classe Yver et à M. le médecin principal Barra pour leur travail en collaboration sur *Le daltonisme dans la marine.*

A M. le médecin de 2e classe Brisou, pour son travail intitulé *Les salmonelles. Le groupe typhosalmonelles-colibacille.*

Mention honorable. — A M. le médecin principal Perves et à M. le médecin de 1re classe P. Badelon pour leur travail en collaboration sur *L'anesthésie intra-veineuse à l'évipan sodique.*

A M. le pharmacien chimiste de 2e classe Morand pour son travail intitulé : *Notes sur l'exploration biochimique de la fonction rénale.*

Chirurgien aviateur. — Le sénateur professeur Raffaele Bastianelli, l'éminent chirurgien de Rome, vient de remporter un important prix de tourisme aérien, sur le trajet Rome-Padoue et retour accompli sans escale par un très mauvais temps.

COURS ET CONFÉRENCES

Cours pratique d'anesthésie. — Du 5 au 10 juillet 1937, M. le docteur G. Lardennois fera une série de démonstrations pratiques des divers modes d'anesthésie. Les séances auront lieu l'après-midi, à 15 h. 30, à l'hôpital Laënnec. Ces cours pratiques, destinés plus spécialement aux externes des hôpitaux, sont entièrement gratuits.

Programme des démonstrations (M. Lardennois et MM. les assistants du service). — 1° L'anesthésie chirurgicale. Les divers procédés. Leurs indications respectives. Préparation des malades aux anesthésies. Hypnotiques de base. Les suites des anesthésies. — 2° Anesthésie par inhalation. Chloroforme et éther. Procédés et appareils. Les fautes qu'il ne faut pas commettre. Procédés d'anesthésie avec et sans Rebreathing. Emploi de gaz carbonique et d'oxygène. — 3° Chlorure d'éthyle. Protoxyde d'azote. Cyclopropane. Mélanges anesthésiques. Appareils. — 4° Anesthésie par inhalation avec tubage trachéal. Procédé de Magill. Procédé de Meltzer. Baro-narcose. Les divers procédés. Projection de films cinématographiques concernant l'anesthésie. — 5° Anesthésie par voie rectale : Avertine. Anesthésie par voie sanguine : Evipan. — 6° Anesthésies locales, régionales, épidurales, paradurales, rachidiennes. Préparation. Incidents, Anesthésies mixtes.

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié. (Professeur : M. F. Rathery). — *Six conférences sur le diabète.*

Une série de six conférences ayant trait aux acquisitions récentes sur le diabète aura lieu à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Pitié, du 19 juillet au 24 juillet 1937, à 10 h. 30.

Le 19 juillet. — M. le professeur F. Rathery : Les formes fondamentales du diabète. — Le 20 juillet. — M. Ferroir : L'estomac des diabétiques. — Le 21 juillet. — M. Froment : La glycémie des diabétiques. — Le 22 juillet. — M. Bachmann : Le rein des diabétiques. — Le 23 juillet. — M. Derot : Le cœur des diabétiques. — Le 24 juillet. — M. le professeur F. Rathery : L'insulino-résistance.

S'inscrire au secrétariat (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Droits d'inscription : 100 francs.

Cours de perfectionnement. — MM. les prof. Ombrédanne et P. Mathieu, avec la collaboration de MM. Leveuf, Sorrel, Richard, Fèvre, Lance, Huc, Padovani et Iselin, feront du 11 au 28 octobre, au petit amphithéâtre de la Faculté un *cours de perfectionnement de technique chirurgicale concernant l'appareil moteur.* Inscriptions au secrétariat de la Faculté (Nº 4), droit : 250 fr.

Chaire de clinique thérapeutique chirurgicale (professeur : M. P. Duval). — *Dix séances de démonstration de technique chirurgicale,* par les prosecteurs de la Faculté de médecine de Paris, auront lieu à l'Ecole pratique de la Faculté, à 14 heures, du 20 au 30 juillet.

Les auditeurs répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction des prosecteurs.

Sont admis à ce cours : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs. S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 16 heures, ou bien tous les jours, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A.D.R.M.).

Nécrologie. — Le docteur René Guilloire, à Paris.

— Le docteur Amédée Lallot, ancien conseiller d'arrondissement, ancien maire de Saint-Pourçain-sur-Sioule.

— Le docteur Beaujard, ancien interne des hôpitaux (1901), ancien chef du service électroradiologique de l'hôpital Bichat.

BULLETIN DES CONGRÈS

L'inauguration des *Journées internationales de la Santé publique et du 1er Congrès international de médecine Néo-Hippocratique* a eu lieu, en une séance unique, jeudi matin, à la Faculté de médecine.

M. le doyen Roussy présidait, assisté des professeurs Laignel-Lavastine, président du Congrès de médecine Néo-Hippocratique, et Tanon, président des Journées de la Santé publique. A leurs côtés, le président de la Commission d'hygiène de la Chambre, les médecins généraux inspecteurs Rouvillois et Morvan, le médecin général de la marine Oudard.

Dans l'assistance extrêmement nombreuse : Mme la maréchale Lyautey, le prof. Leclainche, président de l'Académie des sciences, les médecins généraux inspecteurs Lévy et Normet, les médecins généraux Paître (du Val-de-Grâce), Lancelin (de la Marine) ; des délégués étrangers fort nombreux, les prof. Marañon (de Madrid), Dominguez (de Cuba) et un très grand nombre de professeurs de la Faculté et de confrères français.

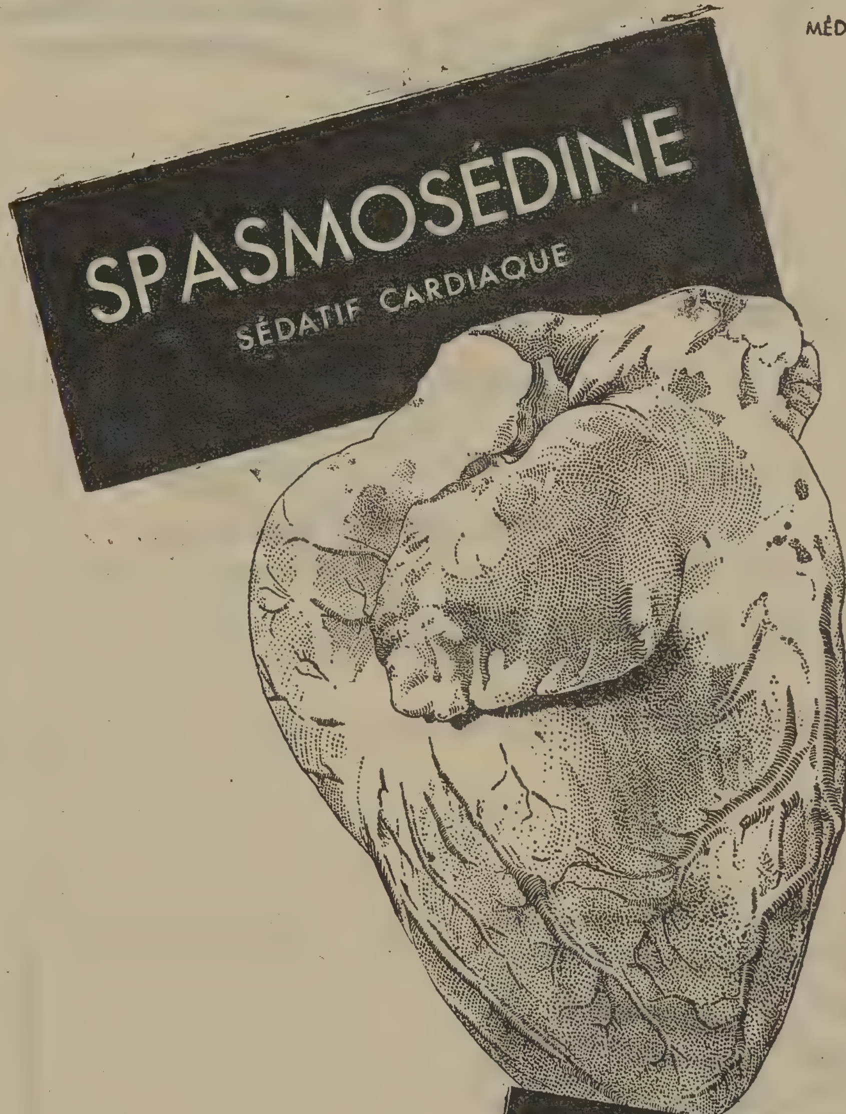
M. le Doyen donna la parole à M. Tanon, président des Journées pour son discours sur l'hygiène. Les délégués étrangers parlèrent ensuite : MM. Van Loghem (Pays-Bas), Reiter (Allemagne), Herglos (Hongrie), Freyd (Pologne), Daels (Belgique), Pétroff (Bulgarie).

M. Laignel-Lavastine, en un excellent discours définit alors le Néo-Hippocratisme, il en exposa les principes et en indiqua les limites.

Enfin, M. Roussy se félicita d'accueillir à la Faculté tant d'éminents confrères étrangers et français, et leur souhaita très cordialement la bienvenue.

RENSEIGNEMENTS

Et. en méd. Holl. Ch. fam. franç. ou conf. p. pas. qq. sem. Paris. Ech. séj. Holl. ou offr. pet. pens. L. Boone, Kortgene (ZL) Holl.


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE

REVUE GENERALE

L'ANOREXIE MENTALE

par M. LIONEL VIDART,
Interne des Asiles de la Seine.

Il peut paraître inutile de revenir, une fois de plus, sur l'anorexie mentale, syndrome connu et décrit depuis longtemps déjà. Cependant cette anorexie si spéciale en ses modalités est encore prise trop souvent pour une anorexie banale. La traiter comme telle est une erreur si grave, si lourde de conséquences, qu'il n'est pas, croyons-nous, tout à fait inopportun de rappeler son aspect clinique et de préciser à son sujet quelques données nouvelles.

L'anorexie mentale, du point de vue clinique, est caractérisée :

1° Par une perte de la sensation de faim survenant en dehors de tout trouble digestif objectif net ;

2° Par une réduction considérable de l'alimentation ;

3° Enfin par un état mental particulier grâce auquel, malgré une ration alimentaire nulle ou presque nulle, ces malades s'imaginent toujours s'alimenter suffisamment ou même exagérément.

Historique. — C'est à un médecin de Saint-Etienne-en-Forez, Naudeau, que revient, semble-t-il, le mérite d'avoir en 1789 publié le premier cas d'anorexie mentale. Cet auteur rapporte dans le « Journal de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie », une observation de « maladie nerveuse accompagnée d'un dégoût extraordinaire pour les aliments ». En réalité ce n'est que dans la deuxième moitié du dix-neuvième siècle que l'anorexie mentale devint l'objet de nombreux travaux et communications.

La description clinique de ce syndrome fut définitivement fixée dès 1873 par Lasègue dans une de ses remarquables « Etudes Médicales ». L'évolution des idées s'est faite essentiellement au sujet de la pathogénie : trois périodes peuvent être à ce propos distinguées.

Dans une première période, la vogue considérable de l'hystérie fait que l'anorexie mentale est considérée comme une des manifestations fréquentes de cette névrose. En 1859, Briquet mentionne une anorexie d'origine nerveuse dans son traité de l'hystérie. Gull, en 1868, signale à Oxford « l'apepsia hysterica ». En 1883, Huchard insiste sur le fait que « l'anorexie est entretenue par un état mental particulier » et crée la dénomination, aujourd'hui admise, d'anorexie mentale. Ainsi, pendant toute la fin du dix-neuvième siècle, l'anorexie mentale semble surtout intéresser les auteurs par la contribution qu'elle peut apporter à l'étude de l'hystérie, objet de toutes les faveurs.

Puis la vogue de l'hystérie diminue. Sous l'influence de Sollier, en 1909, à la Société de Neurologie de Bruxelles, de Déjerine en 1911 dans les « Manifestations fonctionnelles des psychonévroses », de Sèglas, de Babinski enfin, dont l'opinion est formulée dans la thèse de Raimbault, l'anorexie mentale se libère pour une grande part de l'emprise de l'hystérie.

Une troisième période enfin, est celle où l'on discute la responsabilité des glandes endocrines dans l'apparition de ce syndrome. Déjà en 1895, Régis, au Congrès de Bordeaux, insistait sur l'influence de la puberté et proposait l'appellation d'« anorexie cachectique de la nubilité ». En 1914, Simmonds fixe les traits de la cachexie hypophysaire. A la suite de cette description, certains auteurs sont frappés par la ressemblance de cette maladie avec l'anorexie mentale et proposent de les grouper toutes deux en un unique syndrome d'origine endocrinienne. Mais Loeper et René Fau tout récemment défendent l'autonomie de l'anorexie mentale et précisent les nuances cliniques qui permettent de la distinguer de la maladie de Simmonds.

Etude clinique. — L'aspect clinique de l'anorexie mentale est bien connu et n'a pas varié depuis les premières observations.

On l'observe, dans l'immense majorité des cas, chez des jeunes filles de 15 à 20 ans, et davantage chez l'enfant unique, choyé, très entouré.

Dans son évolution, les classiques distinguaient un peu arbitrairement trois périodes. En fait c'est insensiblement que l'aggravation se produit.

Le début est généralement insidieux. Il s'agit d'une jeune fille, qui jusque-là bien portante, *réduit progressivement son alimentation.* Elle refuse un certain nombre d'aliments, ou bien diminue d'une manière globale sa ration alimentaire.

Interrogée sur sa conduite, elle invoque les excuses les plus futiles. Si l'on insiste, elle dit ne pas juger son état anormal, elle affirme seulement n'avoir ni besoin ni possibilité de manger davantage, car elle *n'a pas faim.*

On la supplie, on la menace : rien n'y fait. Elle oppose à toutes les tentatives une résistance inébranlable. Le seul résultat que l'on puisse obtenir est parfois une apparence d'alimentation. Les parents se laissent quelquefois tromper. Mais, en fait, la malade dissimule les aliments ou même, si par hasard, elle en a ingéré une petite quantité, elle provoque un réflexe nauséeux pour rapidement la rejeter.

Cependant l'entourage s'inquiète. On demande quelquefois à ce moment un avis médical. Il faut savoir reconnaître la nature véritable de cette anorexie et se garder de prendre les choses à la légère. En effet seule une thérapeutique bien conduite peut venir à bout de *cette anorexie qui résiste à tout traitement banal.*

Quelques points particuliers sont intéressants à noter, souvent déjà, l'un ou l'autre, dès cette période initiale, quelquefois plus tardivement.

Tout d'abord une *sensation d'euphorie* fait habituellement contraste avec l'anorexie qui progresse. A l'anxiété des parents la malade oppose une heureuse tranquillité. Pourquoi serait-elle soucieuse puisqu'elle se sent si bien ? Pour confirmer ses dires, elle déploie une anormale activité. Elle entreprend de multiples travaux, pratique de nombreux sports. Sans cesse en action, elle ne ressent aucune fatigue et ne se repose que rarement.

Malgré cet optimisme que la malade veut communiquer à ceux qui l'entourent ou qui l'examinent, certains symptômes devraient pourtant donner l'alarme.

Tel *l'amaigrissement*, continu, progressif, qui est souvent le signe révélateur.

Telle aussi l'*irrégularité des règles* qui ne tardera pas à aboutir à l'aménorrhée complète. C'est assez fréquemment au sujet d'un trouble menstruel qu'un médecin est appelé à donner son opinion.

L'euphorie active est un des traits principaux de l'*état mental* qui, par ailleurs, présente un cachet *très spécial*. Il est caractérisé par une tendance à la dissimulation, à la fraude, surtout par un certain besoin de susciter l'intérêt, de se poser en victime devant une incompréhension familiale. L'anorexique cherche à gagner du temps, à apaiser la surveillance, à la tromper, à éviter les discussions qui lui sont désagréables. Elle se confine dans une attitude de dignité offensée, reste mystérieuse, distante, livre fort peu d'elle-même. L'interrogatoire le plus prudent, le plus patient, arrive souvent à cette seule conclusion : *la malade ne mange pas parce qu'elle ne veut pas manger et elle ne veut pas manger parce qu'elle n'a pas faim.* Ce tableau peut encore être rendu plus particulier par la « macropsie » signalée par certains : l'anorexique se trouve énorme, bouffie. Les personnes de son entourage sont trop grosses et mangent trop.

Peu à peu le *refus d'aliment devient absolu*. Cependant la malade reste heureuse, active, indifférente à son état physique qui devient pourtant de plus en plus inquiétant.

Cet état, en se prolongeant, parvient à l'inanition. Le visage de cette jeune fille est maintenant celui d'une vieille femme. La peau est sèche, les tissus sont déshydratés. Le pouls est fréquent, la tension artérielle basse. L'haleine et les urines sont acétoniques.

En dépit de tout et de tous la malade s'obstine dans son attitude. Parfois, disait Lasègue, « la sensation pathologique génératrice de tout le mal » disparaît devant la cachexie et la malade reprend son alimentation. En réalité si le traitement n'intervient pas à temps une issue fatale est à redouter, par consomption ou quelquefois plus rapidement par une complication infectieuse. La tuberculose pulmonaire à évolution rapide est une cause de mort fréquente chez les anorexiques même après une certaine amélioration de leur état.

Diagnostic. — La gravité de l'évolution montre combien il importe de savoir précocement reconnaître l'anorexie mentale. On y pensera toujours chez une jeune fille qui perd l'appétit et réduit de ce fait progressivement son alimentation. Si l'examen physique ne révèle pas de trouble organique capable d'expliquer ces phénomènes, on doit s'attacher à retrouver les traits d'un état mental vraiment très particulier. Ces différents éléments ajoutés au trouble des règles d'apparition récente peuvent imposer l'idée de l'anorexie mentale.

Pour porter ce diagnostic, il faut donc en premier lieu éliminer une *anorexie symptomatique d'un trouble organique*. L'appareil digestif, les poumons, les organes hématopoïétiques seront l'objet d'un attentif examen. Si l'examen physique reste négatif, si une lésion organique découverte paraît disproportionnée avec le syndrome observé, il est nécessaire de chercher plus loin et d'envisager la possibilité d'un désordre mental.

La deuxième étape du diagnostic est également délicate. Certains syndromes mentaux, tout à fait différents, peuvent présenter au cours de leur évolution un refus d'aliments dit sitiophobie. *Une mélancolie délirante, un délire de persécution* peuvent être aisément dépistés. Certaines malades sont quelquefois plus réticentes au sujet des *phobies* qui les empêchent de s'alimenter. Mais le problème le plus difficile est sans doute celui de savoir reconnaître la manifestation d'un négativisme symptomatique d'une *démence précoce*. Il faut tenter de mettre en évidence d'autres éléments de l'opposition et quelques symptômes propres à l'affection. L'établissement du pronostic, les discussions pathogéniques montreront à quel point la notion de démence précoce est parmi les plus importantes.

Enfin, récemment, certains auteurs ont insisté sur les points de ressemblance présentés par l'anorexie mentale et la *cachexie hypophysaire*. Dans l'une ou l'autre de ces affections on trouve anorexie, amaigrissement, troubles mentaux et aménorrhée. Certaines nuances cliniques permettent cependant de poser le diagnostic de maladie de Simmonds. Le début est brutal, annoncé par un amaigrissement très rapidement progressif, qui survient *avant* l'anorexie et la réduction alimentaire. Les troubles psychiques sont d'apparition tardive : l'état mental, au stade initial n'offre rien de particulier et ne paraît pas responsable de cette grave et subite altération de l'état général. Enfin l'aménorrhée n'est qu'un élément d'un syndrome pluriglandulaire complexe, mis en valeur par l'examen clinique et par les épreuves de laboratoire. De l'hypoglycémie, un abaissement du métabolisme basal sont assez fréquemment retrouvés.

Cette distinction clinique est de première importance : le traitement de l'anorexie mentale est incapable d'enrayer l'évolution de la cachexie hypophysaire qui exige l'opothérapie spécifique.

***

Conceptions pathogéniques. — Des hypothèses pathogéniques ont été émises, différentes selon les époques. Si l'on pense à la faveur dont jouissait l'hystérie au temps de Briquet, de Lasègue, de Charcot, il paraît tout naturel que l'anorexie mentale ait été considérée comme un *phénomène d'ordre hystérique*. Il peut sembler plus étonnant de constater qu'elle servit à faire la preuve d'une hystérie primitive, monosymptomatique. *Lasègue* définissait l'anorexie hystérique comme une forme d'hystérie à foyer gastrique. *Charcot* pensait qu'il se formait dans l'estomac des sujets atteints une véritable « plaque hystérogène ». Sollier contribua déjà à *réduire le rôle de l'hystérie*. A l'anorexie hystérique imputable à l'anesthésie des voies digestives il opposait la véritable anorexie mentale. Celle-là était primitive ou secondaire, c'est-à-dire isolée ou associée à d'autres manifestations de l'hystérie. Celle-ci pouvait relever d'une idée fixe (dé-

sir de mourir, de se rendre malade, de maigrir), d'une phobie (peur d'engraisser, d'étouffer en avalant) ou encore de phénomènes d'inhibition, physiques ou moraux (émotions ou passions contenues).

Raimbault, dans sa thèse, formule l'opinion de *Babinski* d'après lequel l'anorexie hystérique primitive n'existe pas. Quant à l'anorexie hystérique secondaire elle ne cède jamais complètement à la persuasion. Ce n'est donc pas une anorexie pithiatique, mais une anorexie survenant chez une pithiatique.

Sèglas, dans de nombreux cas, considère l'anorexie mentale comme une *forme partielle, atténuée, de démence précoce* traduite encore par l'indifférence, les stéréotypies, l'aménorrhée, symptômes esquissés de l'hébéphrénie.

Les *psychanalystes* pensent au rôle « érogène » des lèvres et supposent que le remords inconscient d'une faute sexuelle où les lèvres auraient eu leur part, se traduirait plus tard par le refus de toute fonction labiale.

Une *pathogénie endocrinienne* est actuellement à l'honneur. Régis en fut le précurseur : dans son traité de Psychiatrie il classe l'anorexie mentale parmi les psychoses de la puberté. Weil, de Lyon, dans la thèse de Kamal, émet l'hypothèse d'une insuffisance ovarienne. Cette idée fut reprise récemment par Loeper et René Fau qui font état de l'aménorrhée symptôme commun à la cachexie ovaro-hypophysaire et à l'anorexie mentale.

*
**

Traitement. — L'anorexie mentale demande sans retard un traitement dont l'isolement, la réalimentation, la psychothérapie sont les trois éléments fondamentaux.

1° *L'isolement* est la première chose à savoir exiger de la famille. C'est une méthode classique depuis 1887 où Charcot dans une magnifique leçon rapporte le cas d'une jeune fille agonisante que l'on parvint à réalimenter, après de multiples essais, le jour seulement où il fut possible de l'isoler. Il faut donc ordonner l'éloignement du milieu familial. Le traitement sera contrôlé rigoureusement et constamment par le médecin.

2° *La réalimentation* doit être aussitôt tentée. On donnera d'abord du lait, par cuillerées à café toutes les 5 ou 10 minutes. Puis on augmentera rapidement les rations pour atteindre 4 ou 5 litres en une dizaine de jours. On reprendra à ce moment une alimentation normale.

Il est parfois utile, sinon de recourir au gavage, du moins d'en faire la menace dans les cas où la résistance au début est invincible. Si la déshydratation est intense il peut être nécessaire de donner du sérum glucosé.

3° La *psychothérapie* est le point le plus délicat du traitement. Il faut savoir se montrer ferme, éviter de se laisser duper et d'entrer en conflit avec l'anorexique. Celle-ci doit sentir que le médecin est maintenant devenu « le maître », comme l'a dit Charcot. Selon Dubois on doit « ajouter à la persuasion « et à la parole entraînante une douce contrainte morale. On s'adressera moins au raisonnement, qui « ne donnerait aucun résultat, qu'à l'action ».

L'opothérapie ovarienne devra toujours être associée. L'intérêt porté à cette médication glandulaire s'est accru avec l'importance donnée à la dysendocrimie comme facteur étiologique de l'anorexie mentale. Les injections d'insuline peuvent enfin dans certains cas se montrer d'une incontestable utilité.

Ainsi conçu, le traitement donne généralement de très bons résultats. Le poids augmente rapidement, parallèlement à l'importance des aliments ingérés. Les modifications de l'état mental, le désir de guérir, le retour des règles sont d'excellents éléments de pronostic. Le traitement doit êre appliqué assez longuement : au bout de 2 à 3 mois on peut considérer la malade comme guérie. Si bien, que le pronostic immédiat de l'anorexie mentale est bon si une thérapeutique avisée est précocement mise en œuvre. Cependant si l'intervention médicale est trop tardive l'évolution peut être mortelle dans 13 % des cas, dit-on. On admet en règle générale qu'une diminution de poids de 50 % implique un pronostic fatal.

Une dernière question est intéressante à poser : celle de l'avenir réservé à de telles malades. La guérison définitive est fréquente. C'était l'opinion de Lasègue qui tenait les rechutes pour exceptionnelles. Déjerine, au contraire, soutenait la fréquence de la réapparition du syndrome. Sèglas pensait qu'il était prudent de formuler de grosses réserves pour l'avenir : « Après l'anorexie, disait-il, reste l'état mental « qui en a été l'origine et on est en droit de se demander si dans certains cas cet état mental ne « serait pas susceptible d'évoluer pour se caractériser sous des formes vésaniques quelconques dont « l'anorexie n'aurait été qu'un prodrome. Et parmi « ces formes qu'y aurait-il d'étonnant à rencontrer « la démence précoce ? »

L'évolution vers la démence précoce a été en effet rapportée dans quelques observations dont une de Robert Dubois présentée en 1913 à la Médico-Psychologique.

L'apparition ultérieure d'un délire chronique ou d'une cyclothymie caractérisée, également possible, indique combien il est nécessaire d'étudier soigneusement non seulement les manifestations cliniques de l'anorexie mentale mais aussi le terrain qui a permis son éclosion.

BIBLIOGRAPHIE

BAUER. — Anorexie mentale, *Pratique médico-chirurgicale*, 1911.

BICKEL. — Maigreur hypophysaire, *Gaz. méd. de France*, 1934, p. 535.

CHARCOT. — Œuvres complètes, t. III, p. 240 ; — De l'isolement dans le traitement de l'hystérie.

CODET. — Anorexie mentale, *Pratique médico-chirurgicale*, 1931.

DÉJERINE et GAUCKER. — Les psychonévroses et leur traitement par la psychothérapie, 1911.

DUBOIS (R.). — *Annales méd.-psych.*, oct.-nov. 1913, p. 431.

DE GENNES, DELARUE et ROGÉ. — *Bull. Soc. de méd. des hôp.*, 6 mars 1936, p. 387.

KAMAL. — L'anorexie mentale, Th. Lyon, 1911.

LASÈGUE. — Etudes médicales, 1884, t. II, p. 45.

LOEPER et FAU. — Cachexie hypophysaire et anorexie mentale, *Monde médical*, 1er oct. 1936.
NOGUÈS. — L'anorexie mentale, ses rapports avec la psychophysiologie de la faim, Th. Toulouse, 1913.
RAIMBAULT. — Le syndrome « Anorexie mentale », Th. Paris, 1914.
RÉGIS. — Précis de psychiatrie.
SEGLAS. — Leçons cliniques sur les maladies mentales, t. II.
SOLLIER. — Anorexie nerveuse, *J. de neurologie de Bruxelles*, 1910.
SOLLIER et COURBON. — Pratique séméiologique des maladies mentales, 1 vol., Masson, 1924.
THOMAS (A.). — Anorexie mentale, *La Clinique*, 15 janv. 1909.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

ACTION DYNAMIQUE SPÉCIFIQUE ET RÉGIME ALIMENTAIRE DES NOURRISSONS

par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Demandez à un étudiant ce que c'est que l'action dynamique spécifique des aliments. Il y a bien des chances pour qu'il vous réponde qu'il n'en sait rien. Et pourtant, quoi de plus indispensable à connaître que cette notion, qui intéresse tous les médecins, mais, particulièrement, le médecin d'enfants ?

***

« A la dépense de fond, le fonctionnement des divers « systèmes : système digestif, système musculaire, appa« reils glandulaires, ajoute un surplus plus ou moins con« sidérable. » (E. Lambling) (1). En quoi consiste le surplus ajouté par l'alimentation ?

Continuons à citer le même auteur. « Voici un sujet pla« cé dans des conditions telles que le coût de son entre« tien se trouve réduit à la dépense de fond, et qui, main« tenu par conséquent à l'état de jeûne, prélève sur ses « tissus 1.600 calories. On le met ensuite à l'alimentation « mixte ordinaire, sa ration valant aussi environ 1.600 ca« lories, et l'on constate que la dépense est maintenant de « 1.800 calories. L'arrivée des aliments a donc accru la dé« pense de 200 calories, que l'organisme a dû prélever sur « ses réserves. » Ce surcroît doit être attribué non au travail digestif, mais à une *action spéciale des aliments s'exerçant au delà de la paroi digestive* et que Rubner a appelée *action dynamique spécifique des aliments.* Etudions tour à tour :

Sa grandeur ;
Ses causes ;
Ses conséquences en médecine infantile.

***

La *grandeur* de l'action dynamique spécifique est, chez l'homme, *très considérable pour les protides* (Chauveau, 1894), moyenne pour les glucides, nulle pour les lipides (Magnus-Lévy, Koraen). Chez le chien, même action prépondérante des protides, les lipides dégageant plus de chaleur que les glucides. L'expérience montre, en effet, que « si, à un animal, dont les dépenses sont réduites au minimum, et qui, pour son entretien pendant un temps donné, prélève sur les tissus 100 calories, on donne ces 100 calories sous la forme de protéiques, de graisses ou d'hydrates de carbone, cet apport ne suffit pas, et l'animal est obligé de prélever sur ses tissus un supplément, qui est respectivement de 30, de 14 et de 5 calories, ce qui porte la dépense à 130, 114 et 105 calories » (E. Lambling). On peut encore exprimer la même idée en disant que :

100 calories de protides absorbés n'entrent en ligne de compte que pour 70 (100—30) ;

100 calories de lipides absorbés n'entrent en ligne de compte que pour 86 (100—14) ;

100 calories de glucides absorbés n'entrent en ligne de compte que pour 95 (100—5).

***

Quelle est la *cause* de ce singulier phénomène ?

Pour Rubner, si 100 calories de protides n'entrent en ligne de compte que pour 100—30 = 70 calories, tandis que 100 calories de glucides interviennent, ou à peu près, avec leur pleine valeur, c'est parce que les protides ne sont utilisés par les tissus qu'après avoir été transformés en sucre, seul combustible employé par les cellules, cette transformation occasionnant un déchet de 30 calories pour 100.

D'après Lusk, qui a adressé à cette théorie de vives critiques, l'action dynamique spécifique serait, pour les protides, due à certains oxacides, acides- glychocolique et lactique, engendrés par les aliments au cours de leur dégradation, le glycocolle et l'alanine qui, expérimentalement, provoquent la dépense d'un supplément de calories, donnant, en effet, par hydrolyse, naissance à ces acides. Pour les lipides et pour les protides, même action excitante des produits du métabolisme de ces corps, et notamment, pour les sucres, de l'acétaldéhyde.

***

Arrivons aux *conséquences pratiques* que peut avoir, pour le médecin d'enfant, la connaissance de l'action dynamique spécifique, et prenons, pour illustrer notre démonstration, deux exemples concrets.

Premier cas. — Voici un nourrisson bien portant élevé au lait sec et à qui on donne une quantité insuffisante d'eau, le chiffre normal étant de 150 grammes par kilogramme et par jour. Son développement pondéral s'arrête, 25 grammes d'eau d'imbibition par jour étant indispensables audit développement. Bientôt survient chez lui une hyperthermie singulière : la *fièvre de lait sec*, décrite, pour la première fois, par MM. R. Debré et Semelaigne, puis retrouvée par de nombreux auteurs. Elevée, sujette à de brusques oscillations, elle ne s'accompagne habituellement d'aucun trouble : elle est *solitaire.* Elle disparaît dès qu'on augmente le taux de la dilution (P. Lereboullet), pour réapparaître dès qu'on le diminue en augmentant la concentration protéinique ou saline (R. Caussade et P. Mélik-Pachaiev). On peut donc, avec Schaeffer, la considérer, au moins dans la plupart des cas, comme une manifestation du *déséquilibre hydro-protidique.*

Deuxième cas, infiniment plus dramatique.

Supposons que nous ayons à donner nos soins à un hypothrepsique. Si nous pouvons lui procurer du lait de femme, comme ce lait est pauvre en albumine, puisqu'il contient, par litre, 13 gr. de caséine et 6 de lactalbumine, l'action dynamique spécifique des protides y est négligeable. Mais si nous lui substituons des aliments riches en albumines : lait de vache (30 % de caséine), lait sec demi-écrémé, qui en contient approximativement la même quantité (Ch. Porcher), farine de soja (35 % de protides), larosan (34,5 % de caséine), il n'en va plus de même. Plus on en donne, et plus l'organisme fournit d'albumines tirées de son propre fond. Pour empêcher que la combustion de tous ces protides, les uns apportés par l'alimentation, les autres d'origine interne, ne provoque une trop forte élévation de température, un seul moyen : l'accroissement de l'évaporation par la peau et par les poumons, chaque gramme d'eau « vaporisée » éliminée par ces voies emportant 0 cal. 59 (Schaeffer). Cet accroissement a pour conséquence inéluctable une tendance marquée à la déshydratation tissulaire et rénale.

(1) E. LAMBLING. *Précis de biochimie*, Masson 1935, p. 583-587.

Tissulaire, elle intéresse surtout le système porte et aboutit à la production de poisons allant stimuler le fonctionnement des centres thermo-régulateurs, selon la théorie de l'*exsiccose* de Finkelstein.

Rénale, elle se produit au moment où la sécrétion urinaire est indispensable à l'élimination des déchets azotés. Ici, deux éventualités.

L'eau a-t-elle été donnée en quantité suffisante et le rein fonctionne-t-il normalement, aucun accident n'est à craindre, bien qu'il suffise juste à sa tâche.

L'eau a-t-elle été donnée en quantité insuffisante ? Les fonctions du rein sont-elles déficientes, comme c'est presque de règle pour ces petits malades (P. Nobécourt et Max Lévy, L. Ribadeau-Dumas et Max Lévy) ? Les accidents les plus graves sont à craindre. Ils sont de divers ordres :

1° *Azotémie.* Bien que le pouvoir de concentration du rein s'élève de 20, chiffre normal, à 40 % (Schaeffer), bien que les tissus livrent toute leur eau, l'urée et les corps azotés qui l'accompagnent s'accumulent dans le sang ;

2° *Rétention chlorurée ;*

3° *Acidose*, le NaCl possédant, entre autres propriétés, celle d'augmenter l'imprégnation chlorée.

Ainsi exposé, de par la déshydratation, au triple danger de l'azotémie, de la rétention chlorurée et de l'acidose, notre hypothrepsique risque fort de succomber.

***

Lorsqu'on utilise, dans l'alimentation du nourrisson *sain*, des aliments riches en albumine : lait de vache, farine de soja, larosan et, surtout, lait sec demi-écrémé, il faut donc veiller à ce que son régime contienne 150 grammes d'eau par kilogramme et par jour : « On conçoit, en effet, la nécessité absolue d'un *volume minimum d'eau*, un apport insuffisant entraînant une mobilisation des réserves hydriques de l'organisme et demandant au rein un effort de concentration supplémentaire » (Ed. Lesné et G. Dreyfus-Sée). On se rappellera que, chez lui, la soif, signe de déshydratation, doit toujours être satisfaite (J. Renault et Mad. de Tannenberg). Survient-il une hyperthermie solitaire, on augmentera le taux de la dilution.

S'agit-il d'un nourrisson *malade*, et particulièrement d'un hypothrepsique, on peut poser en principe que son rein est insuffisant ; on ne donnera donc des aliments riches en albumine que s'il est impossible de faire autrement : il sera indispensable alors de les lui prescrire en petite quantité, et de surveiller attentivement leurs effets.

LIVRES NOUVEAUX

Interprétation du fonctionnement du système nerveux par la notion de subordination. Subordination et posture, par Pierre MOLLARET. Préface du prof. LAPICQUE. Paris, Masson et Cie, 1937.

L'étude de la chronaxie, souvent aride encore même pour des neurologistes avertis, est loin d'avoir fourni à la physiologie et à la clinique tout ce qu'elles sont en droit d'espérer. La recherche bibliographique dans ce domaine est plus qu'une autre exposée aux lacunes, tant sont nombreux et dispersés les procès-verbaux de recherches. Il faut donc savoir à l'auteur, dont on connaît les titres neurologiques, le gré le plus vif d'avoir, en même temps qu'il publiait divers travaux originaux sur la matière, rappelé et coordonné à la fois historiquement et logiquement les travaux de ceux qui l'ont précédé dans ces recherches. Ainsi se trouve sur divers points dont l'importance ne fera que croître édifiée dès maintenant une synthèse qui fait bien augurer des progrès à venir.

L. BABONNEIX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 29 JUIN 1937)

Le dépeuplement. — L'Académie avait voulu consacrer une séance spéciale à l'étude de cette grave question. Trois orateurs étaient inscrits :

M. COUVELAIRE étudie les mesures propres à élever le taux de la natalité, il estime que c'est un problème avant tout d'ordre moral. Il met au premier rang des causes de dépopulation la restriction volontaire et examine la portée des mesures que l'on a prises pour l'enrayer. Après avoir rappelé le mot de M. J.-L. Faure : « Si l'on veut des enfants, il faut les payer », il reconnaît que les dégrèvements, les allocations maternelles, le sursalaire familial, la réduction des charges fiscales pour les pères de famille nombreuses ont ralenti un peu le dépeuplement progressif, mais n'ont pas réussi à augmenter le nombre des naissances. Un avantage massif offert à ceux qui veulent bien avoir des enfants aurait sans doute plus d'efficacité que ces avantages médiocres et multiples. Mais ce qui serait nécessaire par-dessus tout, ce serait de créer un « climat » favorable, d'enrayer la désertion des campagnes, le travail industriel des femmes et tant de causes qui créent l'état moral actuel. Ce climat, c'est surtout aux femmes qu'il appartient de le créer, et le problème de la dépopulation rejoint ici celui de l'éducation des filles.

M. BRINDEAU montre ensuite, la complexité du chapitre qui concerne le dépeuplement d'origine obstétricale, parle de la stérilité volontaire et aussi de la stérilité involontaire qui connaît des remèdes efficaces, de l'avortement criminel, dont il est impossible d'établir une statistique exacte et complète, de l'avortement spontané que l'on combat de mieux en mieux, de la mortalité des enfants à la naissance, qui est également bien moins importante à l'heure actuelle qu'elle ne l'était il y a peu d'années encore. Il conclut qu'au point de vue spécial de l'obstétrique, des progrès très réels ont été acquis.

M. Jules RENAULT et Mlle G. LABEAUME parlèrent de l'évolution de la protection infantile.

Une assistance très nombreuse se pressait dans la salle des séances. Nous avons remarqué le professeur Michalowicz, professeur de clinique pédiâtrique à l'Université de Varsovie ; le professeur Jean Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon ; le professeur Pierre Mauriac, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux ; le professeur Grynfelt, de Montpellier ; le médecin général Paître, directeur du Val-de-Grâce, et de très nombreux confrères appartenant aux *Journées médicales internationales de Paris*, aux *Journées d'amitié franco-polonaise* et aux *Journées internationales de la Santé publique*.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 9 AVRIL 1937)

Traitement des tuberculoses chirurgicales. — M. ROEDERER prsente un rapport sur un travail de MM. Carajanopoulos et Condodinos, d'Athènes ayant trait à la méthode de Finikoff dans la thérapeutique des tuberculoses externes. L'examen des vingt-neuf cas présentés par les auteurs permet de conclure que le procédé à l'étude a donné des résultats généralement satisfaisants.

Radiumpuncture du cancer du rectum. Résultats. — M. OPPERT.

Radiumpuncture du cancer du sein. — M. OPPERT étudiant la radiumpuncture dans les tumeurs du sein, la considère comme le traitement de choix dans certains cas limités.

L'hémiplégie spasmodique. — M. G. CAUVY montre que la rééducation motrice constitue un traitement fort utile de l'hémiplégie spasmodique ; il en est de même de la balnéothérapie. Mais le procédé qui utilise *synergiquement* ces deux modes de traitement est encore plus efficace. Dans le bain, en effet, les membres perdent de leur poids, les tissus s'assouplissent, les contractures diminuent, les mouvements s'exécutent plus facilement. En multipliant les efforts d'une manière méthodique, le sujet finit par établir ce que Brissaud a appelé la discipline *psycho-motrice* et, par suite, à accroître la force musculaire qui reste dans chaque segment de membre. Cette pratique utilisée par l'auteur permet d'enregistrer, comme le démontrent les observations, des résultats très intéressants.

Un cas banal de chancre syphilitique. Thérapeutique et assurances sociales. — M. Marcel PINARD.

Aérophagie du nourrisson. — M. AIMÉ.

Indication du forage de la prostate. — M. Georges LUYS,

(SÉANCE DU 24 AVRIL 1937)

Abcès froid sternal. — M. GRIMBERG présente une malade atteinte d'un abcès froid sternal guéri par son extrait bacillaire colloïdal par voie sous-cutanée.

Rhinoplastie par lambeau tubulé abdominal avec enjambement antibrachial. — M. CLAOUÉ.

Accoutumance au froid et à l'humidité. — M. G. ROSENTHAL considère que nombre de rhumatisants sont devenus de grands malades en raison d'une sensibilité exagérée au froid et à l'humidité. Cette sensibilité marque leur entrée dans la voie morbide et il est nécessaire de la combattre. La douche froide matinale sur les pieds, le quart d'heure de torse nu, le séchage retardé ou incomplet du torse après la toilette matinale sont la base de cette éducation.

Algies faciales et système nerveux sympathique. — M. DECHAUME montre que les algies faciales consécutives aux extractions semblent rentrer dans le groupe des causalgies avec vaso-constriction. L'injection autour de la faciale de novocaïne sans adrénaline, les médicaments sympathicolytiques, ont une heureuse action sur elles, de même que sur les algies dentaires liées à des lésions pulpaires ou périapicales et sur certaines algies faciales continues. C'est dans cette voie que doit s'orienter la thérapeutique de la douleur.

Immobilisation de la hanche par une vis plantée dans la tête fémorale au travers du toit de la cavité cotyloïde. — — M. DUPUY DE FRENELLE.

Lithiase biliaire dans l'ictère hémolytique. — M. P. LE GAC en apporte trois observations : une splénectomie faite à l'âge de 17 ans pour un ictère hémolytique, qui fut suivie de guérison.

Une deuxième observation dans laquelle on fit d'abord une cholécystectomie pour boue biliaire, cause d'ictère additionnel, puis secondairement, une splénectomie pour guérir l'ictère hémolytique. Enfin, une troisième observation d'une malade splénectomisée il y a 14 ans et opérée cette année de cholécystectomie pour lithiase pigmentaire. Il faut donc traiter tôt l'ictère hémolytique par la splénectomie, pour éviter les complications biliaires à distance.

Ce que j'ai vu à Berlin, par M. Pierre LE GAC.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1937)

Un cas de sacro-coxalgie avec abcès traitée par l'arthrodèse extra-articulaire. — M. VIDAL-NAQUET présente l'observation d'une malade de 34 ans chez laquelle il a pratiqué, selon la technique de Raphaël Massart, une arthrodèse extra-articulaire de l'articulation sacro-iliaque droite pour sacro-coxalgie avec gros abcès lombaire. Cette malade avait des antécédents bacillaires importants et un mauvais état général. Elle souffrait de douleurs à type de névralgie sciatique. Arthrodèse extra-articulaire au moyen d'un greffon tibial. Au bout d'un mois, les douleurs avaient totalement disparu et l'abcès, sans avoir été ponctionné, était complètement résorbé. Selon l'auteur, il n'est pas utile d'immobiliser dans un appareil plâtré. Un repos de quatre mois en décubitus dorsal est en général suffisant pour obtenir une bonne consolidation.

Fracture de cuisse chez le nouveau-né. — M. LAMY. Les fractures diaphysaires du fémur pendant l'accouchement sont heureusement rares. Elles se produisent surtout lors des manœuvres de force nécessitées par une présentation vicieuse, version podalique par exemple. Leur intérêt vient surtout de la difficulté de les maintenir, en raison des soins de propreté et des nécessités de déplacer le nourrisson. Fréquemment d'ailleurs, le chirurgien ne les voit qu'après consolidation lorsque la famille constate qu'il y a une grosse déformation. Celle-ci est caractérisée par les faits suivants : cal énorme, angulation extérieure très marquée, angulation latérale, décalage des fragments, parfois de plusieurs centimètres avec léger raccourcissement. Que faut-il faire? Attendre ou intervenir? L'intervention est une grosse opération en raison du volume du cal et de la nécessité d'un grand délabrement. De plus, la contention sera presque impossible ; l'extension, les vis, etc... sont très difficiles à bien réaliser. L'auteur présente un de ces cas revu récemment, pour lequel il a préconisé l'abstention : l'enfant, âgé aujourd'hui de deux ans, paraît normal. Le fémur a repris sa forme habituelle, sauf une légère incurvation à convexité antérieure qui tend à disparaître de plus en plus. Le raccourcissement est de quelques millimètres seulement.

Tarsoplastie pour pied creux valgus paralytique. — M. André TRÊVES présente une jeune fille de quinze ans, atteinte à deux ans d'une paralysie infantile qui lui a laissé cette lésion. Paralysie des jambiers, de l'extenseur propre et du triceps .aural ; hypertrophie du massif tarsien en dedans. Marche sur le bord interne du pied, grosse dépression sous-talonnière. Arthrodèse médio-tarsienne et sous-astragalienne, allongements des péroniers rétractés, transposition dans la partie externe du Chopart d'un coin osseux astragalien prélevé à la face interne. Le résultat au bout d'un an se maintient excellent. Flexion se faisant uniquement par l'extenseur commun, extension par les fléchisseurs profonds. La flexion et l'extension du pied sont normales, ainsi que l'aspect de celui-ci. Cette tarsoplastie, illogique dans le pied bot varus équin congénital, était ici tout à fait indiquée comme complément de la double arthrodèse, pour combler la brèche existant du côté externe.

Fracture du col huméral. Ostéosynthèse. Résultat éloigné. — M. DUCHET-SUCHAUX (de Vesoul).

Accidents dus à un follicule de dent de sagesse. — M. DUCHET-SUCHAUX (de Vesoul).

Deux cas de rupture sus-rotulienne du tendon du quadriceps fémoral. — M. Pierre LE GAC.

Deux cas d'abcès méso-cœliaques probablement d'origine appendiculaire. — M. BOVIER.

Les drogues à dynamisme élevé et la thérapeutique à doses minima. — M. TAGUET.

Bloc chirurgical à cellules opératoires stérilisables. — M. MASMONTEIL présente la maquette d'un bloc chirurgical qu'il vient de faire construire. L'air et les parois des salles sont stérilisés par la vapeur d'eau à 120°. Il se forme ainsi un brouillard dense qui est repris par un aspirateur et condensé sur une batterie réfrigérante. Les salles d'opération, de forme ovalaire, sont des cellules blindées ne con-

tenant ni appareil de chauffage, ni appareil d'éclairage ; les parois métalliques sont chauffantes ; le plafond comprend dans son épaisseur, une couronne lumineuse avec rayons infra-rouges et rayons ultra-violets.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1937)

Favus primitif de la jambe, contagion hospitalière. — MM. L. Ferrabouc, Ratie et P. Mosriconacci présentent un sujet atteint d'un favus à godets de la jambe ; a aussi une lésion érythémato-squameuse du bras que les auteurs rattachent à la même cause. Le cuir chevelu était et avait toujours été indemne. La contagion avait dû se produire à l'hôpital ; cinq faviques avaient en effet été abrités dans la même salle que le malade présenté.

La désinsectisation du casernement. Destruction des punaises. — MM. des Cilleuls et Bellon précisent les investigations à poursuivre pour mener à bien toute enquête relative à la désinsectisation des locaux et à ses résultats. Conséquemment, il leur apparaît possible d'apprécier avec exactitude l'efficacité respective des produits ou des procédés employés et les modalités de leur application et d'exercer, parmi eux, en toute connaissance de cause, un choix judicieux. Pour que l'enquête soit couronnée de succès, il est nécessaire de l'effectuer surtout près des médecins ayant une longue expérience des moyens mis en œuvre (médecins de régiment ou en service dans les camps), à l'égard de chaque produit utilisé, il faudra particulièrement tenir compte des éléments d'appréciation suivants : conditions, facilité et innocuité d'emploi, prix de revient, résultats, délais et causes de réinfection des locaux, moyens d'y pallier, etc...

M. Krick estime que pour réaliser une désinsectisation efficace, aucun procédé chimique ne peut dispenser de l'emploi de moyens mécaniques qui peuvent être suffisants s'ils sont méthodiques et poussés à fond.

M. Fontaine pense que la raison des insuccès si fréquents de la désintectisation tient bien plus à la qualité des locaux à désinsectiser qu'à la manière dont sont conduites les opérations.

Pour M. Schickèle, la désinsectisation n'est pas une opération aussi facile ni aussi simple qu'on pourrait le croire au premier abord. Elle exige une technique avertie et des moyens d'action matériels et financiers importants, dès qu'il faut traiter des bâtiments entiers comme le sont en général ceux des casernes de construction ancienne.

M. Carli estime que la nitro-sulfuration faite méthodiquement est efficace, mais elle demande du temps et est très onéreuse.

MM. Junquet et Gounelle préconisent la désinsectisation par la chloropicrine.

Note au sujet de la destruction des punaises dans les casernements. De quelques procédés en usage dans les armées étrangères. — MM. des Cilleuls, Sabrie et Kerny exposent les procédés en usage dans les armées britannique, belge, hollandaise, suisse, allemande et américaine. Trois procédés sont en usage à l'étranger : 1° la sulfuration, qui ne saurait donner que des résultats incertains ; 2° l'acide cyanhydrique, produit toxique dont l'emploi, réservé à un personnel très spécialisé, nécessite des mesures très strictes de précaution, et 3° l'oxyde d'éthylène, moins toxique, qui présente un grand intérêt tant au point de vue de son efficacité que de la commodité de son emploi.

Accidents produits par l'électricité industrielle. — M. Uzac apporte les considérations qui lui ont été suggérées par l'étude de 105 cas d'électrocution dus à des courants variant de 60.000 à 220 volts. Il confirme dans leur ensemble les données classiques ; il insiste sur la possibilité de dérivation partielle du courant et sur l'importance des résistances interposées, qui modifient notablement la quantité d'électricité reçue par l'organisme et par suite l'effet produit. A propos de ceux-ci, il constate une sorte de balancement entre les lésions locales et les effets généraux. La respiration artificielle reste le meilleur traitement des phénomènes d'inhibition.

Sur la difficulté de différencier le monocyte de certains leucoblastes au cours des états leucémiques. — MM. Counelle et Crosnier soulignent la difficulté d'interpréter exactement certains éléments mononucléaires lors de la lecture de frottis leucémiques. Faut-il les étiqueter leucoblastes à forme de cellules de Rieder ou monocytes ? Il semble bien que certaines des leucémies aiguës comportent de nombreuses cellules de Rieder.

A propos d'embolies par injections sclérosantes dans les varices. — M. Delater vient affirmer que la méthode sclérosante, pratiquée par des médecins spécialisés, guérit les varices sans danger, sauf rarissime exception.

Rhumatismes polyarticulaires chroniques déformants, type Poncet, amélioration par les traitements de Bourbonne-les-Bains. — MM. R.-P. Fontaine et A. Benitte rapportent les heureux résultats obtenus par les traitements thermaux et physiothérapiques de Bourbonne ; sédation des douleurs, régression de l'impotence, relèvement marqué de l'état général et de la tension artérielle.

La tension artérielle chez deux cent dix amputés de guerre traités à l'hôpital militaire thermal de Bourbonne-les-Bains. — MM. R.-P. Fontaine et A. Benitte.

(SÉANCE DU 11 MARS 1937)

Sur un cas d'agranulocytose. — MM. Le Bourdelles, Ginestet et Moutier relatent un cas d'agranulocytose primitive rapidement mortelle, à début buccal et ayant évolué sans leucopénie.

A propos du rhumatisme tuberculeux. — MM. Dutrey et Velluz en rapportent deux observations. L'origine bacillaire a été démontrée dans le premier cas par la présence de bacilles de Koch dans le liquide d'hydarthrose et dans le second par l'hémoculture (Lœwenstein), ainsi que par l'évolution fatale d'une méningite tuberculeuse.

Rythme bigéminé et aptitude au service. — M. P. Talon présente un cas de rythme bigéminé, vraisemblablement congénital, qui se maintient immuable depuis deux ans. L'auteur discute la décision à prendre en ce qui concerne l'aptitude au service.

Deux cas d'appendicite pelvienne. — MM. Perrignon, de Troyes, et du Bourguet.

MM. Ginestet, Guillermin et Coudane présentent un malade opéré **de tumeur mixte du palais.** Ils insistent sur le traitement qu'ils considèrent comme devant être uniquement chirurgical et pensent qu'en présence d'une tumeur aussi limitée et clivable, c'est une erreur d'instituer un traitement par irradiation qui nécessite une avulsion dentaire étendue et peut s'accompagner de radio-nécrose.

Le dépistage radioscopique systématique de la tuberculose dans l'armée. — Après un bref rappel des conditions dans lesquelles se pratique ce dépistage dans l'armée — où il complète le sévère examen médical d'incorporation —, M. Codvelle expose les données et les inconnues du problème de l'examen radiologique systématique. Les résultats obtenus jusqu'ici établissent sans conteste les bénéfices de ce dépistage, qui met en évidence un certain nombre de tuberculeux avérés insoupçonnables. Mais la méthode comporte quelques risques d'erreur.

Seule la mise en observation très prolongée peut fixer le degré de stabilité de ces lésions.

Quelques remarques sur le « dépistage radiologique » de la tuberculose pulmonaire. — M. F. Meersseman rapporte

brièvement les résultats d'une statistique personnelle portant sur 1.088 sujets examinés à la suite de la radioscopie systématique. Il insiste surtout sur la catégorie des images radiologiques douteuses et passe en revue quelques-uns des moyens cliniques, bactériologiques, sérologiques qui peuvent étayer la décision du médecin expert.

Un nouveau cas de favus des membres dû à une contagion hospitalière. — MM. Ferrabouc, Ratie et Maroger.

La désinsectisation du casernement (suite de la discussion). — MM. Georges Chainet, Walter, Muffang, Richard, Gounelle et Brigandat.

SOCIETE DE MEDECINE D'ALGER

(SÉANCE DU 8 JANVIER 1937)

Lithiase pancréatique. — MM. J. Lebon, Manceaux et Fabregoule rapportent l'observation d'un cas de lithiase pancréatique qu'ils suivent depuis plus d'un an. La maladie, qui se manifesta d'abord par des signes de dyspepsie banale, puis par des crises douloureuses épigastriques, fut diagnostiquée par l'examen radiographique, qui décela les ombres calculeuses caractéristiques. Du point de vue biologique, l'examen révéla un déficit net de la fonction pancréatique externe en même temps qu'une insuffisance pancréatique interne, sans glycosurie. La médication acide, poursuivie pendant plusieurs mois, échoua complètement.

Abcès du poumon et expectoration bacillifères. — MM. J. Loubeyre, Gonon et Payan rapportent l'observation d'un malade atteint de suppuration pulmonaire, suspect radiologiquement de tuberculose pulmonaire, chez lequel ils ne trouvèrent, à l'examen anatomique et histologique des poumons, aucun signe net de tuberculose pulmonaire. La présence du bacille de Koch dans les crachats fut pourtant décelée par l'inoculation au cobaye et des cultures sur milieu de Lœwenstein, alors que de nombreux examens directs étaient restés négatifs.

Péritonite putride et à spirochètes de Castellani, avec abcès miliaires du foie au cours de l'évolution d'un abcès du poumon. — MM. Loubeyre, Gonon et Payan. Observation qui ne tire d'intérêt que de l'extrême rareté de cette complication au cours d'un abcès du poumon, qui s'est constituée, dans le cas présent, par la propagation lymphatique transdiaphragmatique de l'infection pulmonaire.

Sur un nouveau cas d'anémie fébrile aiguë. — MM. Ed. Benhamou, G. Foures et R. Nouchy rapportent l'observation d'un homme de 25 ans qui présenta brusquement une fièvre élevée avec anémie extrême à 720.000 globules rouges et qui guérit rapidement par la cure de Whipple. Le paludisme n'était pas en cause, non plus que le kala-azar, bien qu'il y eût une réaction de Henry et une réaction de Chopra positives. La maladie de Biermer ainsi que l'ictère hémolytique congénital ne pouvaient être incriminés. La quinine aggrava les accidents qui confinèrent au coma ; le foie de veau cru fit disparaître les manifestations cliniques et sérologiques. Le nombre des observations publiées d'anémie fébrile aiguë ou maladie de Lederer-Brill dépasse actuellement la cinquantaine.

Un cas d'hypertension artérielle paroxystique d'origine probablement herpétique. — MM. Lacroix, Raynaud et Lanterno rapportent une observation typique d'hypertension artérielle paroxystique survenue chez une femme de 32 ans, et qu'ils ont pu suivre pendant plus d'une année. L'apparition d'herpès étendu, d'un syndrome polynévritique avec troubles psychiques et température, les conduisit à soulever l'hypothèse d'une localisation du virus herpétique au niveau des éléments nerveux régulateurs de la tension artérielle, et ils rapprochent leur cas de ceux de Trémolières et Véran et Villaret et Bloch d'hypertension artérielle d'origine nerveuse.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1937)

Sur la syphilis péritonéale chronique diffuse (présentation de pièces). — MM. Langeron et Lugez.

Deux observations de syphilis intestinale probable. — MM. Langeron et Lugez.

Le cancer primitif de la vésicule biliaire. (A propos de cinq observations personnelles). — MM. Langeron et Danès.

Sur un cas de crypto-leucémie myéloïde. — M. Bernard.

Anomalies congénitales et familiales du squelette du pied (Présentation de radiographies). — M. Boudaillez.

(SÉANCE DU 26 JANVIER 1937)

Hypospade, classé à tort dans le sexe féminin (Présentation de malade). — M. Lepoutre.

Résultat immédiat d'une isophénolisation des pédicules thyroïdiens, pour arthrite traumatique de la hanche. (Présentation de malade). — M. Desbonnets.

Tuberculose urinaire, suivie pendant plus de onze ans. — MM. Lepoutre et Bernard.

Perforation du rectum par effort, considérations thérapeutiques. — MM. Courty et Callens.

Le larynx tuberculeux. (Présentation de radiographies). — MM. Didier et Monnier.

L'abcès latéro-pharyngien. (A propos d'une observation). — MM. Didier, Van den Bussche et Sorrant.

Phlegmon diffus de l'aponévrose épicranienne. — M. Sorrant.

Une observation de reins polykystiques. — M. Dutilleul.

CHRONIQUE

DEUX CONFÉRENCES DU PROFESSEUR MORELLI

Invité par la Faculté de médecine, M. le professeur Eugenio Morelli, député au Parlement italien et directeur de l'Institut Carlo Forlanini à Rome, est venu faire deux conférences à Paris. L'une de ces conférences a eu lieu le 21 juin à l'hôpital Broussais, dans le service du professeur Emile Sergent. Le lendemain, M. Morelli a parlé à la clinique de la tuberculose chez le professeur Fernand Bezançon.

Chacune de ces conférences a réuni un auditoire brillant et nombreux, très attentif, qui n'a pas ménagé à l'orateur les marques d'admiration et de sympathie. Le professeur Morelli n'est-il pas une des figures les plus marquantes et aussi les plus attachantes de l'Italie moderne ? Elève de Forlanini, il est le continuateur du génial clinicien. A l'Institut qui porte le nom de son maître, M. Morelli a réalisé, dans un cadre magnifique, un centre de recherches et d'enseignement universellement connu. Notre confrère n'est pas seulement un biologiste et un phtisiologue dont le nom fait autorité, il est technicien, ingénieur, aviateur, inventeur et réalisateur. Cet homme de science est doué d'une activité prodigieuse. Vice-président du Comité national fasciste de lutte contre la tuberculose, aux côtés du grand animateur qu'est notre ami, le président Raffaele Paolucci, il est encore le chef ardent du Syndicat national des médecins italiens.

Sur le plan scientifique, sur le plan professionnel, sur le plan national, la personnalité de Morelli s'impose.

Conférence de l'hôpital Broussais. — M. le doyen Roussy, en accueillant le professeur Morelli, au nom de la Faculté, dans la clinique du professeur Sergent, trouva les termes les plus heureux et les plus vibrants pour le saluer et pour rappeler les liens intellectuels indestructibles qui unissent les universités italiennes aux universités françaises.

M. Sergent, qui, le premier parmi les Français, eut l'honneur d'enseigner à l'Institut Forlanini, rappela d'une façon émouvante l'impression très forte qu'il conserve de son séjour auprès de Morelli.

M. Morelli avait pris pour sujet de sa première conférence, la « *Physiothérapie pulmonaire appliquée à la collapsothérapie* ».

Après avoir retracé les principes fondamentaux de la mécanique respiratoire et de la physiopathologie pulmonaire, M. Morelli insista sur l'importance de l'élasticité alvéolaire, cause du vide pleural. Il rappela comment la mécanique respiratoire est reliée à celle de la circulation et à la fonction des organes abdominaux et insista sur le rôle du diaphragme qu'il compara à un véritable « piston » commandant la statique de tous nos viscères.

Aidé par son assistant, notre aimable confrère Scanziani, M. Morelli présenta son poumon artificiel, très ingénieux appareil de démonstration qui permet de mieux faire comprendre aux étudiants l'importance de l'élasticité de la paroi thoracique.

Conférence de Laënnec. — Une assemblée plus nombreuse encore que la veille s'écrasait dans la salle de conférences de l'hôpital Laënnec, pour entendre le maître italien.

Le professeur F. Bezançon souhaita la bienvenue à son collègue, et lui dit sa joie de voir le disciple de Forlanini dans le vieil hôpital, en voie de rénovation, qui s'abrite sous le nom illustre de Laënnec.

Dans cette seconde conférence, M. Morelli parla du *traitement des blessures du poumon* et de la thérapeutique qu'il a créée et largement appliquée durant la grande guerre. Rappelons que le service de santé militaire italien avait mis à sa disposition plusieurs hôpitaux pour la cure des blessures des poumons. Il fit alors descendre la mortalité de 34 p. 100 à 4 p. 100. La cure de Morelli est basée sur la compression du poumon blessé par l'institution d'un pneumothorax artificiel. Il applique à ces blessures les mêmes principes que son maître, le professeur Forlanini avait appliqués avec tellement de succès dans la cure de la tuberculose pulmonaire.

M. Morelli parla aussi des méthodes de cure dans les complications les plus graves, comme par exemple, celles des hémorragies, des épanchements hémorragiques et purulents de la plèvre. Il fit des démonstrations pratiques du fonctionnement de son appareil à pneumothorax dans les thoracentèses, les lavages de la plèvre, la cure de l'emphysème. Son appareil a été introduit dans la pratique de tous les sanatoria italiens. Parmi les remarquables appareils que M. Morelli, aidé de M. Scanziani, présenta, il faut insister sur le ballonnet qu'il emploie pour les plaies de poitrine : un drain traverse un ballonnet de caoutchouc très souple qui se gonfle par un ajutage spécial. Une fois gonflé, l'appareil prend la forme d'un diabolo comprimant la plaie des deux côtés, arrêtant l'hémorragie pariétale et empêchant l'emphysème sous-cutané. Cet appareil, extrêmement simple, a donné les meilleurs résultats à M. Morelli.

A la fin de cette conférence, M. le professeur Roussy exprima au professeur Morelli les remerciements de la Faculté de médecine pour ces deux conférences si instructives. Avec chaleur et émotion, il fit des vœux pour un resserrement toujours plus intime des relations amicales entre nos deux grands pays.

F. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 1er juillet. — Jury : MM. Lemaître, président ; Lenormant, Halphen, Velter. — M. Lambert. Contribution à l'étude des caries dentaires chez les femmes enceintes. — M. March. Contribution à l'étude des lipomes de la langue. — M. Pertus. De la fistulisation des phlegmons périamygdaliens dans le conduit auditif externe. — M. Pouquet. Contribution à l'étude des goitres intra-trachéaux. — M. Rialland. Ozones et ozonides terpéniques en stomatologie. — M. Zha. Acquisitions récentes sur les kystes uniloculaires d'origine dentaire. — M. Vincent. Traitement des plaies infectées et des foyers de suppuration par le savon.

— Jury : MM. Besançon, président ; Laubry, Bariéty, Troisier. — M. Brandel. Etude sur les épreuves fonctionnelles respiratoires. — M. Diéras. La thoracoplastie antérolatérale par voie sous-pectorale. — M. Fuller. Contribution à l'étude de la thérapeutique cardio-rénale. (La théophyline-éthylène-diamine). — M. Lalonde. Les signes d'auscultation chez les anciens porteurs de pneumothorax. — M. Lobjois. L'index et le virage de la cutiréaction tuberculinique dans un service de médecine sociale infantile. — M. Neumann. Contribution à l'étude de la maladie de Pelger. — M. Touboulic. Les apicolyses sans plombage dans le traitement des cavernes pulmonaires. — M. Laure. Le syndrome de l'éréthisme cardiaque des adolescents. — Mlle Mehler. Le traitement des pleurésies purulentes chez l'enfant.

Vendredi 2 juillet (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Champy, président ; Lesbouyriès, Panisset, Simonnet. — M. Alzear. Observations pratiques sur la prévention physiologique de l'avortement épizootique des bovidés. — M. Bage. Stérilité et vitamine « E ».

Samedi 3 juillet. — Jury : MM. Chevassu, président ; Cunéo, Rathery, Mollaret. — M. Maurisset. Observations sur la thérapeutique de l'incontinence essentielle d'urine dans ses rapports avec le déséquilibre acido-basique. — M. Adrianopoulos. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum. — M. Houradou. De l'emploi de l'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse dans les curetages pour avortements. — M. Montarnal. Sur des cas d'exploration pyélo-urétérale pratiqués à l'hôpital d'Argenteuil. — M. Dupuis. Etude sur les réactions biologiques de la tuberculose.

— Jury : MM. Gougerot, président ; Lereboullet, Rouvière, Vignes. — M. Francis. Du diagnostic précoce de la syphilis au moyen de la séro-réaction B. de Vernes. — M. Bigeard. Destruction leucocytaire aiguë, phénomène fondamental de la crise nitritoïde post-arsénobenzolique. — M. Guillemain. Traitement du lichen plan par le stovarsol buccal. — M. Joly. Contribution à l'étude de la syphilis dans la ville de Rennes, de mars 1935 à mars 1937. — M. Viardot. Contribution à l'étude de l'analgésie obstétricale par la cyclopentenyallylmalonylurée. — M. Gerchater. Les chylothorax dans l'enfance. — M. Hakim. Recherches sur l'articulation sacro-iliaque chez l'homme et chez les anthropoïdes.

L'anatoxine staphylococcique et le traitement des affections à staphylocoques (Etude clinique et immunologique). Un vol. grand in-8° de 169 pages, chez Vigot Frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris (6e). 1937.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 54. — MERCREDI 7 JUILLET 1937. 110° ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE. — Epreuve orale théorique (séance du jeudi 2 juillet).

Question posée : oreillons. MM. les docteurs Rémy-Néris, 18 ; Bourgeois, 19.

Facultés de médecine. — *Liste d'aptitude aux fonctions de chef de travaux dans les Facultés de médecine et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie.*

Histologie : MM. Broussy, Gros.

Bactériologie : MM. Fabiani, Moureau.

Physique : Mlle Achard, MM. Castagné, Desgrez (Henri), Latarjet (Raymond).

Pharmacie et pharmacie chimique : MM. Cazaux, Dufilho, Mesnard.

Pharmacie et histoire naturelle pharmaceutique : M. Tempère.

Botanique : M. Girard.

Chimie : MM. Badinand, Rangier.

Faculté de médecine de Paris. — MM. les étudiants sont informés :

1° Que les consignations en vue des examens de la session d'octobre 1937 seront reçues les 1er et 2 octobre.

2° Que les consignations pour la session d'octobre en chirurgie dentaire seront reçues les 4 et 5 octobre.

3° Que les consignations en vue des cliniques et de la thèse seront reçues les lundi et mardi de chaque semaine à partir du lundi 4 octobre.

4° Les deux premières inscriptions de l'année scolaire 1937-1938 seront délivrées aux étudiants de 2e, 3e, 4e et 5e année, ayant satisfait à la scolarité ainsi qu'aux examens afférents à leur année respective, à partir du vendredi 8 jusqu'au samedi 23 octobre 1937.

— STAGES COMPLÉMENTAIRES DE VACANCES 1937. — L'enseignement pour les stagiaires sera organisé pendant les vacances du 15 juillet au 31 octobre 1937, dans les services de : M. le professeur Carnot, à l'Hôtel-Dieu ; M. le professeur Pierre Duval, à l'hôpital de Vaugirard. MM. les étudiants ayant un stage à compléter devront adresser à M. le Doyen une demande rédigée sur papier timbré avant le 13 juillet 1937. Ils désigneront la date à laquelle devra commencer leur stage : 15 juillet-15 août-15 septembre. Pourront également s'inscrire les étudiants qui, tout en étant en règle au point de vue stage, seraient désireux de suivre un service pendant les vacances.

Légion d'honneur. — GUERRE (*active*). — *Grand officier :* M. le médecin général inspecteur Sorel, inspecteur général du Service de santé des colonies.

Commandeur : MM. les médecins généraux Hornus, Cochois et Heckenroth ; M. le médecin colonel Pinchon.

Commandeur (Réserve) : M. le médecin colonel Mendelssohn.

— SANTÉ PUBLIQUE. — *Chevalier :* M. Jean Clément, à Paris ; M. Paul-Jules Martin, à Darnieulles.

Ministère de la Santé publique. — *Listes d'aptitude aux fonctions de médecin-directeur et médecin-adjoint des sanatoriums publics.*

Conformément aux dispositions des décrets des 10 août

1920 et 21 novembre 1935, sont inscrits les candidats ci-après (par ordre alphabétique) :

1° *Médecin-directeur*

M. le docteur Châtonnier, Mlle le docteur Chemin, M. le docteur Choffé (pour les sanatoriums traitant les tuberculoses osseuses et ganglionnaires seulement), Mlle le docteur Fié, Mlle le docteur Jamin, Mme le docteur Marquant-Kuntz, M. le docteur Thomson, M. le docteur Warnery.

2° *Médecin-adjoint*

Mlle le docteur Allain, M. le docteur Arribehaute, M. le docteur Benau, M. le docteur Gau, M. le docteur Gautheron, M. le docteur Jacquet, M. le docteur Langeard, M. le docteur Lecoq, M. le docteur Le Moniet, M. le docteur Liron, M. le docteur Machelidon, M. le docteur Meyer, M. le docteur Pérol, Mme le docteur Poivet-Sarthou, M. le docteur Pressat, Mlle le docteur Raymond, M. le docteur Rossignol, Mlle le docteur Tarrade, M. le docteur Temple, M. le docteur Vivant.

Ces inscriptions sont valables pendant le deuxième semestre 1937.

Société de médecine de Paris. — La Société de médecine de Paris organise en l'honneur de ses membres correspondants français et étrangers, une séance solennelle qui aura lieu le vendredi 9 juillet, à 17 heures, salle de la Société de Géographie, 184, boulevard Saint-Germain, Paris.

A l'issue de la réunion, un vin d'honneur sera offert aux invités.

Hôpital Boucicaut. — La cérémonie en l'honneur des cinquante ans de service de Mère Saint-Prosper, aura lieu le lundi 12 juillet 1937, à 11 h., à l'hôpital Boucicaut, 78, rue de la Convention.

CHRONIQUE

LE CENTENAIRE DE LA MORT DE DESGENETTES

Le 27 juin, on a commémoré, en grande pompe, à Alençon, le centenaire de la mort d'un des plus illustres enfants de cette ville, le Baron Desgenettes, le célèbre médecin en chef de l'armée d'Egypte.

Né à Alençon en 1762, mort en 1837 à l'Hôtel des Invalides, René-Nicolas Dufriche, Baron Desgenettes, fut inspecteur général du Service de Santé, médecin en chef de la Grande Armée, membre de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris, commandeur de la Légion d'honneur : tels sont les titres qui sont inscrits au-dessous du beau médaillon de David (d'Angers), placé à l'entrée du pavillon militaire de l'hôpital d'Alençon, pavillon qui portera dorénavant le nom de Pavillon Desgenettes.

La cérémonie se déroula par un temps splendide dans la cour de l'hôpital d'Alençon, fort joliment pavoisée, en présence des notabilités de la ville et du département. Des représentants des différentes compagnies auxquelles avait appartenu Desgenettes rehaussaient, par leur présence, l'éclat de la cérémonie.

De nombreux discours furent prononcés, mais ils furent d'une qualité et d'une variété telles que le temps passa vite à les écouter.

Le très distingué président de la Société historique et archéologique de l'Orne, M. Tournouer, auquel revenait l'initiative de cette manifestation, ouvrit la série des discours.

Après lui, on entendit M. Chesneaux, maire d'Alençon, le docteur Eltrich, président du Syndicat des médecins de l'Orne, dont les paroles firent une profonde impression par l'élévation morale et le sentiment de dignité professionnelle qui en émanaient.

Le vénéré professeur Forgue avait tenu à venir, de sa lointaine retraite ariégeoise, apporter à Desgenettes l'hommage de la Faculté de médecine de Montpellier, où l'illustre enfant d'Alençon termina ses études et passa sa thèse.

M. Forgue rappela le cérémonial pittoresque que représentait à Montpellier une soutenance de thèse et que Desgenettes apprécia fort.

Prirent ensuite la parole, le professeur Laignel-Lavastine au nom de la Faculté de médecine de Paris, où Desgenettes enseigna la physique et l'hygiène ; M. Pierre Wiart qui, au nom de l'Académie de chirurgie, apporta l'hommage des chirurgiens à la médecine militaire et rappela l'union amicale, faite d'estime et de confiance réciproques, qui s'est créée pendant la grande guerre entre les civils et les militaires.

Le Service de Santé militaire était représenté par le médecin général Paître, directeur du Val-de-Grâce, dont le discours fut particulièrement goûté dans son fond comme dans sa forme.

L'Académie des Sciences avait délégué M. Maurice d'Ocagne, lui aussi originaire de l'Orne, qui, dès la veille au soir, dans le bel hôtel Libert, propriété de la Société historique de l'Orne, nous avait entretenus, en une conférence fort goûtée, de la jeunesse de Desgenettes, d'après ses mémoires.

Enfin le secrétaire général de la préfecture, M. Ernst, par une courte mais vibrante allocution pleine de patriotisme, clôtura la série des discours.

Dans l'après-midi, après le banquet traditionnel, on se retrouva à l'hôtel Libert et là, au milieu d'une remarquable collection de documents réunis en un « Musée Desgenettes », on eut le régal d'une fort intéressante conférence du professeur Forgue, sur « les Pestiférés de Jaffa ».

Le lendemain 28, la Société historique de l'Orne, accompagnée d'un certain nombre d'invités, se rendit à quelques kilomètres d'Alençon, au Manoir des Genettes. C'est à cette petite propriété (actuellement à Georges Labey) qu'avait achetée Nicolas Dufriche, grand-père de René-Nicolas Dufriche, baron Desgenettes, que celui-ci doit son nom.

G. L.

Nécrologie. — Le docteur Raymond Boissier, stomatologiste des hôpitaux, licencié ès sciences, docteur ès lettres.

— Le docteur Boël, à Allevard.

— Le professeur Etienne Rollet, professeur honoraire de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Lyon.



LE ROLE PRÉVENTIF DES INJECTIONS INTRA-ARTÉRIELLES MÉDICAMENTEUSES DANS LE TRAITEMENT DES TRAUMATISMES INFECTÉS DES MEMBRES

Par M. JACQUES HENRIET (de Pontarlier)
professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Besançon

« Puisque, dans une plaie, il y a en germe toutes les possibilités d'infection sans que rien puisse permettre un diagnostic d'évolution, il faut, systématiquement, dès les premières heures, supprimer à la fois les microbes et le milieu de culture à la limite des tissus sains. »

Dans cette phrase, notre Maître le Professeur Leriche indique la place que doit tenir le traitement préventif dans la thérapeutique des plaies infectées : l'excision et le nettoyage passent certes au premier plan, mais supprimer chirurgicalement les microbes à la limite des tissus sains n'est pas toujours chose facile ni même possible lorsqu'un certain retard, dans l'acte chirurgical, n'a pas empêché l'autolyse des tissus nécrosés et la pullulation microbienne à leur niveau.

Or, dans la pratique civile, il n'est pas rare, pour le chirurgien, d'avoir à traiter des traumatismes datant de 10, 15 ou 20 heures. Ce laps de temps est trop long pour que le traitement habituel donne entière satisfaction : il reste encore beaucoup de possibilités d'infection dont rien ne permet de diagnostiquer l'évolution. C'est à ce moment qu'entre en lice la longue liste des médications vaccino et sérothérapiques préventives ; c'est dans ces cas où les traitements habituels paraissent insuffisants parce que tardifs et où la prophylaxie médicamenteuse paraît avoir quelque intérêt, que nous avons pratiqué les injections intra-artérielles médicamenteuses avant l'apparition des phénomènes inflammatoires. C'est à l'heure où le chirurgien s'arme de médications préventives que nous avons utilisé la voie artérielle : en même temps que l'injection sous-cutanée de sérum antitétanique, nous avons pratiqué l'injection intra-artérielle médicamenteuse.

La thérapeutique curative par voie artérielle qui paraît être une méthode récente, a été utilisée depuis de longues années déjà ; dès 1913 le Professeur Leriche, en collaboration avec Jules Courmont, a injecté du sérum antitétanique dans la carotide d'un tétanique grave.

C'est la pratique de l'artériographie et les travaux de Renaldo dos Santos qui ont remis à la mode l'injection intra-artérielle et ont montré avec quelle facilité cette voie pouvait être utilisée. Dès lors, de nombreux travaux expérimentaux et cliniques se sont succédé, et tout récemment en France Huet et de Fourmestraux (1934), Goinard (1935), Tixier (1935), Arnulf et Frieh (1936), Ricard (1937) ont rapporté des observations dont les résultats sont très encourageants, parfois même surprenants.

C'est dans le service du Professeur Leriche à la clinique chirurgicale A de l'hôpital civil de Strasbourg que nous avons pratiqué nos premières injections intra-artérielles médicamenteuses ; et, en 1932, en collaboration avec notre ami le Professeur Fontaine, nous avons rapporté d'heureux résultats dans le traitement des arthrites gonococciques.

Depuis ce moment nous avons fréquemment employé les injections intra-artérielles médicamenteuses; nous les avons employées à titre curatif et à titre préventif.

Dans cet article nous voulons seulement rapporter quelques observations dans lesquelles le traitement préventif nous a paru donner des résultats favorables.

Juger de l'action préventive d'une thérapeutique n'est pas chose facile ; dire quelle part revient aux médicaments, quelle part revient à l'évolution spontanée de l'infection ne peut être précisé avec une rigueur scientifique et on est obligé de n'apprécier les résultats qu'avec approximation et sur de simples impressions : dans chacune de ces observations nous avons eu l'impression que l'injection intra-artérielle pratiquée avant l'apparition des phénomènes septiques en avait enrayé la marche ou diminué la gravité.

Qu'une fracture ouverte de jambe traitée à la 13e heure s'infecte, qu'une fracture de Dupuytren avec ouverture de l'articulation tibio-tarsienne laissée sans soin pendant 15 heures s'infecte, qu'un traumatisme ouvert des petites articulations du tarse ou du carpe traité tardivement s'infecte, tout cela paraît banal et normal ; c'est dans ces cas où, malgré le traitement chirurgical habituel, nous avions des raisons de craindre une infection grave, que dès l'arrivée du malade, nous avons pratiqué l'injection intra-artérielle médicamenteuse au même titre que l'injection de sérum antitétanique et que nous avons eu l'impression que notre thérapeutique avait pu jouer un rôle empêchant vis-à-vis de l'infection.

La substance médicamenteuse que nous avons employée, a toujours été la solution hydro-alcoolique de mercurochrome à 2 %. Non pas que nous lui octroyons un rôle plus particulièrement actif mais parce que les nombreuses injections intra-artérielles et intraveineuses que nous avons pratiquées, nous ont assuré de son innocuité.

Depuis le jour où, dans une causerie du soir, le Professeur Leriche nous a assuré de l'efficacité et de l'innocuité du mercurochrome, « il semble, disait-il que dans une septicémie chirurgicale grave on ait le droit d'injecter du mercurochrome dans les veines », nous avons employé le mercurochrome dans notre service de la Maternité de Pontarlier : dans les nombreux cas d'infection puerpérale que nous avons eu à traiter, nous avons toujours employé le mercurochrome intra-veineux avec succès et nous n'avons jamais observé la moindre intolérance ni le moindre choc malgré la répétition des injections, et nous pensons que si, injectée dans le torrent circulatoire central par voie veineuse, la solution de mercurochrome n'occasionne aucun trouble, à plus forte raison doit-elle paraître plus inoffensive si elle est injectée dans le torrent périphérique par voie artérielle. Seuls étaient à craindre les incidents artériels signalés par Goinard ; nous ne les avons jamais observés.

A côté de son innocuité, la solution de mercurochrome nous paraît présenter un autre avantage ou plutôt une garantie : la garante de son efficacité *in vitro* ; les nombreux cas d'infection puerpérale que nous avons traités par l'injection intraveineuse de mercurochrome nous ont amenés à contrôler l'efficacité de ce médicament, et Mlle Regard, ancienne élève de l'Institut Pasteur, a bien voulu se charger de l'expérimentation suivante :

Dans une première série d'expériences une émulsion de streptocoques a été ensemencée dans 10 centimètres cubes de bouillon nutritif ordinaire d'une part et dans 10 centimètres cubes de bouillon nutritif additionné de 5 centimètres cubes d'une solution de mercurochrome à 2 % d'autre part. Après 24 heures d'étuve à 37° on a constaté qu'il ne s'est développé aucune culture dans le milieu contenant du mercurochrome tandis que la culture a été abondante dans le bouillon ordinaire.

Dans une deuxième série d'expériences, une plaque de gélose a été ensemencée avec du streptocoque. Après 24 heures d'étuve il a été répandu à la surface de la culture une solution de mercurochrome à 2 %. Un repiquage de la culture sur gélose inclinée n'a pas donné de nouvelle culture après 24 heures de contact. D'autre part, un examen microscopique a montré que les éléments microbiens sont devenus difficilement colorables par la méthode de Gram.

Ces expériences ont été faites à plusieurs reprises aussi souvent que nous avons eu des hémocultures positives, et avec différents microbes : streptocoque, staphylocoque, entérocoque et colibacille.

A cause donc de son innocuité et de son action in vitro, à cause aussi de l'habitude que nous en avons acquise dans le service du Professeur Leriche, nous avons toujours employé dans nos diverses observations la solution de mercurochrome à 2 % pour les injections intra-artérielles médicamenteuses.

Observations

Observation N° 1. — Mme B..., 48 ans, nous a été envoyée le 9 mai 1935 pour fracture ouverte de la jambe gauche.

La veille au soir, vers 21 heures, la malade, au cours d'une discussion conjugale, tombe dans les escaliers et se fracture la jambe, elle saigne abondamment ; le médecin appelé le lendemain matin trouve la malade étendue sur un lit malpropre et ensanglanté ; il fait un pansement rapide et envoie la malade à l'hôpital.

A l'arrivée, vers 13 heures, on fait un examen radiologique : fracture ouverte des 2 os de la jambe gauche avec fragment intermédiaire à gros déplacements. A l'examen clinique : gros hématome de la jambe se vidant mal par un orifice cutané, sale et déchiqueté.

Sous anesthésie générale à l'évipan : on excise largement la plaie, on lave à l'éther et au mercurochrome et on applique une gouttière plâtrée après réduction, et cela 15 heures après l'accident. On pratique en même temps une injection de sérum antitétanique purifié et par ponction artérielle sous l'arcade crurale, on injecte dans l'artère fémorale une solution de mercurochrome à 2 %. Le lendemain, puis le troisième, puis le sixième jour, nous répétons la même injection intra-artérielle.

Les suites sont remarquablement simples et la malade quitte le service trois semaines plus tard avec son appareil plâtré sans avoir fait la moindre ascension thermique.

Observation N° 2. — M. G... nous est envoyé à l'hôpital le 15 juin 1935 pour une plaie du pied. Ouvrier bûcheron, le blessé s'est donné un coup de hache sur la face dorsale du pied droit, il a ainsi ouvert le premier espace métacarpien dans toute sa longueur et dans toute son épaisseur, a sectionné le scaphoïde, a ébréché l'astragale et la malléole tibiale antérieure et ouvert l'articulation tibio-tarsienne ; il est opéré à la neuvième heure : sous anesthésie locale, on excise la plaie, on synthèse au catgut le scaphoïde et ferme, sur un léger drainage par faisceau de crins, l'articulation tibio-tarsienne et on applique un appareil plâtré.

En même temps qu'un sérum antitétanique sous-cutané, on injecte, intra-artérielle, une solution de mercurochrome à 2 % selon la technique habituelle. Nous renouvelons deux fois l'injection intra-artérielle, au dixième jour on fait le premier pansement qui est propre et on supprime le drainage. Au 19e jour, le malade rentre chez lui, remis entre les mains de son médecin qui continue les soins.

Ni du côté osseux, ni du côté articulaire, ni du côté cutané nous n'avons eu la moindre suppuration.

Observation N° 3. — M. L... nous est envoyé un dimanche de novembre 1936. Par suite de difficultés téléphoniques et des difficultés de transport créées par une abondante chute de neige, le malade n'est traité que 15 heures après son accident : fracture avec gros chevauchement de la jambe gauche ; le fragment supérieur a perforé la peau. Sous anesthésie locale : on excise la peau ; la réduction étant impossible, on fait une traction avec une broche de Kirschner transmalléolaire, on injecte du sérum antitétanique sous la peau et, dans l'artère fémorale, 10 centimètres cubes d'une solution de mercurochrome à 2 % selon la technique habituelle.

Les suites sont simples : contention par appareil plâtré de Delbet après réduction au troisième jour ; au 25e jour, lors du renouvellement de l'appareil plâtré, il n'y a pas le moindre signe d'infection ; mais au 40e jour le malade, sans avis médical, se remet à marcher, il se produit un gros déplacement qui nous oblige à pratiquer une ostéosynthèse. Trois semaines après l'ostéosynthèse, le malade subit un traumatisme au cours d'un transport et nous le revoyons avec un gros hématome suintant de la région opératoire. On enlève la plaque et pratique deux injections intra-artérielles. Au huitième jour au premier pansement, après l'ablation de la plaque, la cicatrisation est obtenue par primam, et quelques jours après, le malade quitte le service sans aucun signe d'infection, malgré les traumatismes répétés au niveau d'un foyer de fracture ouvert.

Observation N° 4. — Le jeune H... nous est envoyé à l'hôpital le 17 décembre 1936. A 6 heures du matin en façonnant un arbre gelé, sa hache a dérapé et a atteint la face dorsale de la main gauche. Il attend chez lui jusqu'au soir l'arrivée de son médecin qui l'envoie à l'hôpital. A l'examen : section des tendons extenseurs et du long abducteur du pouce, section oblique de la tête du premier métacarpien avec ouverture de l'articulation trapézo-métacarpienne. On intervient à 17 heures, soit 11 heures après l'accident : excision, nettoyage minutieux, lavage à l'éther et au mercurochrome. Synthèse de la tête du métacarpien au catgut et suture des tendons. La peau n'est pas refermée. On pratique, en même temps que le sérum antitétanique sous-cutané, une injection intra-artérielle de mercurochrome dans l'artère humérale au pli du coude ; l'injection est répétée le lendemain et le troisième jour. Les suites sont absolument simples : au 12e jour, on ferme la

plaie par des petites greffes de Davis pour hâter la cicatrisation de la plaie chez le blessé qui, soutien de famille, est pressé de reprendre son travail.

OBSERVATION N° 5. — M. L..., ouvrier agricole, nous est envoyé le 15 janvier 1937. Dans la matinée, vers 8 heures, le malade fait une chute sur le verglas et rentre chez lui. Eprouvant de vives douleurs, il appelle son médecin qui, occupé à ses consultations, nous l'adresse par simple billet à l'hôpital. Retenu ailleurs, nous ne rentrons à l'hôpital de Pontarlier que dans la soirée et trouvons ce malade vers 20 heures, soit 12 heures après son accident.

A l'examen radiologique, on trouve une fracture sus-malléolaire du péroné avec arrachement de la malléole tibiale et fracture de la malléole postérieure avec une luxation complète du pied en dehors. Sur tout le pied on note de très nombreuses éraflures. La malléole interne saille sous la peau qui, sous l'étendue d'une pièce de 5 fr. est tendue, violacée presque sphacélique (le malade avait fait plus de 500 mètres à pied pour rentrer chez lui). Nous hésitons à exciser cette peau dans la crainte d'ouvrir trop largement l'articulation déchiquetée. Après réduction, nous pratiquons une injection de sérum antitétanique et, par ponction de la fémorale sous l'arcade crurale, une injection intra-artérielle de 10 centimètres cubes d'une solution de mercurochrome à 2 %. Réinjection le deuxième, puis le quatrième jour. Les suites sont absolument simples et le trentième jour, nous pratiquons un vissage malléolaire pour réduire, selon la méthode du Professeur Leriche, le diastasis persistant.

OBSERVATION N° 6. — M. F... nous est envoyé le 20 janvier 1937. La veille au soir, vers 23 heures, le blessé a fait une chute dans un sentier, il est rentré chez lui et éprouvant de vives douleurs n'a pu se déchausser ; au matin, il appelle son médecin qui nous l'envoie ; nous le revoyons dans l'après-midi vers 14 heures : il s'agit d'une fracture du Dupuytren largement ouverte sur la face dorsale du pied avec luxation complète du pied en dehors. Le blessé, alcoolique, tabétique probable, est sale, presque répugnant. Après les soins de propreté élémentaire, on excise la plaie déchiquetée ; on lave très abondamment l'articulation, on draine et on applique un appareil plâtré largement fenêtré. Nous injectons dans l'artère fémorale 10 centimètres cubes d'une solution de mercurochrome à 2 %, nous renouvelons l'injection tous les jours pendant les trois premiers jours, puis tous les deux jours ; le malade fait une légère ascension thermique à 38°5 pendant 5 jours, mais ne souffre pas du pied. Un regard jeté sur la plaie ne montre ni rougeur ni infection et nous continuons les injections intra-artérielles : à chaque pansement, fait aussi rare que possible d'ailleurs, il s'écoule une certaine quantité de sang par l'orifice de drainage articulaire, mais pas de pus. Au trentième jour, nous changeons l'appareil plâtré, il s'écoule toujours de l'articulation une certaine quantité de sang qui nous empêche de supprimer le drainage.

Au 40e jour, la plaie prend un mauvais aspect, les bords rougissent, un léger œdème apparaît. En arrière de la jambe et sur le dos du pied apparaissent des fusées séro-hématiques que nous incisons ; l'écoulement articulaire devient louche puis sale, trois injections intra-artérielles ne donnent aucune amélioration. Au 45e jour, le pied et la jambe non œdématiés, le malade souffre. L'examen radiologique montre une grosse décalcification : la température est à 38°5 ; sous anesthésie locale, nous pratiquons une amputation de la jambe au lieu d'élection.

Nous tenons à rapporter cette observation bien que le résultat ne soit pas démonstratif ni excellent ; toutefois, dans cette observation, nous notons les points suivants :

L'injection intra-artérielle de mercurochrome faite préventivement a empêché l'apparition de phénomènes inflammatoires qui n'auraient rien eu d'étonnant : fracture ouverte intra-articulaire datant de 15 heures chez un malade malpropre qui n'avait reçu aucun soin ; le rôle préventif de l'injection intra-artérielle nous a paru éclatant. Plus tard, l'injection intra-artérielle faite à l'apparition des phénomènes inflammatoires n'a pas empêché le développement d'une infection secondaire qui a conduit à l'amputation, mais qui n'a été qu'une infection subaiguë sans phénomènes généraux graves.

Nous distrayons ces six observations d'une série de 25 cas d'injections médicamenteuses intra-artérielles pour infections diverses des membres.

Dans ces six observations l'injection intra-artérielle a été faite à titre préventif. Bien que l'action préventive soit difficile à prouver avec une rigueur scientifique, ce rôle nous a toutefois semblé assez net dans certains cas. Il paraît d'ailleurs logique : les observations publiées par Goinard, Arnulf, Frieh, Ricard, et par nous-même, attestent de l'efficacité des injections intra-artérielles dans le traitement curatif des infections graves des membres. Si cette action est indiscutable dans les cas où une infection grave est déclarée, à plus forte raison peut-elle être admise et paraît-elle plus facile alors qu'il n'y a pas encore de pullulation microbienne, alors que l'ensemencement au niveau des désagrégations tissulaires ne s'est pas produit, alors que la substance médicamenteuse n'a à lutter que contre une infection latente ou à peine déclarée ou simplement en puissance.

Nous souscrivons aux conclusions de Arnulf et Frieh dans leur article sur les injections intra-artérielles médicamenteuses : ce mode thérapeutique mérite d'être pris en considération ; il ne doit pas être substitué au traitement chirurgical habituel mais l'accompagner ; sa technique est simple et ses indications nombreuses. Toutefois nous croyons pouvoir y ajouter les notions suivantes :

1° Puisque l'action curative est certaine, puisque l'action préventive paraît cliniquement et logiquement utile, nous pensons que les injections intra-artérielles médicamenteuses doivent être pratiquées non seulement dans les infections déclarées des membres, mais encore d'une façon préventive avant l'apparition de toute infection lorsque les délabrements anatomiques ou le retard apporté à l'acte chirurgical permettent de craindre l'infection. Dans ces cas, l'injection intra-artérielle médicamenteuse doit être faite en même temps que l'injection sous-cutanée de sérum antitétanique.

2° Réserve faite pour les cas où la diminution des oscillations oblige à agir avec prudence (Goinard), ces injections peuvent être répétées tous les jours ou tous les deux jours, même et surtout lorsqu'elles sont employées à titre préventif.

BIBLIOGRAPHIE

LUCIEN BISSET. La thérapeutique par voie artérielle dans les infections des membres, Lyon 1935. Imprimerie Berthod (Bourg-en-Bresse).

HUET et DE FOURMESTRAUX. Congrès français de Chirurgie, 1934, 499.

FONTAINE et HENRIET. Injections intra-artérielles de mercurochrome dans les arthrites blennorragiques (*Gazette des Hôpitaux*, 1932).

P. GOINARD, Mme MONDZAIN-LEMAIRE et PIÉTRI. *La Presse Médicale* (16 janvier 1935, 83).

LERICHE. La thérapeutique par voie artérielle (Congrès de Chirurgie, 1933, 398).

LERICHE et J. COURMONT. Injection I.A. de sérum antiseptique, 1913.

TIXIER et ARNULF. Injection I.A. de mercurochrome pour lymphangites suppurées graves, guérison rapide (*Société de Chirurgie de Lyon*, 11 avril 1935).

RICARD. Mémoires de l'Académie de Chirurgie, 1937.

ARNULF et FRIEH. Injections intra-artérielles d'antiseptiques dans les infections des membres (*Presse médicale*, avril 1936).

DE FOURMESTRAUX. Académie de chirurgie, avril 1937.

HENRIET. Un cas de gangrène gazeuse traité par le sérum et le mercurochrome intra-artériels. Guérison (*Revue médicale de Franche-Comté*, avril 1937).

ACTUALITÉS

QUELS SERVICES L'ESPERANTO RENDRA A LA MÉDECINE ET AUX MÉDECINS

Par le docteur MONNÉROT-DUMAINE (d'Ismaïlia)
Ancien interne des hôpitaux de Paris

Ces dernières années ont vu l'Esperanto marquer tant de progrès que son succès définitif apparaît maintenant comme certain, et sa généralisation comme relativement très proche.

Le temps de l'incrédulité est passé. Ne soyons pas comme ceux qui niaient qu'on pouvait s'éclairer au gaz, alors que l'inventeur Lebon illuminait sa maison depuis longtemps par ce moyen. L'Esperanto n'est plus un projet mais un fait, une admirable réalisation consacrée par de fréquents congrès, adoptée par de nombreuses sociétés, des chambres de commerce, de multiples publications, etc... En Hollande, en Tchécoslovaquie, en Suisse, la langue auxiliaire est extrêmement répandue ; au Japon, sa diffusion est très rapide ; au Brésil, en Russie, au Danemark et en d'autres pays la langue de Zamenhof reçoit des encouragements des pouvoirs publics. Le gouvernement français, malgré les soucis de l'heure, a patronné le dernier congrès « L'Esperanto dans la vie moderne » qui s'est tenu à Paris en mai. Il a autorisé enfin, à titre d'essai, l'enseignement de l'Esperanto dans plusieurs écoles de Besançon.

Les critiques et le scepticisme doivent donc tomber devant ce fait : demain, l'univers recueillera tous les bienfaits que peut apporter une langue universelle seconde.

Voyons quels seront les services qu'elle rendra en particulier à la médecine. C'est cela qui nous intéresse surtout, nous médecins.

I. — L'Esperanto facilitera la diffusion des progrès de la médecine

Pendant de longs siècles et même jusqu'à une époque récente, le latin était la langue des savants. Tous les ouvrages scientifiques publiés en latin étaient compris par les savants de tous les pays d'Europe. L'abandon du latin au profit des principales langues nationales a eu d'incontestables avantages : les connaissances scientifiques ont pu s'étendre à de nouvelles couches humaines ; on a évité les pertes de temps considérables causées par l'étude du latin et par les traductions. Par contre, la science a perdu son universalité. Les progrès des sciences et en particulier de la médecine sont connus au loin par le moyen de traductions. Un médecin, même instruit, lit très rarement plus d'une ou deux langues étrangères. La diffusion des revues médicales en dehors de leur pays d'origine est extrêmement faible. Combien de Français lisent le « Journal of American medical association » ? Combien de médecins allemands sont abonnés à « The Lancet » ? Combien de praticiens anglais reçoivent le « Deutsche Medizinische Wochenschrift » ou la « Riforma Medica » ? Et je ne cite que des publications d'un intérêt capital et dans des langues importantes !

Les recherches bibliographiques sont très pénibles actuellement, puisque la plupart des revues ne donnent pas encore de résumés en Esperanto. Tous ceux qui ont fait un peu de bibliographie étrangère ont rencontré des termes techniques, dont il est presque impossible d'obtenir une traduction rigoureuse. Or s'il est déjà difficile d'obtenir des traductions impeccables d'articles écrits dans une langue répandue, cela devient infiniment plus épineux lorsqu'il s'agit de langues à diffusion restreinte, langues si nombreuses et dont certaines comme le hollandais, le russe, le suédois, le grec, le japonais... ne sont nullement négligeables au point de vue médical. « Un savant ne peut posséder toutes les langues dans lesquelles se publient actuellement des mémoires qu'il a souvent besoin de lire in extenso » (Pr. Lépine). « Avec la spécialisation de plus en plus étroite qui se fait chaque jour, tous les périodiques d'une spécialité doivent être lus par chaque spécialiste de cette spécialité. Or, comment pouvoir lire avec fruit ces périodiques (au moins 10 pour les spécialités les moins répandues), si chacun est écrit dans une langue différente ? » (Pr. Bergonié). Citons aussi André Broca (1).

« Mon opinion sur l'Esperanto est bien simple. Son adoption universelle augmenterait la puissance d'assimilation de chaque homme dans des proportions considérables. Quelques semaines de travail lui permettraient de se mettre au courant de la science danoise, russe ou japonaise aussi bien que de l'allemande ou de l'anglaise, au lieu que la simple connaissance d'une seule de ces dernières langues, exige de longs mois de travail.

« L'adoption d'une langue universelle permettra en effet la création de publications où seront analysés avec un développement suffisant tous les mémoires originaux, et ces publications, une pour chaque science, pourront vivre, car elles s'adresseront au monde entier. »

Les index bibliographiques en Esperanto verront le jour pour le plus grand bonheur de tous les chercheurs et des « rats de bibliothèques ».

II. — L'Esperanto précisera la nosologie

La terminologie médicale soulève des problèmes qui n'ont pu être résolus. Je crois qu'on peut ramener à trois catégories principales les vices de la nosologie :

a) *L'incorrection dans la fonction des néologismes.* — De nombreux médecins se sont montrés inquiets du barbarisme qui envahit la langue médicale. Récemment encore, dans la « Presse médicale », João Coelho jetait un cri d'alarme, les médecins ont inventé un charabia, et continuent à l'accroître à une cadence « terrifiante ». Il y aurait 45.000 termes médicaux, et chaque année environ 1.000 nouveaux ! Coelho qualifie de « maëlstrom » le glossaire médical international ; la liste des mots incorrectement formés, ou grossièrement façonnés s'allonge chaque jour.

b) *Les mêmes racines reçoivent des affectations différentes avec les langues.* C'est « anthrax » qui signifie « furoncles agglomérés » en français et « pustule maligne » en anglais ; c'est « rash » qui veut dire « éruption » en an-

(1) Ces diverses citations sont empruntées à la thèse de Corret : Utilité et possibilité de l'adoption d'une langue internationale en médecine. Thèse Paris, 1908.

glais et « fausse éruption » en français ! Le mot italien « costipato » a presque toujours le sens d'enrhumé et non de constipé. Et le mot d' « allergie » connaît une étrange fortune en Amérique où son sens a été démesurément élargi, tandis qu'en France et en Allemagne, on s'en tient à la définition de Von Pirquet : « toute modification de l'organisme par un virus, soit qu'il devienne plus sensible à une nouvelle inoculation, soit qu'il s'immunise ». Où trouvera-t-on la définition standard ? Faut-il donc dans chaque cas douteux rechercher les publications princeps ?

c) *La polynomie. Les mêmes maladies, les mêmes détails histologiques, les mêmes symptômes reçoivent parfois des noms divers*, non seulement d'un pays à un autre, mais même dans la même langue. D'après P. Navarre (de l'Institut d'Hygiène de Paris), la maladie de Nicolas et Favre aurait déjà reçu 52 noms ! Il suffit de rappeler encore la multiplicité des noms qui désignent certains globules du sang à tel point qu'un médecin non spécialisé ne peut lire les hémogrammes donnés dans les publications étrangères.

Toutes ces difficultés tomberont d'elles-mêmes avec la diffusion de dictionnaires médicaux en Esperanto. Il en existe déjà un excellent rédigé par le docteur Briquet (1) ; on en verra certainement paraître d'autres de plus en plus complets et fréquemment révisés. D'ailleurs les traités donneront pour chaque nom de maladie ou de syndrome le terme esperanto ; ce sera très précieux pour les maladies rares ou nouvelles. Les auteurs qui créent un nouveau terme s'efforceront d'en former aussitôt l'équivalent esperanto, ce qui sera facile, grâce à la merveilleuse flexibilité du vocabulaire de cette langue ; cela évitera les hésitations ultérieures sur la valeur du néologisme, surtout à l'étranger. Il sera possible de créer une *société internationale de terminologie médicale*, ainsi qu'une commission chargée de réviser les termes si souvent incorrects, et de contrôler les nouveaux termes. Un tel organisme, qui donnerait ses conclusions en Esperanto, rendrait un immense service à la langue médicale, si chaotique, comme l'a signalé Coelho dans l'étude mentionnée plus haut. On peut dire que *l'Esperanto arbitrera la nosologie*, et cela sans éveiller aucune susceptibilité nationale.

III. — L'Esperanto facilitera les études de médecine

On sait que les petits pays ne peuvent avoir leurs ouvrages d'enseignement ; leur public médical n'est pas assez nombreux pour compenser les frais d'édition dans la langue nationale ; les étudiants en sont souvent réduits à utiliser les ouvrages étrangers. Or il suffira qu'un grand traité de valeur de n'importe quel pays soit traduit en Esperanto pour que tous les étudiants en médecine du monde soient à même d'y puiser.

Quant à la question des *films d'enseignement* si chers à établir, elle sera admirablement résolue. Edités en Esperanto, ils pourront être projetés dans toutes les Facultés ; ils paieront alors leurs frais, ce qui rendra enfin possible leur multiplication indéfinie. On ne peut s'empêcher de jalouser les futurs étudiants qui auront ces immenses facilités de travail : ils pourront voir et revoir sur l'écran (et entendre) les cours et les démonstrations de physiologie, d'anatomie, de chirurgie, de pathologie... des meilleurs maîtres.

IV. — Les congrès médicaux

C'est peut-être pour la question des congrès que l'utilité de l'Esperanto apparaît avec le plus d'évidence. Il n'est pas nécessaire de rappeler à ceux qui y ont déjà participé ce que sont les grands congrès internationaux où il y a deux ou trois langues officielles, plus ou moins bien parlées, et encore plus mal comprises. Il n'y a d'ailleurs rien à ajouter à la lumineuse démonstration du prof. Gariel :

« Considérons une réunion de personnes appartenant à trois nationalités différentes A, B et C, et telles que chacune ne connaisse que sa langue maternelle. Pour que chacune d'elles comprenne ce que dit chacune des deux autres, il ne faut pas moins de trois interprètes : A-B, B-C et C-A ; et de six traductions :

A en B,	B en C,	C en A,
B en A,	C en B,	A en C.

« Si chacune de ces personnes connaissait une même langue en plus de sa langue maternelle, toutes s'entendraient sans interprète et sans traduction : l'avantage n'est pas douteux.

« L'avantage est bien plus grand si ces personnes appartiennent à quatre nationalités : on reconnaît que, dans ce cas, il ne faudrait pas moins de six interprètes et de douze traductions.

« Ce cas n'est pas rare : dans nombre de congrès internationaux, les langues admises sont le français, l'anglais, l'allemand et l'italien. Après une communication ou une discussion, on fait quelquefois un résumé dans une langue, mais je n'ai jamais vu qu'on ait fait des résumés en trois langues ; il en résulte qu'il y a des assistants qui ne peuvent savoir ce qui a été dit. En outre, ces résumés ne donnent qu'une idée incomplète du travail présenté et des observations qu'il a suggérées.

« Quel avantage n'y aurait-il pas si toutes les communications étaient faites, si toutes les observations étaient présentées dans une langue unique, comprise par tous ! »

En effet, dans les congrès espérantistes, l'intercompréhension est parfaite, même pour des sujets techniques. L'expérience a d'ailleurs montré que l'Esperanto n'était nullement déformé par les diverses prononciations, au contraire des langues naturelles.

La question des sociétés internationales est tout à fait semblable ; ces sociétés, rares actuellement, se développeront et prospéreront grâce à l'Esperanto qui rendra leurs réunions possibles et leur permettra d'avoir un bulletin lu et compris de tous.

V. — Voyages d'études ; missions ; enquêtes

Les voyages d'études, qui seraient si fructueux, sont relativement très rares. En France, on considère comme un exploit le fait pour un chirurgien d'aller passer trois semaines dans les hôpitaux d'urgence de Moscou ou dans une clinique de chirurgie pulmonaire aux Etats-Unis. Je sais bien que certains étrangers voyagent plus que les Français et que beaucoup sont venus faire leurs études en France. Il n'en reste pas moins que les voyages d'études des médecins deviendront infiniment plus fréquents et plus instructifs, lorsqu'ils ne rencontreront plus les obstacles linguistiques actuels.

Il en sera de même pour les missions et enquêtes scientifiques. Les vastes enquêtes internationales sont très difficiles à réaliser. Ce n'est que lorsque l'Esperanto sera généralisé qu'on verra un savant faire une enquête sur un sujet déterminé dans plusieurs contrées différentes.

VI. — Facilités données aux malades

L'Esperanto facilitera le traitement des malades de passage dans les pays étrangers et aussi l'exercice de la médecine dans les pays à plusieurs langues, qui sont nombreux : Suisse, Tchécoslovaquie, Yougoslavie, Belgique, Chine, etc. ; en Egypte, par exemple, où j'exerce, on emploie *couramment* l'arabe, le français, l'anglais, l'italien et le grec ! Les voyageurs, les passagers sur les paquebots ont souvent de grandes difficultés pour se faire soigner par les médecins qui ne les comprennent pas. Il deviendra plus

(1) Briquet. Esperanta teknika medicina vortaro. A Paris, on trouve cet ouvrage à la Librairie Centrale Esperantiste, 11, rue de Sèvres, (6e).

facile d'aller consulter les grands « as » étrangers, ainsi que de faire des cures thermales ; les grandes stations crénothérapiques bien spécialisées en profiteront largement.

VII. — **La Croix-Rouge**

Depuis longtemps, on a attiré l'attention sur la situation lamentable des prisonniers de guerre blessés ou malades lorsqu'ils ne peuvent se faire comprendre. Cette situation avait déjà été étudiée par les promoteurs de la Convention de Genève, mais sans aboutir à une solution pratique. Torelli publia en 1866 un petit dictionnaire allemand-français-italien pour les blessés ; en 1876, Blaschke édita pour les troupes allemandes plusieurs petits lexiques pour le français, l'anglais, le russe, l'italien, etc..., tout en regrettant qu'il n'existât pas une langue seconde qui simplifierait énormément le problème. Plus tard, ce vœu était réalisé et le lieutenant Bayol pouvait publier une série de guides Esperanto de la Croix-Rouge (1) ; ils ont été parfois utilisés pendant la guerre mondiale ; mais quand il sera généralisé, l'Esperanto rendra de beaucoup plus grands services aux blessés et aux prisonniers.

VIII. — **La pharmacie** elle-même trouvera divers avantages. L'Esperanto simplifiera la publicité des médicaments. Certaines grandes firmes mondiales éditent actuellement leur littérature en dix ou quinze langues. Il suffira d'utiliser la langue auxiliaire et à la rigueur les deux ou trois langues nationales les plus répandues. De même, il ne sera plus nécessaire d'avoir des représentants scientifiques pour toutes les langues. La publicité devenant moins coûteuse les produits pharmaceutiques seront meilleur marché.

On voit que la médecine et les médecins recueilleront des avantages tout particuliers de la généralisation de l'Esperanto. Peu de branches de l'activité humaine, en dehors du tourisme et du cinéma, en bénéficieront autant.

D'ores et déjà, les médecins espérantistes disposent d'un périodique, la « Internacia Medicina Revuo » qui est dans sa 15e année, possède des collaborateurs dans de nombreux pays et publie des articles originaux, des analyses, des informations (rédacteur en chef : le prof. Vanverts, de Lille). Il existe une association universelle de ces médecins, la « Tutmonda Esperantista Kuracista Asocio » (2), qui compte des adhérents dans les pays les plus divers et jusqu'au Japon. (Secrétaire général : le docteur Kempeneers, 19, avenue Montjoie, Uccle 3, Belgique). On ne compte plus les travaux, les thèses et les enquêtes qui ont été faits grâce à la collaboration de ces médecins (3). Les lexiques spécialisés dont dispose le corps médical, sont : le Medicina Vortaro déjà cité, l'Anatomia Vortaro, de Bouchard le Vade-mecum de Internacia Farmacio de Rousseau, le seslingva vortareto de Medikamentoj (publié au Japon).

Le nombre des revues qui donnent des résumés en Esperanto augmente sans cesse ; citons le « Journal de Médecine de Lyon », le « Phare Médical », le « Bulletin de la Société belge d'Orthopédie », « La Medicina catalana », divers journaux japonais, etc... A Prague vient de paraître une nouvelle gazette médicale, la « Lékarskà Revue », rédigée dans les trois langues les plus parlées en Tchécoslovaquie ; pour favoriser sa diffusion non seulement à l'étranger, mais en Tchécoslovaquie même, cette publication fait suivre tous les articles originaux d'une analyse en Esperanto. En 1935, on a édité en Esperanto un choix des meilleurs travaux des auteurs japonais : la Medicina Krestomatio.

Ces résultats, que je ne fais d'ailleurs qu'indiquer brièvement, ne peuvent étonner personne. Aucune langue nationale ne pouvait prétendre à être adoptée par tous les peuples. Qui aurait pu départager les trois langues les plus usitées en médecine (l'allemand, l'anglais et le français) ? Quant au latin, son adoption rencontrait tant d'obstacles qu'il ne pouvait en être sérieusement question. Et puis l'Esperanto avait pour lui un tel atout : sa facilité, auprès de laquelle aucun idiome naturel n'approche, même de loin.

Puisque le fait est là, que l'Esperanto doit être accepté comme un grand progrès, soyons donc, nous médecins, parmi les premiers à profiter de l'admirable outil créé par notre confrère Zamenhof !

(1) Ces excellentes petites brochures se trouvent à la Librairie Centrale Espérantiste.
(2) Cotisation : 36 francs belges.
(3) Je citerai cependant la thèse de Poncet sur la vaccination antityphique dont les documents furent recueillis dans le monde entier par le moyen de l'Esperanto.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 30 AVRIL 1937)

Hypertension juvénile et syphilis camouflée. — M. PINARD et Mlle CORBILLON.

Etude radiokymographique du phénomène de Kienböck. — MM. THOYER-ROZAT et J. BERNARD. Kienböck, dans sa description primitive, ne s'était occupé que de l'hydropneumothorax. Pour lui, le liquide ne faisait que suivre la coupole diaphragmatique dans son mouvement paradoxal.

M. Rist a observé un mouvement pendulaire du médiastin qui se laisse aspirer par l'hémithorax malade. La pénétration de la masse cardio-médiastinale dans l'hémithorax rétrécit dans le sens de la largeur, les dimensions de l'entonnoir pleural et oblige la colonne liquide à monter. Par l'observation radiokymographique, l'élévation inspiratoire du diaphragme s'observe dans un grand nombre de syndromes dont la phrénicectomie est le plus connu. Elle s'accompagne d'une diminution de la capacité hémithoracique dans le sens vertical. Distension inspiratoire du cœur et dissociation respiratoire de la pression artérielle systolique dans un cas de sclérose pulmonaire syphilitique.

Pneumonies du lobe moyen. — MM. RIBADEAU-DUMAS, GHARIB et Mlle SIQUIER. Les pneumonies ont été souvent observées cet hiver chez les nourrissons avec localisation dans le lobe moyen. Diagnostic radiologique facile si la radiographie est faite à la fois dans le sens sagittal et dans le sens frontal. Ces images appartiennent également à la tuberculose à forme pneumonique. L'image triangulaire du hile considérée comme caractéristique de l'adénopathie donne lieu dans la position de profil à une image en bande. La localisation pulmonaire peut donner naissance à des scissurites qui apparaissent secondaires à des lésions parenchymateuses.

Kyste aérien pulmonaire latent. Développement progressif dans le kyste d'une tumeur dense et opaque. Etude radiotomique. — MM. P. BOURGEOIS, AUGÉ, THIEL et ETIENNE.

Trois cas de spirochétose ictéro-hémorragique chez les mineurs. — MM. RIMBAUD, JANBON, Mme LABRAQUE-BORDENAVE (Montpellier). Trois cas chez les mineurs du Gard : forme clinique classique : syndrome fébrile, ictère, réaction méningée, hyperazotémie, séro-diagnostic de Martin et Pettit positif. Ils estiment qu'on pourrait étendre le bénéfice de la spirochétose ictéro-hémorragique, considérée comme maladie professionnelle chez les ouvriers des mines.

Deux cas atypiques de spirochétose ictéro-hémorragique. Formes anictériques (pseudo-grippale et méningo-rénale). — MM. RIMBAUD, JANBON, Mlle LABRAQUE-BORDENAVE (Montpellier). Deux cas atypiques sans ictère et sans hémorragie. Diagnostic démontré par le séro-diagnostic de Martin et Pettit, qui fut nettement positif.

Erythroblastoses infantiles. — M. COMBY rappelle que en 1925, Cooley (Detroit) a publié les 5 premiers cas d'anémie érythroblastique chez des enfants. Récemment Pehu (Lyon) en a donné une description chez le fœtus et le nouveau né.

Cette affection a les caractères suivants : origine congénitale, influence familiale, anémie irréductible avec splénomégalie, présence dans le sang d'hématies nucléées. On a désigné cette affection sous le nom d'anémie méditerranéenne. L'évolution en est fatale dans la première et la seconde enfance.

Pour M. TZANCK, l'érythroblastose de l'enfant se révèle comme une dystrophie sanguine.

Pour M. CATHALA, il semble s'agir souvent d'une modalité spéciale de crises hémolytiques de naissance avec surproduction réactionnelle d'hématies nucléées.

(SÉANCE DU 7 MAI 1937)

Infection du système veineux du cobaye par voie médullaire osseuse. Résultats. — MM. BENDA, DEBRAY et BOURÉE.

Malformations congénitales thoraciques, cardiaques et diaphragmatiques. — M. LECAPLAIN. Garçon de 13 ans présentant un thorax en entonnoir, un rétrécissement de l'artère pulmonaire, de la dextrocardie et une distension du diaphragme siégeant à gauche. Les radiographies rendent compte de ces malformations.

Atélectasie du lobe moyen chez le nourrisson. — MM. CATHALA et BRINCOURT. Clichés du thorax obtenus chez un nourrisson de 6 semaines, montrant de face une image triangulaire allant du médiastin à la corticalité externe, et de profil un triangle traversant tout l'hémithorax, à sommet postéro-supérieur et à base antéro-inférieure. En résumé, image de lobite moyenne, avec comme unique symptôme une toux sans fièvre et sans élément infectieux.

Il doit s'agir en l'espèce d'atélectasie.

Rôle de l'hépatite dégénérative graisseuse dans l'évolution et le pronostic des recto-colites suppurées. — MM. CAIN et CATTAN. A l'autopsie de sujets atteints de suppurations prolongées recto-colites, on trouve communément une stéatose hépatique généralisée ou dominant autour de l'espace porte.

L'atteinte hépatique règle l'évolution et fixe le pronostic.

Cancer ulcériforme de l'estomac au début. — MM. GUTMANN, SENÈQUE, Ivan BERTRAND et BEAUGEARD. Malade de 35 ans, dont l'histoire était composée de trois poussées douloureuses séparées par des mois de guérison clinique apparente. L'examen des clichés montrait une petite « niche encastrée », permettant le diagnostic de cancer. La gastrectomie montra une lésion infiltrante et exulcérante en un point. Aux coupes, on constata un épithélioma cylindrique.

Hernie diaphragmatique gastro-colique étranglée. Sphacèle de l'œsophage. Liquide gastrique dans la cavité pleurale droite. — MM. LESNÉ, DESMAREST, DUVOIR et DESOILLE.

Paralysie partielle unilatérale des nerfs craniens, vraisemblablement consécutive à des métastases à épithéliomas cutanés. — MM. LECHELLE, MIGNOT, PERROT et VINCENT. Malade atteint d'une paralysie unilatérale partielle des nerfs craniens ; paralysie s'accompagnant de destruction osseuse des étages antérieurs et moyens de la base du crâne, et survenue chez un malade ayant présenté depuis 7 ans des épithéliomas spino-cellulaires de la face. Des métastases épithéliales de la base du crâne sont la cause de ces paralysies.

Pour M. GARCIN, l'absence de signes pyramidaux plaide en faveur d'une tumeur métastatique de la base du crâne.

4 cas de sténose de l'artère pulmonaire. — M. MONDON.

Monoplégies isolées au cours des tumeurs intra-craniennes. — MM. RISER, BECQ et GERAUD (Toulouse). Cas de monoplégies limitées, isolées, sans symptômes fonctionnels, causées par des néoplasies volumineuses. Dans un groupe il s'agissait d'une monoplégie parétique flasque. Dans un deuxième groupe, la monoplégie d'abord flasque devint spasmodique. Dans d'autres cas, la monoplégie d'abord spastique était d'origine centrale évidente.

Artérite segmentaire précisée par l'artériographie, traitée avec succès par l'artériectomie. — MM. FLANDIN, L. BAZY, POUMEAU-DELILLE et DE GRACIANSKY.

Néoplasie osseuse secondaire multiple consécutive à un cancer du sein. Amélioration fonctionnelle par téléroentgenthérapie. — MM. TRÉMOLIÈRES, MALLET et CARÈZE.

Mélitococcie traitée par chlorhydrate de sulfaminochrysoïdine. Amélioration. — MM. BETHOUX, GOURDON et ROCHEDIX.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 14 MAI 1937)

Aspergillose pulmonaire primitive et pure évoluant depuis 15 ans. — M. Ed. JOLTRAIN.

Evolution silencieuse d'un obtérome mortel de l'aorte chez un cheval. — M. BOUCHER.

De l'influence de la volonté sur les fibres lisses. — M. H. LEGRAND cite comme exemples de la volonté agissant sur les fibres lisses : un méryciste qui dans un cirque avalait douze grands verres d'eau, des grenouilles vivantes et divers objets qu'il rejetait à volonté dans l'ordre demandé ou en faisant un jet d'eau avec sa bouche.

Un élève d'Alfort qui s'était exercé à imiter les ruminants en faisant revenir dans la bouche le bol alimentaire déjà ingurgité.

Les bagnards d'avant-guerre qui mettaient leurs économies sous forme de pièces d'or dans un petit tube et le cachaient dans la partie postérieure de l'intestin d'où ils le sortaient à volontué.

Le rétrécissement inférieur de l'œsophage ; remarques pathogéniques et thérapeutiques. — M. A. SOULAS.

Essais de traitement par le sérum d'animaux éparathyroïdés. — MM. RŒDERER et PARTURIER montrent que le sérum d'animaux éparathyroïdés saignés après l'apparition des phénomènes tétaniques, employé dans certaines arthroses, semble déterminer un processus de récalcification et, administré à des tuberculeux, a donné une amélioration constante de l'état général, des signes fonctionnels et des signes physiques.

Il paraissait logique d'essayer pareille médication dans le traitement des tuberculoses osseuses et même dans différentes affections osseuses.

Durant 18 mois, les auteurs ont traité 21 cas de maladies osseuses les plus variées : Paget, rachitisme, décalcification vertébrale, diverses ostéo-arthrites bacillaires. Il leur a paru que, dans les 16 cas suivis, une amélioration notable était intervenue dans des délais plus rapides qu'il n'est habituel.

NOTES POUR L'INTERNAT

ARTÈRE UTÉRINE

C'est le vaisseau principal de l'utérus qui contribue aussi à irriguer une large partie des annexes.

L'intérêt de son étude tient à la nécessité d'assurer une hémostase sûre dans les différentes techniques d'hystérectomie.

EMBRYOLOGIE

Primitivement, l'utérus constitué par la fusion des deux tiers inférieurs des canaux de Müller, est vascularisé par l'ombilicale à l'aide d'une petite branche qui parcourt le ligament large.

Puis l'ombilicale s'atrophie et le système hypogastrique se développe parallèlement aux organes génitaux. L'artère utérine naît alors de l'hypogastrique, tout près de l'ombilicale.

Mais le déplacement en avant de la racine pariétale du ligament large allonge le trajet de l'artère, ce qui explique ses rapports définitifs.

GENERALITES

L'artère utérine naît du tronc de bifurcation antérieur de l'hypogastrique, le plus souvent isolément, parfois par un tronc commun avec l'ombilicale ; plus rarement avec l'obturatrice ; parfois enfin, elle naît de la honteuse interne.

Elle présente d'abord un *segment pariétal*, descendant sur la paroi pelvienne, oblique en bas et en avant, long de 5 à 6 cm., jusqu'à hauteur de l'épine sciatique.

Puis l'artère prend une *direction transversale*, inter-pariéto-utérine ; elle est située dans la base du ligament large.

Enfin, au niveau de la portion sus-vaginale du col, elle décrit sa crosse et devient *ascendante*, montant le long du bord de l'utérus jusqu'à la corne utérine où elle s'épanouit en ses branches terminales.

Cette terminaison en trois branches au niveau de la corne utérine est décrite par Fredet et Rieffel.Pour Poirier, elle se recourbe dans le mésosalpynx et se termine par une anastomose sous-ovarienne avec l'utéro-ovarienne

RAPPORTS

Nous les étudierons au niveau de ses trois portions :

1° *Portion pariétale.* — L'artère répond en dehors à la paroi pelvienne ; franchement pariétale à sa naissance, elle en décolle un peu à mesure qu'elle se dirige en avant et en bas, amorçant sa direction transversale.

Son gros rapport est constitué par l'*uretère :*

Il est sous-péritonéal, il adhère au péritoine et vient avec lui quand on le décolle.

Il est tout d'abord situé très nettement au-dessus de l'artère, quand il pénètre dans le petit bassin, ayant croisé à droite l'iliaque externe, et à gauche l'iliaque primitive (ceci sujet à variations) ; il se place alors sur le flanc antéro-interne de l'hypogastrique droite et sur le flanc postéro-interne de l'hypogastrique gauche. Donc, entouré de son adventice, il croise par en dedans la naissance de l'artère utérine ; il se place en arrière d'elle entre elle et l'artère vaginale de renfort. L'uretère est accompagné de l'artère urétérique, de deux veines homologues et de lymphatiques.

L'artère utérine repose *en dehors* sur la paroi pelvienne constituée par la partie postérieure de l'os iliaque doublée du muscle obturateur et du releveur. Ces deux muscles sont recouverts par l'aponévrose pelvienne.

En arrière, elle répond à la portion d'épanouissement de l'artère hypogastrique et en particulier à quelques-unes de ses branches :

— Surtout la *vaginale longue,*

— L'hémorroïdale moyenne,

— Plus postérieures et à direction nettement descendante, c'est l'artère honteuse interne et l'artère ischiatique.

Elle répond également *au plexus veineux hypogastrique*, formé de veines volumineuses, où l'on peut reconnaître plus ou moins nettement un courant satellite de l'utérine et un autre satellite de la vaginale de renfort. Parfois même ces veines forment un tronc commun avec les veines vésicales, donnant naissance à la *veine iliaque moyenne de Kowatsky*, qui se jette dans la veine iliaque externe.

Les ganglions lymphatiques iliaques internes, disposés en groupes à l'origine de chacune des branches de l'artère et drainant tous les organes pelviens. Celui qui est à l'origine de l'artère utérine reçoit également les lymphatiques du *col utérin* (Cunéo), mais cette voie serait accessoire pour Leveuf et Godard.

Nettement *au-dessus* de l'artère, c'est le *pédicule iliaque externe*, qui suit la margelle du petit bassin avec ses trois groupes ganglionnaires.

Enfin, *au-dessus et en avant* de l'artère utérine :

— Les premières branches de l'artère hypogastrique : ombilicale et obturatrice ;

— *Le nerf obturateur* qui se dirige oblique en bas et en avant vers le canal sous-pubien, à l'orifice profond duquel il sera rejoint par son artère.

En dedans, l'artère est recouverte par la *gaine hypogastrique*. Ce fascia cache-vaisseaux de Farabeuf est constitué par du tissu cellulaire formant un feutrage assez dense qui est annexé à l'artère hypogastrique et va recouvrir et accompagner toutes ses branches. C'est ainsi que l'artère ombilicale va, pour aborder la vessie, soulever la gaine en *aponévrose ombilico-prévésicale ;*

Que l'*artère utérine* va soulever *la base des ligaments larges ;*

Que l'hémorroïdale moyenne va entraîner la formation des *ailerons du rectum.*

Tout cet ensemble vasculo-nerveux est recouvert par le *péritoine*, formant relief sur les vaisseaux et les ligaments de l'utérus, entre lesquels se dessinent des fossettes :

— *Fossette ovarienne*, située entre artère utérine en arrière et racine externe du ligament large en avant. Elle contient l'*ovaire*, encapuchonné sur sa face interne par le *pavillon tubaire* qui est en situation de hauteur variable dans la fossette ; il peut être haut dans la bifurcation de l'iliaque primitive ; en position moyenne, sous-jacent au nerf obturateur ; enfin parfois, il est bas, au-dessous de l'artère ombilicale ;

— Derrière l'artère utérine se trouve la *fossette de Claudius*, située en avant de la paroi pelvienne postérieure et au-dessus des ligaments utéro-sacrés ;

— Enfin la fossette *para-utérine*, à la face postérieure du ligament large, entre uretère, en dehors, et utérus, en dedans.

(A suivre.) ROGER-JEAN CHEVALLIER.

La vésicule biliaire et ses voies d'excrétion, par M. CHIRAY et I. PAVEL, avec un exposé de radiologie vésiculaire, par A. LOMON. Un vol. de 860 pages (deuxième édition). Prix : 120 fr., chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e). 1936.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 55. — SAMEDI 10 JUILLET 1937 110e ANNÉE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête Nationale, la Gazette des Hôpitaux *ne paraîtra pas le 14 juillet.*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Epreuve clinique : MM. les docteurs Rémy-Néris, 17 ; Bourgeois, 19.

Classement des candidats : 1° M. Bourgeois, 107 ; 2° M. Rémy-Néris, 100.

Association Syndicale des médecins électro-radiologistes des hôpitaux de Paris. — *Note concernant les candidats assistants d'électro-radiologie.* — Les internes et les externes qui suivront le cours du certificat d'électro-radiologie et seront en même temps affectés, dans leur fonction, à un service d'électro-radiologie, pourront faire à la Faculté une demande pour que les fonctions qu'ils remplissent dans les dits services leur soient comptées comme stage. Il leur sera donné satisfaction dans la plus large mesure possible. Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à M. le docteur Delherm, service d'électro-radiologie de l'hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital.

Hôpitaux de Nîmes. — Un concours pour cinq places d'internes en médecine et en chirurgie s'ouvrira le 10 décembre 1937. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 4 décembre. — Renseignements et inscriptions au secrétariat des hôpitaux, 5, rue Hoche, à Nîmes.

La classe exceptionnelle des professeurs de faculté. — La Faculté des lettres de Bordeaux s'élève contre les inégalités qu'entraîne parmi les professeurs de Faculté, la création de la classe exceptionnelle. A l'unanimité, elle émet le vœu que, pour sauvegarder la vie morale de l'Université, les sentiments d'amitié qui lient tous ses membres, la dignité des fins de carrières, la foi commune dans la valeur du travail libre et indépendant, poursuivi jusqu'au dernier jour, la classe exceptionnelle soit abolie.

Distinctions honorifiques. — *Officier d'académie* : M. le docteur Bonafé, à Lompnès (Ain).

Ministère de la Marine. — Un concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie aux écoles annexes de médecine navale de Toulon et Rochefort aura lieu à l'hôpital maritime Sainte-Anne, à Toulon, le 4 octobre 1937, dans les conditions fixées par le décret du 20 décembre 1930 et l'arrêté du 22 décembre 1930, modifié le 26 juillet 1934.

Les médecins de 1re et de 2e classe ayant accompli une année d'embarquement dans leur grade seront autorisés à prendre part à ce concours.

Jury d'examen. — Président : M. le directeur du Service de santé de la 3e région maritime. — Membres : M. Solcard, médecin en chef de 2e classe, chirurgien des hôpitaux maritimes ; M. Badelon, médecin de 1re classe, professeur agrégé (chirurgie générale). — Membre suppléant : M. Perves, médecin principal, professeur agrégé (chirurgie générale).

Ministère de la Santé publique. — SANATORIUMS PUBLICS. — M. le docteur Faget a été nommé médecin directeur stagiaire du sanatorium de Saint-Sever (Calvados), à dater du 14 mars 1937.

— M. le docteur Depoire a été nommé médecin directeur stagiaire du sanatorium de Bellegarde, à Châteauneuf-la-Forêt, à dater du 14 avril 1937.

Hôpitaux et abris contre les gaz. — Depuis quelques années, les administrations des hôpitaux ont dû se préoccuper de prévoir des installations tant pour soigner les gazés, que pour mettre à l'abri les malades inévacuables. A Paris, M. Mourier, directeur général de l'Assistance publique, et le professeur Tanon ont déjà réalisé des installations très complètes. Malgré les difficultés de tout genre, l'organisation continue.

Au centre de Londres, se construit en ce moment l'hôpital de Westminster, hôpital antigaz, où tout est prévu pour la vie *en vase clos*, avec une protection extérieure qui serait, dit-on, absolument efficace.

Voyages d'étudiants en médecine en Autriche. — L'Office Central des études de médecine de l'Union nationale des étudiants de France (Secrétariat à l'A. G. de Bordeaux, 14, cours Pasteur) organise un voyage pour étudiants en médecine en Autriche et notamment à Vienne avec cours de chirurgie et psychanalyse et de psychiatrie. Ce voyage a lieu sous le patronage du professeur Hartmann. Prix : Paris-Paris, 900 fr. — Pour tous les renseignements, s'adresser à M. Bentejac, A. G. de Bordeaux.

Congrès international de psychothérapie et de psychologie comparée. (Paris, 16, 17, 18 juillet 1937). — La séance d'ouverture aura lieu le vendredi 16 juillet, au siège de l'Ecole de Psychologie, 49, rue Saint-André des Arts, à 3 heures, sous la présidence du professeur Pierre Janet, professeur au Collège de France.

Dans une conférence illustrée de *projections originales* ayant servi à l'enseignement de Charcot, Dumont, Allier, Charles Richet, Luys, Liébault (Nancy), le docteur Bérillon évoquera les précurseurs illustres de la psychothérapie.

Des rapports sur les principales questions de l'hypnotisme et de la psychothérapie seront présentés par MM. Bérillon, Marcel Viard, Sampson (Londres), Préda (de Sibiu, Roumanie), Bonjour (Lausanne), Américo Valério (de Rio-de-Janeiro), Pierre Ménard, Fauvel, Favre, R. Courtois, Lépinay (docteur vétérinaire), etc.

Le prix de la cotisation pour les adhérents et associés a été fixé à 50 francs. Adresser les adhésions, les cotisations et les demandes de renseignements à MM. Bérillon, 22, rue Vignon (9e) et Marcel Viard, secrétaire général, 11, rue du Printemps, Paris (17e).

Societas oto-rhino-laryngologica latina. — Le 5e congrès de la Societas O. R. L. Latina se tiendra à Bucarest le 16 septembre 1937, sous la présidence du professeur Metzianu.

Rapport : indications opératoires des mastoïdites aiguës et chroniques.

Conférences : Docteur van Swieten : Les O. R. L. dans la Médecine de demain.

Prof. Lemaître : Infections et tumeurs du maxillaire inférieur.

Prof. Citelli : Une nouvelle méthode, unique et facile pour tous les cas, d'opération radicale de l'oreille moyenne.

Prof. Metzianu : La diathermie chirurgicale dans les interventions O. R. L.

Les communications ne peuvent être faites que sur les sujets du rapport et des conférences.

Les chemins de fer français accordent une réduction de 40 % ; les chemins de fer roumains une réduction de 50 %.

Cotisation : 100 fr. français pour les congressistes et 50 francs pour leur famille (à verser au compte de chèques postaux « Societas Oto-Rhino-Laryngologica Latina 461.28 Lyon » ou par chèque bancaire, au docteur Chavanne, secrétaire général, 5, place des Cordeliers, Lyon).

Le Professeur de LAPERSONNE

M. Félix de Lapersonne, professeur honoraire de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris, vient de disparaître après une courte maladie. L'annonce de sa mort a causé parmi ses élèves et ses collègues une très douloureuse émotion. S'il avait été un chef d'école admirable, M. de Lapersonne était resté pour tous un ami bienveillant et affable, d'une courtoisie toujours égale. Son jugement était très sûr et sa personnalité n'inspirait que le respect.

Félix-Joseph de Lapersonne est né à Toulouse le 29 septembre 1853. Après avoir fait ses études au lycée de cette ville, il commence sa médecine. Il est reçu à l'internat des hôpitaux de Paris en 1879 dans une promotion qui comprenait Thibierge, Babinski, Chantemesse, Tuffier et Walther.

De 1883 à 1886, il est chef de clinique de Panas. En 1886 il devient agrégé de chirurgie dans la promotion de Schwartz, Jalaguier et Brun. Chargé de cours à la Faculté de médecine de Lille, il est nommé professeur en 1890 et doyen de la Faculté en 1893. A la mort de Panas en 1901, il est appelé à la chaire de clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Membre de l'Académie de médecine en 1918, il a occupé la présidence en 1931. On sait qu'il était également président de la Ligue internationale de prophylaxie contre la cécité. Pendant la guerre, il avait été médecin colonel ; il était commandeur de la Légion d'honneur.

L'œuvre de Lapersonne est considérable. Si nous exceptons sa thèse d'agrégation consacrée aux arthrites infectieuses, ses travaux sont, sauf erreur, tous consacrés à l'ophtalmologie.

En thérapeutique, citons ceux sur l'emploi de la stovaïne, les collyres au collargol, la prothèse oculaire, l'exentération ignée. On lui doit surtout de beaux travaux sur la cataracte, la blépharoplastie, les affections des voies lacrymales, les paralysies oculaires, la syphilis oculaire, l'œil dans le tabes et l'hystérie, les complications oculaires des sinusites, le trachome, etc. La plupart de ces travaux ont été publiés dans les *Archives d'ophtalmologie* et dans la *Presse médicale*, dont il était l'un des directeurs scientifiques.

Très respectueusement nous prions Mme de Lapersonne, d'agréer l'hommage de notre profonde sympathie et nous adressons à son fils, Jean de Lapersonne, nos condoléances émues.

F. L. S.

REVUE GENERALE

LES HYPOCHLORÉMIES

Par M. André-X. JOUVE
Interne médaille d'or des hôpitaux
Chef de clinique adjoint à la Faculté de Médecine de Marseille

INTRODUCTION

I. — Pendant une longue période de la médecine qui se termine avec le siècle dernier, on a admis sans discussion *la nécessité d'une ration alimentaire chlorurée*. On sait que les animaux sont friands de sel ; une nourriture suffisamment chlorurée rend leur pelage abondant et brillant. L'homme a toujours recherché le sel dans son alimentation. Conscients de ce besoin, les gouvernements avaient établi un impôt sur le sel et Buffon accusait la gabelle de faire plus de mal à l'agriculture que la grêle ou la gelée.

Aussi bien, on savait que la privation de sel déterminait de graves lésions. « Des seigneurs avares qui avaient voulu faire économie de cette denrée, écrit Barbier, pour la nourriture de leurs vassaux, ont vu ces derniers tomber dans un état de langueur et de faiblesse ; ils offraient une pâleur morbide, ils étaient menacés d'un œdème général : des vers se développaient dans leurs intestins. » (Rathery.)

II. — Mais à la suite des travaux de Widal et de son école, une extension trop large des idées nouvelles conduisit à oublier l'utilité d'une alimentation salée, à considérer le chlorure de sodium comme *un simple condiment, souvent nocif, jamais indispensable*. Le rôle primordial de la rétention de NaCl dans la production des œdèmes, l'efficacité dans leur thérapeutique du régime déchloruré étaient nettement démontrés. D'autre part, l'expérience parut prouver que le bilan chloré de l'organisme ne saurait être compromis par une alimentation pauvre en sel. « Nous connaissons un certain nombre de sujets qui, pendant des mois et même des années, ont observé un régime déchloruré strict non seulement sans aucun dommage, mais encore sans aucune atteinte de leur activité, physique et intellectuelle. » (Widal, Lemierre et P. Vallery-Radot.)

Ces constatations conduisirent à deux conclusions :

a) La dose suffisante de NaCl est de l'ordre de 2 grammes par jour (Charles Richet). Cette dose existant dans la constitution même des aliments, l'emploi culinaire du sel serait donc inutile et pourrait s'avérer nuisible.

b) La teneur en chlorure de sodium du sang, des humeurs et des tissus présente une remarquable *fixité*. Elle est sensiblement la même chez les animaux soumis au jeûne et chez les animaux dont on augmente le sel alimentaire (Langlois et Richet).

Léon Binet rapporte qu'au début de ses recherches sur la teneur du sang en NaCl, ayant eu l'occasion d'en parler à Langlois, celui-ci le mit en garde contre l'impossibilité qu'il aurait sans doute à faire varier le taux de la chlorémie.

III. — Au cours des quinze dernières années, une série de travaux ont montré le caractère hâtif de ces conclusions.

Ce sont d'abord les recherches expérimentales de Mac Callum, puis Hadden et Orr, Léon Binet et Fabre, confirmées sur le plan clinique par Gosset, Binet et Petit-Dutaillis, révélant au cours des obstructions haut situées de l'intestin les perturbations de l'équilibre chloré et leurs conséquences.

Puis les travaux de Rathery et Rudolf, de Léon Blum et ses élèves, Van Caulaert, Grabar, Petrequin, sur la carence chlorée au cours de certaines néphrites, et les syndromes azotémiques liés au manque de sel.

Au cours des accidents post-opératoires (Legueu et Fey, Chabanier et Lobo-Onell, Robineau et Max Lévy), du shock (Quénu, Pierre Duval et Grigaut), des brûlures étendues (Davidson, Robineau, P. Duval), le rôle de l'hypochlorémie a été mis en évidence par l'expérimentation et la clinique et confirmé par l'efficacité de la rechloruration. Certains caractères humoraux des intoxications, des maladies infectieuses (Castaigne) s'expliqueraient par un mécanisme similaire.

Ces acquisitions sont exposées et discutées dans la Thèse de Maurice Rudolf sur l' « Hypochlorémie » (Paris 1931), le livre de Léon Blum et Van Caulaert sur « Le rôle du sel dans les néphrites » (1932), une brochure de Rathery, « Régimes chloruré et déchloruré » (1932), le livre de Chabanier et Lobo-Onell : « Hypochlorémie et accidents post-opératoires » (1934). A plusieurs reprises, dans le *Journal Médical Français*, Castaigne a poursuivi l'étude de ce problème nouveau.

De la lecture de ces divers travaux se dégagent deux notions essentielles :

a) Loin d'être inutile ou nuisible, le NaCl *est nécessaire à l'organisme*. Il doit faire partie de notre ration alimentaire et constitue en d'assez nombreux cas pathologiques une arme thérapeutique d'une remarquable efficacité.

b) Le taux du chlore sanguin n'est pas fixe comme on l'avait cru tout d'abord. Oscillant, chez le sujet normal, dans des limites assez étroites, il peut, à l'état pathologique, présenter une *baisse importante* dont le mécanisme et les indications thérapeutiques méritent d'être longuement discutées.

Question d'actualité, l'étude de l'hypochlorémie, entreprise sous le signe des revirements de l'opinion médicale, doit être conduite avec un constant souci de critique. En cette matière « l'enthousiasme ne doit pas faire oublier la prudence » (Jeanbrau).

Définition. — On entend d'une façon générale par hypochlorémie la baisse du taux normal du chlore sanguin.

Dans les travaux contemporains, les dosages dans le sang sont exprimés tantôt en Cl, tantôt en NaCl. Nous adopterons la modalité la plus courante à l'heure actuelle qui exprime les chiffres en Cl, et donne comme chiffres normaux :

Chlore du sang total	2 gr.	80
— globulaire	1	80
— plasmatique	3	60

Il est facile d'ailleurs de connaître le poids de NaCl quand on a celui de Cl. Il suffit de se rappeler que Cl

se trouve incorporé dans NaCl pour la proportion de trois cinquièmes environ. Exprimés en NaCl, les chiffres normaux sont donc les suivants :

Chlore du sang total	4,50
— globulaire	2,90 à 3 grs
— plasmatique	5,80 à 6 grs

Remarquons que la quantité de Cl globulaire est la moitié de la quantité de Cl plasmatique. Soit rapport érythroplasmatique : 0,50.

Chez un sujet normal, ces chiffres et ce rapport ne varient pratiquement pas, quel que soit le régime.

La baisse du taux normal du chlore sanguin pourra se produire selon diverses modalités.

Il peut y avoir *hypochlorémie absolue :* les deux chiffres représentant le Cl globulaire et le Cl plasmatique sont diminués.

Il peut y avoir hypochlorémie relative : seuls les chiffres du Cl globulaire ou du Cl plasmatique sont modifiés, l'un par rapport à l'autre, ce qui fait varier le chiffre *du rapport* en sens inverse.

Enfin, il peut y avoir hypochlorémie absolue avec modification du rapport érythroplasmatique.

ASPECTS CLINIQUES DES HYPOCHLOREMIES

Les hypochlorémies peuvent se présenter sous deux aspects.

Dans UN PREMIER GROUPE DE FAITS, il y a manifestement appauvrissement de l'organisme en NaCl. Ces faits réalisent le syndrome chloropénique de Rathery, le syndrome de carence chlorée de Rudolf.

Ce chapitre de la pathologie s'est ouvert avec l'étude biologique de l'*occlusion intestinale.* Appliquant à la clinique des acquisitions expérimentales récentes (Mac Callum, Hadden et Orr, Léon Binet et Favre), Gosset et ses collaborateurs ont montré que la déficience du sang en chlore se retrouve au cours des obstructions intestinales graves et que, chez de tels malades, l'évolution était transformée sous l'influence de la rechloruration de l'organisme.

Les travaux initiaux de Gosset, Binet et Petit-Dutaillis, les nombreuses publications qui leur ont fait suite ont permis de décrire un véritable *syndrome chloropénique*, d'une parfaite netteté au cours de l'occlusion intestinale haut située.

Le syndrome comprend deux termes : clinique et humoral.

a) *Syndrome clinique*, facies pâle, traits tirés, joues creuses, peau sèche, squameuse, pli cutané persistant.

Asthénie profonde, accompagnée de prostration, torpeur, somnolence. Asthénie psychique (troubles de la mémoire, incapacité de tout effort intellectuel). Anorexie, soif ardente, haleine fétide dégageant une odeur ammoniacale nette, vomissements fréquents, diarrhée liquide, abondante, sans glaires.

Pouls petit, mou, rapide, bruits du cœur assourdis, T.A. basse.

Réflexes diminués. Délire, parfois convulsions. Tétanie (L. Blum).

b) *Syndrome humoral.* — Chute du chlore, se faisant à la fois au niveau du plasma, des globules, du L.C.R. C'est la *triade chloropénique.* Notons à ce sujet que le chlore du L.C.R. aurait une grande valeur significative pour Blum : variant comme le chlore cérébral, il donnerait une image du chlore tissulaire. Cette valeur est discutée par Rathery, Savy et Thiers, qui ont vu le chlore du L.C.R. varier comme le chlore plasmatique, mais avec un retard plus ou moins considérable.

Augmentation de la *réserve alcaline* qui, dans le syndrome chloropénique, présente des modifications inverses de celles de la chlorémie.

L'hyperazotémie est fréquente, mais pas absolument constante. *L'hyperpolypeptidémie* a été également observée. On note encore : une augmentation des *protéines totales*, portant surtout sur la globuline, d'où abaissement du coefficient albumineux ; une *hyperglycémie* légère, mais nette, intéressant principalement le sucre protéique ; une élévation du taux des graisses totales, qui explique l'aspect lactescent du sérum.

Le taux des hématies est le plus souvent normal. On signale cependant une polyglobulie de déshydratation, que l'on a opposée à l'anémie des néphrites urémigènes (Binet).

Il ne nous appartient pas encore de discuter la valeur des termes de ce syndrome. Dans ce tableau clinique, l'asthénie, l'anorexie, la petitesse du pouls, certains troubles nerveux, l'agitation paraissent à Rathery les signes les plus caractéristiques. On devrait y ajouter les vomissements et la diarrhée, qui aggravent la perte en chlore et déterminent des phénomènes de déshydratation.

Les fluctuations en sens inverse de la chlorémie et de la R.A. constituent les éléments les plus nets du syndrome humoral ; à un moindre degré, il faut faire mention de l'azotémie, signe humoral important, mais venant « quant à sa date d'apparition, après la chloropénie qui constitue l'élément majeur du syndrome humoral » (Binet).

Quelle que soit la physiopathogénie de ces manifestations, la chute de la chlorémie demeure l'élément prépondérant. La cure de rechloruration aura une action décisive : le syndrome clinique s'efface, le taux du chlore sanguin devient normal, l'hyperazotémie disparaît. Le pronostic de l'occlusion intestinale a été transformé depuis que l'on sait compléter l'acte chirurgical par l'action antitoxique des injections de NaCl.

Expression la plus achevée du syndrome chloropénique, l'occlusion intestinale n'en constitue pas l'unique aspect. Sous des *formes mineures* (asthénie, prostration, crampes épigastriques, crampes musculaires) ce syndrome pourra être réalisé par toute cause pathologique conduisant à la carence chlorée.

Tantôt il s'agit d'un *apport insuffisant de NaCl.* « Le chlorure de sodium, à la dose journalière de 6 à 10 grammes, est non seulement un utile condiment, mais encore un aliment nécessaire à la défense de l'organisme. » (Castaigne.) Chez des individus normaux soumis trop longtemps au régime déchloruré, Rathery, Castaigne, Lemierre et Levesque ont vu apparaître des malaises divers : crampes douloureuses épigastriques, asthénie. Au cours de certains états pathologiques (tuberculeux albuminuriques, dyspepti-

ques hyperchlorhydriques) le même régime déchloruré peut déclancher toute une série d'accidents, qui cèdent à la rechloruration.

Le plus souvent les troubles sont dus à une *élimination exagérée de NaCl.*

Cette « fuite » peut se produire au niveau de l'*appareil digestif*. Tous les vomissements abondants, de quelque origine qu'ils soient, de même que toutes les diarrhées profuses, pourvu que les uns et les autres contiennent une quantité notable de Cl, donnent lieu aux syndromes clinique et biologique de l'occlusion intestinale ; ces syndromes disparaissent également sous l'influence des injections de NaCl.

A côté de la voie digestive, de loin la plus importante, d'autres voies peuvent s'offrir, exceptionnellement, à la déperdition chlorée.

Celle-ci s'effectue parfois par la *voie rénale*. Teissier et Courmont ont décrit un diabète insipide avec polychlorurie dont la nature n'a jamais été bien déterminée. Blum, Van Caulaert et Grabar ont également montré que l'ingestion répétée de bicarbonate de soude (cure de l'ulcère gastrique par la méthode de Sippy), le diabète grave avec acidose intense et prolongée, provoquent une hypochlorémie par chlorurie excessive.

La *voie cutanée* constitue une autre voie d'exception. « Brocbank rapporte que J.-B.-S Haldane a constaté que chez des mineurs travaillant à un mille de profondeur avec une température de 30° à 37°, on peut constater une perte de sueur de 18 litres par jour, ce qui correspond à 28 grammes de chlorure de sodium. Pour compenser les pertes d'eau occasionnées par cette sudation, les hommes boivent de l'eau et de la bière salée. S'ils ingèrent de l'eau seule, ils sont pris de crampes ; s'ils prennent de l'eau ou de la bière salées, les accidents disparaissent. Les urines sont dans ces cas à peu près complètement dépourvues de chlorure » (Rathery).

Enfin la *voie parentérale* peut être un mode de spoliation chlorée. Au cours de néphrites chroniques hydropigènes, ponctionnées à plusieurs reprises avec des tubes de Southey, au cours des ascites de cirrhotiques ayant subi plusieurs ponctions abdominales, Castaigne a vu apparaître une chloropénie mais sans hyperazotémie et sans manifestations cliniques.

En résumé, les syndromes chloropéniques vrais sont essentiellement caractérisés :

a) Par une hypochlorémie due à une insuffisance absolue de chlore dans l'organisme ;

b) Par une élévation fréquente, mais non constante, du taux de l'urée sanguine ;

c) Par une élévation de R. A.

Dans UN SECOND GROUPE DE FAITS qui s'inscrivent en marge du syndrome chloropénique, l'hypochlorémie ne saurait s'expliquer par le seul mécanisme de la carence chlorée.

Les *accidents post-opératoires* ont fait l'objet d'études très poussées de Legueu et Fey, Chabanier et Lobo Onell, Robineau et Lévy, Pierre Duval. A la suite de toute intervention chirurgicale, même minime, même pratiquée sous anesthésie locale, on peut observer :

1) Une baisse à peu près constante de la chlorémie, une diminution constante du rapport érythro-plasmatique.

2) Une chute du chlore urinaire, importante et durable (10 à 20 jours).

3) Une augmentation des déchets azotés du sang : urée, polypeptides (P. Duval).

Si, le plus souvent, l'hypochlorémie est modérée et passagère, reprenant son taux normal après 3 ou 4 jours, elle peut, en certains cas, s'accompagner d'accidents graves et même mortels. Chez de tels malades, tous les accidents cessent dès que l'on rétablit par la médication chlorurée, la chlorémie à un taux normal.

Les phénomènes de *shock* (Quénu, Duval et Grigaut), les accidents dus aux *brûlures étendues* (Davidson, Robineau, P. Duval), à la nécrose des tissus, aux néoplasmes irradiés (P. Duval), s'effaceraient de même par la médication chlorurée, qui constituerait dans ces cas le traitement de choix.

Au cours de certaines *intoxications*, au cours des *maladies infectieuses* (pneumonie, fièvre typhoïde, grippe) on a depuis longtemps souligné le trouble du métabolisme azoté et chloré (Achard, Loeper, Laubry et Paisseau). A la période d'état des maladies infectieuses, il y a hyperazotémie, hyperazoturie, hypochlorémie, hypochlorurie ; l'épreuve de la chlorurie provoquée montre une rétention presque totale du chlore ingéré. Au moment de la convalescence se produit une crise azoturique et chlorurique bien connue.

Par suite d'un régime déchloruré trop longtemps prolongé et d'une perte exagérée des chlorures (vomissements, diarrhée), certaines *néphrites* urémigènes présentent une hypochlorémie manifeste, avec azotémie beaucoup plus élevée que ne le suppose l'importance des lésions rénales.

L'hypochlorémie terminale, avec hyperazotémie et baisse de R. A., au cours des néphrites chroniques, a été mise en relief par Rathery, Castaigne et Chaumerliac. Elle se rattache aux faits que Castaigne et Chaumerliac ont décrits sous le nom d'azotémie par surcroît.

Certaines néphrites aiguës, surtout par intoxication, donnent lieu à une hypochlorémie s'accompagnant d'une azotémie très considérable. Ces troubles sont à leur maximum dans l'anurie par néphrite aiguë.

Au cours des *hépatonéphrites* « les rapports chlorés sont des plus variables... L'hypochlorémie est à peu près constante ; le rapport érythroplasmatique est aussi souvent abaissé qu'élevé, ce qui, pour une R. A. constamment diminuée, réalise tantôt une figure d'acidose fixe, tantôt une alcalose gazeuse. Cependant, d'une façon générale, à l'aggravation et à l'évolution vers la mort correspond presque toujours, avec une diminution progressive de la R. A., une élévation du rapport chloré » (Vague).

Ce second groupe de faits est donc caractérisé :

1) Par une hypochlorémie que ne saurait justifier la seule notion de carence chlorée ;

2) Par une élévation constante des déchets azotés (polypeptides) ;

3) Par les caractères de R. A. qui n'est pas nécessairement élevée, comme dans le cas de syndrome chloropénique, mais peut être au contraire abaissée.

PATHOGENIE

I. — Mécanisme régulateur de la composition du sang. — La voie d'apport normale de tout le sel de l'organisme est l'alimentation. L'on estime à 15 grammes la ration moyenne de NaCl absorbée quotidiennement : 5 grammes contenus dans les aliments naturels ; 10 grammes sous forme de condiment.

Cependant, chez le sujet normal, quel que soit l'apport alimentaire, le taux du chlore sanguin ne varie guère. Le sang est défendu contre une variation possible de son chlore par le « mécanisme régulateur de la composition du sang » (Achard et Loeper). Le chlore en excès du sang se déverse dans le système lacunaire. La plus grande partie du sel du corps humain existe ainsi à l'état libre, dissous dans le plasma sanguin et les liquides interstitiels. Le sang est d'ailleurs susceptible d'emprunter en retour du chlore à ce système lacunaire. D'autre part, une partie du sel ingéré est évacuée par les émonctoires : urines, et très accessoirement lait, sueurs, larmes, matières fécales.

« Les humeurs et les tissus de l'organisme contiennent une quantité de chlore ne variant que dans de très faibles proportions à l'état normal. Comme la quantité des chlorures des humeurs est considérable et que leur proportion y est fixe, à l'état normal, on peut donc en conclure logiquement que, si l'on constate des variations notables et durables de ces proportions, c'est qu'un état pathologique sera constitué, dont nous aurons à apprécier la valeur, au double point de vue clinique et thérapeutique » (Castaigne).

II. — Rupture de cet équilibre. — *Trois mécanismes* peuvent intervenir pour déterminer l'hypochlorémie.

a) La *chloropénie* ou appauvrissement de l'organisme en NaCl ; insuffisance chlorée absolue.

La chloropénie peut se produire de deux façons : par apport insuffisant ou par élimination exagérée de NaCl déterminant un bilan chloré négatif.

Les méfaits d'une ration alimentaire insuffisante en NaCl sont soupçonnés depuis longtemps. Mais c'est seulement au début de ce siècle qu'en fut fournie la preuve expérimentale : « Babcock, en 1905, à la station agronomique de Wisconsin, constata que des vaches laitières qui ne reçurent pas de NaCl dans leur ration, restèrent d'aspect normal pendant deux mois à un an ; puis, apparurent de graves symptômes : œil terne, poil rude et mat, perte de l'appétit, diminution rapide du poids et de la production de lait. Parmi ces vaches, les unes furent remises au régime chloruré ; elles se rétablirent rapidement, les autres restèrent au régime déchloruré et moururent » (Rathery). Les faits cliniques dont nous avons fait mention, concernant les sujets maintenus inconsidérément au régime déchloruré sont superposables à ces faits expérimentaux. Chez ces malades soumis au régime déchloruré, la quantité de chlorure de sodium éliminée par les urines s'est montrée nettement supérieure à la quantité de sel ingérée (Lemierre, Léon Blum, Rathery, Castaigne).

Il est indiscutable d'autre part qu'une élimination exagérée de NaCl peut entraîner une rupture du bilan chloré. Le fait fut démontré expérimentalement (Halden et Orr, Léon Binet et Fabre). De nombreuses circonstances cliniques permettent l'application de ces données à la pathologie humaine (occlusion intestinale, vomissements et diarrhée profuse, diabète chlorurique, sudation excessive, soustraction de grandes quantités de sérosité par ponction).

b) La *chloropexie*, ou fixation en quantité anormale du chlore au niveau des tissus.

La démonstration la plus parfaite du fait de la chloropexie est fournie par l'étude des accidents post-opératoires. Nous avons vu qu'à la suite des interventions chirurgicales, la chlorémie baisse de façon à peu près constante. Dans les cas rares où la chlorémie ne baisse pas, il y a diminution du rapport érythro-plasmatique. Pour expliquer cette hypochlorémie on ne saurait admettre une élimination exagérée : en effet, la chlorurie baisse simultanément de façon notable et prolongée. En fait l'acte opératoire entraîne un accroissement du chlore dans les tissus (organes et surtout muscles) traumatisés. Legueu, Fey, Palazzoli et Mlle Lebert ont constaté que des traumatismes opératoires même minimes : légers traumatismes du côlon, des reins, du foie, pincement d'un muscle grand droit, et même simple incision de la paroi, produisent chez l'animal une chute des chlorures sanguins et une augmentation du taux des chlorures contenus dans les tissus traumatisés ; les proportions en NaCl dans le muscle sain symétrique et le muscle traumatisé varient dans l'ordre de 1 à 5. Cette donnée expérimentale est confirmée en pathologie humaine. Chez un malade qui présentait une déchirure des muscles du bras, Legueu et ses collaborateurs trouvèrent un taux de chlorure très augmenté au niveau des muscles lésés. La même constatation fut faite dans un cas de contusion musculaire grave par P. Duval.

Ainsi l'hypochlorémie post-opératoire résulte essentiellement du passage en masse du chlore du sang vers certains tissus.

Cette interprétation peut être également appliquée à l'hypochlorémie du shock traumatique, des brûlures, des infections, des intoxications, de certaines lésions rénales et hépato-rénales.

La raison de ce déplacement du chlore doit être cherchée dans certains aspects du rôle du chlore dans l'organisme. On sait que le NaCl assure l'équilibre physico-chimique des humeurs et des tissus (Expérience d'Achard et Gaillard). Son rôle cytophylactique a été démontré par Achard, Loeper, Paisseau, Ramond : « Ce sont les solutions de chlorure de sodium qui, à taux équimoléculaire, conservent le mieux les aspects normaux des éléments histologiques de tous les tissus » (Castaigne). Lesné et Charles Richet fils ont mis en lumière son rôle antitoxique : si l'on injecte à un animal, en même temps que des poisons, une solution de chlorure de sodium, on ralentit leur pouvoir.

Ces divers attributs, cytophylactique, antitoxique, font du NaCl la « véritable monnaie d'échange de l'é-

conomie ». Il est permis de supposer que l'accumulation au sein des tissus des déchets albuminoïdes formés par les altérations tissulaires, explique la fixation d'une quantité anormale de chlore sur ces tissus, aux dépens du chlore sanguin.

c) L'*acidose* enfin peut expliquer certains cas d'hypochlorémie.

Les recherches de Hamburger, Van Slyke, ont montré que la répartition du chlore dans l'organisme est un des facteurs de l'équilibre acide-base.

Sous l'influence de l'acidification du plasma, il y a départ de chlore vers les globules et les tissus, libérant du sodium qui devient disponible pour neutraliser les acides.

Est-ce à dire que *les faits cliniques d'hypochlorémie* peuvent être aisément interprétés à l'aide de ces trois mécanismes de production ?

Dans certains cas, la solution paraît simple. Une déchloruration alimentaire trop longtemps poursuivie, une « fuite » exagérée du chlore par vomissements, diarrhée, polyurie avec hyperchlorurie, sudation anormale, expliquent fort simplement l'apparition du syndrome chloropénique.

De même, les maladies infectieuses, certaines néphrites, déterminent un appel de chlore vers les tissus qui, par le mécanisme de la chloropexie, rend compte de l'hypochlorémie constatée.

Mais, la plupart du temps, on ne saurait se satisfaire d'un mécanisme univoque.

L'occlusion intestinale détermine sans doute une perte importante de chlorure par voie digestive. Mais la production anormale au niveau des tissus de substances toxiques intervient certainement aussi pour augmenter la baisse du chlore sanguin. D'où combinaison de chloropénie et de chloropexie. Au cours des accidents post-opératoires, la chloropexie joue un rôle majeur. Mais le déséquilibre du bilan chloré, dû à une fuite par vomissements, sudation, aggravée par la diète, ne peut-il pas contribuer à accélérer l'hypochlorémie ?

Les brûlures étendues déterminent sans doute un déplacement du chlore vers les tissus albumineux toxiques, désagrégés par les brûlures. Mais il est certain, comme l'avait indiqué Blum, qu'une quantité notable de chlore s'écoule avec la sérosité.

Dans la plupart des néphrites, il faut admettre l'association d'un facteur chloropexique et d'un facteur acidosique.

Les troubles du métabolisme chloré des h. n. paraissent dus à la fois à la chloropexie tissulaire, à la déperdition aqueuse, aux troubles de l'équilibre acide-base.

Ainsi, dans la plupart des cas, nous ne pouvons expliquer les hypochlorémies par la seule intervention de la carence chlorée, de la chloropexie ou de l'acidose.

(*A suivre.*)

L'instinct, ses causes physiques, sa base organique et sa psychologie, par César Porto, ancien Directeur des Ecoles-Ateliers de Lisbonne. Un volume in-8° de 288 pages, en dépôt à la librairie José Corti, 6, rue de Clichy, Paris (9e), 1936.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 JUIN 1937)

Réceptivité de l'homme au virus murin de la chorio-méningite lymphocytaire. Reproduction expérimentale de la méningite lymphocytaire bénigne. — MM. Pierre LÉPINE, Pierre MOLLARET et Boris KREIS.

(SÉANCE DU 21 JUIN 1937)

Influence de l'iode et de quelques composés iodés minéraux et organiques sur les lésions osseuses du rachitisme expérimental. — M. Racul LECOQ met en évidence l'action curative de l'iode sur les lésions du rat expérimentalement rachitisé.

Une nouvelle propriété des aliments, la trophophylaxie. — M. P. LASSABLIÈRE. Il existe dans les aliments des substances encore indéterminées, trophophylactines, qui protègent l'organisme contre les intoxications. L'auteur poursuit ses recherches pour tenter d'isoler ces substances et pour déterminer comment elles agissent.

Action de la stérilisation et de quelques modes de conservation sur le pouvoir antiscorbutique du citron. — MM. MOURIQUAND, TÊTE, WENGER et VIENNOIS.

Action antistreptococcique de certains dérivés sulfurés organiques. — M. Pierre GLEY.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 6 JUILLET 1936,
CONSACRÉE A LA MÉDECINE AUX COLONIES

Nouvel aspect du problème de la tuberculose chez les noirs. — MM. F. BEZANÇON et ARNOULD montrent toute l'importance de la question de la tuberculose des noirs. Ils rappellent qu'il ne faut pas prendre à la lettre l'observation de Borrel sur les tirailleurs sénégalais rassemblés au camp de Fréjus pendant la grande guerre, et qu'il ne faut pas généraliser les conclusions qui en furent tirées sur l'extrême gravité de la tuberculose des noirs.

L'expérience du camp de Fréjus a eu une suite ; un fort contingent de Sénégalais réside actuellement à La Rochelle, et tout en présentant une mortalité tuberculeuse encore supérieure à celle des troupes métropolitaines, il est bien loin d'être décimé par la tuberculose comme les Sénégalais du camp de Fréjus.

Les auteurs montrent que l'on a attribué à tort l'extrême gravité de la tuberculose des Sénégalais à l'absence d'allergie tuberculeuse constatée par Borrel.

La tuberculose présente une très grande gravité chez les noirs qui travaillent dans le sud de l'Afrique dans les mines d'or, et cependant ceux-ci réagissent à la tuberculine avec la même fréquence que les Européens. Elle semble même avoir plus de gravité chez les allergiques que chez les autres.

L'expérience considérable des médecins américains montre d'autre part, qu'alors que les cuti-réactions positives sont aux Etats-Unis au moins aussi fréquentes chez les nègres que chez les blancs, la tuberculose revêt, cependant, chez les nègres une gravité beaucoup plus grande.

La gravité de la tuberculose des Sénégalais du camp de Fréjus doit être attribuée pour une grande part à la transplantation, à l'entraînement rapide et aux conditions matérielles et morales entraînées par la guerre. Dès que les noirs vivent dans de bonnes conditions d'hygiène et ne sont pas transplantés, la tuberculose perd son caractère d'extrême gravité.

Le type anatomo-clinique présenté par les Sénégalais du camp de Fréjus, signalé depuis chez les noirs par de nombreux auteurs, montre cependant que l'on doit se demander si, à côté du problème social qui domine la question, il n'y a pas aussi un problème racial qui expliquerait la fragilité relative des voies respiratoires chez les noirs et la tendance aux localisations ganglionnaires et à la généralisation.

Les résultats obtenus par le Service de santé à La Rochelle par le dépistage systématique des cas nouveaux, l'entraînement progressif, les conditions d'hygiène parfaites montrent que l'on peut, moyennant ces précautions, utiliser les troupes noires pour la défense de la Métropole.

La lutte contre la lèpre dans les colonies françaises. — M. MARCHOUX. On a longtemps négligé de s'occuper de la lèpre dans nos colonies autrement que pour enfermer les malades dans des léproseries qu'on écartait de toute agglomération, parfois même dans des îles. Ils ne recevaient que peu ou pas de soins, sauf dans quelques établissements fondés par des âmes charitables. Pour échapper à l'exil, les malades se cachaient et restaient un danger d'autant plus grand qu'il était ignoré. Sous l'inspiration d'une commission permanente siégeant auprès de lui, le ministre des Colonies a prescrit l'application de mesures plus humanitaires et susceptibles de porter sur tous les lépreux, dont aucun budget n'aurait pu supporter les frais d'une hospitalisation totale. Celles-ci se résument dans la constitution de dispensaires où les médecins sont assistés d'infirmières visiteuses qui veillent à domicile à l'application des règles prescrites pour éviter la contagion ; dans l'admission dans les hôpitaux des malades pour lesquels des soins immédiats s'imposent ; dans l'ouverture, pour les indigents et les impotents, d'asiles de secours. Dans quelques colonies à population clairsemée, les lépreux ont été réunis dans des colonies agricoles voisines des agglomérations principales et des quelques médecins qui s'y trouvent. La lutte, pour être efficace, doit se continuer longtemps et s'accompagner d'une éducation de la population qui lui permette d'éviter la contamination.

La protection démographique aux colonies. — M. LASNET, qui pendant de longues années a dirigé le Service de santé aux colonies et a eu, sur place, un rôle très actif dans l'organisation de l'assistance médicale, a fait un rapide exposé des efforts réalisés dans les territoires d'outre-mer, avec l'appui de l'Académie de médecine, pour leur assurer les soins nombreux et toujours nécessaires à leur mise en valeur.

Il rappelle que le premier programme de protection vraiment démographique a été dressé à Madagascar en 1901 par le général Galliéni et que ce sont les collaborateurs formés à son école, au premier rang desquels le maréchal Lyautey, au Maroc et le gouverneur général Carde en Afrique Occidentale Française et en Algérie, qui en ont étendu l'application. Repris en 1920 par M. Daladier, ministre des Colonies, ce programme a été généralisé et est devenu la charte de la protection sanitaire des populations autochtones sur laquelle s'appuient les meures actuellement en cours.

M. Lasnet signale ensuite les conditions les plus indispensables parmi beaucoup d'autres pour le succès d'une entreprise aussi vaste et aussi difficile :

La collaboration de tous les services, de tous les groupements, de toutes les personnalités en contact avec les populations autochtones et pouvant exercer sur elles une action ;

La continuité et la ténacité dans une œuvre qui exige des efforts persévérants et obscurs, dont les effets ne peuvent se faire sentir qu'à longue échéance ;

L'attribution de crédits suffisants, dont une partie pour-

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », paru dans la *Presse Médicale*, du 13 février dernier, Henri BARTH, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février dernier, le Dr DANI-HERVOUET a donné communication à la Société Médicale des Praticiens, de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée,** expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Il est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Pr BINET et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple**, moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes* ; **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles.*

rait être fournie par le prélèvement de 10 % sur les sommes réservées aux grands travaux sur fonds d'emprunt, en conformité de la décision votée par le Parlement au moment des grands emprunts coloniaux de 1931.

L'Académie a entendu ensuite une communication de M. le médecin général inspecteur SOREL, inspecteur général du Service de santé des colonies, sur les **médecins coloniaux d'autrefois et d'aujourd'hui.** Enfin, M. ACHARD, qui l'an dernier fit un long voyage d'études en A. O. F., a entretenu l'Académie de **l'instruction médicale des indigènes aux colonies.**

M. Marius MOUTET, ministre des Colonies, qui avait assisté à la séance avec M. Monnerville, sous-secrétaire d'Etat, a pris enfin la parole pour remercier l'Académie.

REVUE DES THESES

Application thérapeutique de vues biologiques nouvelles sur le brome, par Ch. LECLERCQ (Thèse Lille, 1937). 1 vol. 112 pages, 29 figures, 3 planches hors texte. Frère, éditeur, Tourcoing.

Leclercq retrace d'abord l'histoire biologique du brome, qui, depuis un siècle, s'est imposé comme le neuro-sédatif par excellence, utilisé dans toutes les branches de la médecine.

Les travaux de Zondeck et Bier, jetant une vive lumière sur les données de la thérapeutique empirique, conduisent à considérer le brome comme le principe essentiel d'hormones sédatives régulatrices de l'inhibition et du sommeil : le brome circulant du sang diminue dans les états d'*excitation* et d'*anxiété* ; le brome hypophysaire se raréfie dans la *vieillesse* ; dans le *sommeil* enfin, le brome hypophysaire émigre vers les centres du tronc cérébral.

Le dibromocholestérol, lipoïde bromé, s'apparentant par la structure à l'hormone folliculine, manifeste des propriétés neuro-sédatives qui évoquent, par la faiblesse des quantités de brome en jeu, celles des hormones sédatives hypothétiques de Zondeck et Bier.

Chez la souris, le dibromocholestérol détermine un effet sédatif dès la dose de 4 cgr. par kilogr., vingt fois moindre que la dose correspondante de bromure de sodium.

A fortes doses, en revanche, le dibromocholestérol ne présente pas une toxicité sensiblement supérieure à celle du bromure de sodium : son action apparaît donc *régulatrice*, comme les actions diastasiques ou hormonales, ne se multipliant pas avec les doses comme les actions sidératives ou toxiques.

Exprimés en langage thérapeutique, ces faits indiquent que la « *marge utile* » du dibromocholestérol est notablement plus étendue que celle du bromure de sodium (*de l'ordre de* 50 *fois plus*).

Aussi Leclercq a-t-il introduit le dibromocholestérol (spécialisé sous le nom de *Sed'Hormone*) dans la thérapeutique humaine.

Leclercq a obtenu des résultats intéressants chez les épileptiques. Même chez des sujets présentant des crises fréquentes, il est parvenu à substituer le dibromocholestérol aux barbituriques habituels. Ainsi quelques centigrammes de brome, sous cette forme, ne déterminant aucun bromisme, peuvent libérer l'organisme de l'intoxication chronique par les barbituriques, avec la déchéance et la toxicomanie qu'elle entraîne.

Leclercq a traité encore avec succès des sujets *excités, anxieux, insomniques*. Il a obtenu des sédations hors de comparaison avec celles des bromures usuels, avec des doses de 1 à 10 cgr. de dibromocholestérol, 100 fois moindres que les doses de bromure actives.

Cette thèse, qui apporte une contribution importante en faveur des vues de Zondeck et Bier sur les hormones sédatives, a encore le mérite d'avoir mis au point une méthode originale de thérapeutique sédative, excluant la sidération par laquelle agissent les hypnotiques actuels.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 5 juillet. — Jury : MM. Fiessinger, président ; Loeper, Moreau, Lelong. — M. COHEN-TANNOUDJI. Contribution à l'étude des formes cliniques et du traitement de la fissure anale. — M. DEHERGUE. Contribution à l'étude de l'état du foie dans les polysérites bacillaires. — M. FRANCK. Hépatite graisseuse. — M. PRUDENT. Etude sur les rapports de la peau avec les sécrétions internes. — M. MAMI. Des injections directes de médicaments dans les artères. — Mlle BROUET. L'estomac des hyperthyroïdiens. — Mlle DURAN. Déformation sus-mésocolique du M du duodénum et duodénum mobile. — M. RAMADOUT. Etude critique sur le volvulus gastrique.

Mardi 6 juillet. — Jury : MM. Lenormant, président ; Marion, Mauclaire, Wilmoth. — M. BERRONDO. Contribution à l'étude de la calcification et de l'ossification des ménisques du genou. — M. CAPMAS. Contribution aux traitements nouveaux des Bartholinites. — M. GORVEL. Les fractures par enfoncement du cotyle. — M. HECHAVARRIA Y VAILLANT. Contribution à l'étude des greffes de Davis. — M. GARIBALDI. Intensification de l'efficacité des vaccins antigonococciques par l'adjonction d'une solution de lécithine colloïdale. — M. GHAYOUR. La reposition du rein ou « néphropexie ».

— Jury : MM. Balthazard, président ; Carnot, Rathery, Lavier. — M. PRUVOST. Le risque électrique. Commentaire du décret du 4 août 1935 du ministre du Travail concernant la protection des travailleurs dans les établissements qui mettent en œuvre des courants électriques. — M. MEYNIEL. Le syndrome sus-phrénique du cancer suppuré du poumon. — M. BENSIMON. Contribution à l'étude de l'équilibre humoral du vieillard.

— Jury : MM. Gougerot, président ; Laignel-Lavastine, Huguenin, Mlle Lévy. — M. BLÉCHET. Contribution à l'étude du syndrome secondaire de la chimiothérapie. Accidents cutanés. — M. CHEVREUL. Contribution à l'étude de la syphilis de l'ovaire. Aménorrhée et syphilis. — M. DANG VU HY. Contribution à l'étude de la syphilis de l'ovaire . — M. DREYFUSS-LEMAÎTRE. L'anesthésie au protoxyde d'azote et ses applications en dermatologie. — M. ASKENASI. Contribution des juifs à la fondation des écoles de médecine en France au Moyen Age. — M. BUQUIN. L'hygiène et la médecine à l'Ecole de La Flèche. — M. GIRAULT. Contribution à l'étude du rôle du service de santé militaire. — M. RAPAPORT. La castration rituelle. L'état mental des Skoptzy.

Mercredi 7 juillet. — Jury : MM. Gosset, président ; Funck, Quénu, Sénèque. — M. BATAILLE. Quelques cas de cancers gastriques invisibles à l'opération vérifiés histologiquement. — M. DE CAGNY. Contribution à l'étude de la boiterie, séquelle des coxalgies. — M. GOYER. Technique et gastrectomie pour ulcère avec anastomose bout à bout gastro-duodénale. — M. LE BIGOT. Tumeurs bénignes du bulbe duodénal. — M. LE BOURGEOIS. Contribution à l'étude de la dégénérescence cancéreuse des polypes solitaires recto-sigmoïdiens et leur traitement chirurgical. — M. LÉRA. Contribution à l'étude du traitement des tuberculoses chirurgicales par l'émulsion bactérienne de Vaudremer. —

M. MOREAU. Le rôle de l'uretère lombaire dans la statistique du rein droit et particulièrement des rapports de l'appendicite et de l'hydronéphrose.

— Jury ; MM. Abrami, président ; Champy, Robert Debré, Henri Bénard. — Mme ASS-LÉONARDOW. Contribution à l'étude des néphrites de guerre. Etiologie spirochétienne de certaines d'entre elles. — M. PERRIN. De l'autohémothérapie dans les troubles fonctionnels en gynécologie. — Mlle CHAMPY. Essai sur la régulation de la croissance ovarienne et le rôle qu'y jouent les hormones sexuelles. — M. COUJARD. Recherches histologiques et expérimentales sur la prostate et sa croissance normale et pathologique. — M. HABIB. Contribution à l'étude de la xanthomatose osseuse. — M. NEUMANN. Contribution à l'étude de l'allergie tuberculinique et de l'immunité chez le cobaye.

Jeudi 8 juillet. — Jury : MM. Roussy, président ; Bezançon, Strohl, Huguenin. — M. LEURET. Essai sur les tumeurs épithéliales primitives de l'ovaire. — M. ORLANDO DE SOLA. Technique et indications de l'anesthésie générale à l'évipan sodique dans la pratique chirurgicale. — Mme AUERBACH. Evolution bénigne de certaines bilatéralisations au cours du pneumothorax artificiel unilatéral. — Mlle BRENNIEL. Le délire alcoolique aigu. — M. MALABOU. Etude sur les méthodes physiques et chimiques de dosage des vitamines. — M. RADZIWILLER. Contribution à l'étude du syndrome de Mickulicz au cours des leucémies. — M. DEL REGATO. Sur la roentgenthérapie des épithéliomas du sinus maxillaire.

— Jury : MM. Cunéo, président ; Pierre Duval, Mocquot, Cadenat. — M. BAKHOUCHE. Contribution à l'étude des tumeurs primitives de la cloison recto-vaginale. — M. BOZONNET. Considérations sur l'étiopathogénie de l'hypertrophie prostatique et son traitement endocrinien. — M. COMBEAU. Contribution à l'étude de l'extraction des corps étrangers de l'œsophage par voie cervicale externe. — M. ESCURRA. Essai de traitement des salpingites par les sels d'or. — Mlle COULOMBEIX. Contribution à l'étude de la roentgenthérapie de la tuberculose utéro-annexielle. — M. KLOCZNYK. Etude manométrique vraie en hystéro-salpingographie.

— Jury : MM. Jeannin, président ; Nobécourt, Sergent, Lian. — Mme BARBE, dite BIENAIMÉ. Quelques points de puériculture. Observations d'une mère. — M. ABAZA. Tuberculose, croissance et puberté. — M. BOULIGNAT. Contribution à l'étude des hémopathies benzéniques. — M. JORGE. Exploration radiologique des poumons en position couchée avant et pendant le pneumothorax artificiel.

Vendredi 9 juillet. — Jury : MM. Grégoire, président ; Ombrédanne, Hovelacque, Vignes. — M. ADLE. Traitement des adénopathies tuberculeuses par l'injection intralymphatique de chlorophylle en solution éthérée. — M. LÉVY. Contribution à l'étude de la cicatrisation de certaines plaies opératoires par les rayons ultra-violets. Utilisation du générateur Goude-Axelos. — M. STÉPHANI. La voie d'abord sacrée (kraske) dans le traitement du cancer du rectum. — M. CHALMEAU. Sur un cas héréditaire de synostose astragalo-scaphoïdienne bilatérale.

— Jury : MM. Couvelaire, président ; Lemierre, Bariéty, Lévy-Solal. — M. CYGLER. Conditions cliniques de la production des phlébites puerpérales. — M. DE LEMOS. Contribution à l'étude des ruptures traumatiques pendant l'accouchement. — M. RENAUDIN. La mortalité maternelle au cours et à la suite des accouchements. — Mlle DURRANDE. Les régimes épais dans les vomissements des nourrissons. — Mlle FABRE. Contribution à l'étude de la maladie coeliaque. — M. GUITTARD. Contribution à l'étude des variations de l'azotémie au cours des traitements par les sels de jaune d'acridine. — M. HERSCU. Contribution à l'étude des phlébites à bascule d'origine traumatique (forme hyperalgique). — M. WEBER. Un centre de triage de la tuberculose. Fonctionnement du service et de la consultation de l'hôpital Beaujon à Clichy. Etude critique.

Samedi 10 juillet. — Jury : MM. Lemaître, président ; Terrien, Gayet, Renard. — M. DAUDIER. Contribution à l'étude des tumeurs mixtes des fosses nasales. — M. SALVATOR. Etat actuel de nos conceptions sur la pathogénie de l'otospongiose. — M. SOBIESKI. Essai d'un traitement biologique de l'ozène. Association de la bactériophagothérapie et de l'endocrinothérapie. — M. TRACCAS. Traitement adjuvant des thrombo-phlébites du sinus latéral par l'immobilisation jugulaire. — M. VILLAIN. Quelques considérations sur le respirateur buccal. — M. FRILEUX. Les oscillations de la tension oculaire sous l'influence des pesées tonométriques et sous l'action de la pilocarpine. — M. SALAGNAC. Les hémorragies rétiniennes au cours de la pachyméningite hémorragique du nourrisson. — M. TOPOL. Des corps étrangers intra-oculaires tolérés. Etude clinique et médico-légale.

— Jury : MM. Tanon, président ; Joannon, Chabrol, Hazard. — M. CRÉPIN. Les cités ouvrières du Nord de la France. Etude d'hygiène urbaine et d'hygiène sociale. — M. DEVILLECHABROLLE. Contribution à l'étude de la sprue. — M. FOX. Contribution à l'étude de l'organisation de la campagne contre la tuberculose aux Etats-Unis. — M. HARAVI. Etude hydrogéologique du Nord de l'Iran. Considérations générales sur la purification des eaux de boisson. — M. LAXER. La pellagre en Roumanie. — Mlle LÉVY (Hélène). Le lait de femme et l'allaitement au sein. Leur importance capitale dans la lutte contre la mortalité infantile. — M. MARTIN. Contribution à l'étude de la tension dans l'artère centrale de la rétine, en particulier dans ses rapports avec la tension artérielle humérale. — M. MARTIN-CHARPENEL. Le pain de froment. Etude médicale de la valeur alimentaire des farines et du pain. — M. POTIER. L'alimentation et l'hygiène. — M. WARHAFTIG. Le typhus exanthématique en Pologne.

— Jury : MM. Gougerot, président ; Laubry, Gastinel, Sézary. — Mlle EMAN-ZADEH. Contribution à l'étude du mal perforant au cours de la lèpre et de la syringomyélie. — M. HOESLI. Troubles fonctionnels et lésions de l'œsophage dans la sclérodermie. — M. LEFKOVITCH. Contribution à l'étude de l'association hépato-bismuthique dans le traitement de la syphilis. — M. MICHEL. Contribution à l'étude des accidents cutanés de la phénolphtaléine. — M. TAUCHNER. Acné conglobata et son traitement. — M. VAN QUAETHEM. Etude expérimentale de la maladie de Nicolas-Fabre par la culture des tissus et l'intradermo-réaction.

— Jury : MM. Claude, président ; Maurice Villaret, J. Besançon, Mollaret. — M. CORNU. Sur une forme léthargique et onirique d'encéphalite toxique colibacillaire. — M. KINKULKIN. L'épicondylite. — M. ESTÈVE. Contribution à l'étude des tumeurs sarcomateuses du médiastin. — M. GEERKEN-SALADRIGAS. Les lésions cutanées escharotiques du barbiturisme. — Mlle ROCHE. Cures sulfatées calciques et sécrétion biliaire.

THESES VETERINAIRES

Lundi 5 juillet. — Jury : MM. Champy, président ; Lesbouyriès, Maignon. — M. HENNION. Oestrone chez la vache.

Jeudi 8 juillet. — Jury : MM. Tanon, président ; Henry, Létard. — M. COURRÈGES. Méfaits des rats et problème de leur destruction.

Vendredi 9 juillet. — Jury : MM. Gosset, président ; Létard, Coquot. — M. LANVIN. Essai sur la race chevaline boulonnaise.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N[os] 56-57. — 14-17 JUILLET 1937 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le concours s'est terminé par la nomination de M. Robert Bourgeois.

Hôpitaux de Bordeaux. — M. Jeanneney, chirurgien adjoint des hôpitaux, est nommé chirurgien titulaire et chargé de la direction du service de chirurgie de l'hôpital Tastet-Girard, en remplacement de M. le docteur Lacouture, atteint par la limite d'âge.

Légion d'honneur. — GUERRE. — *Chevalier* : médecin sous-lieutenant Tabet (croix de guerre avec palmes).

Ministère de la Guerre. — Le *Journal officiel* du 7 juillet 1937 publie page 7680, un *avis de concours* pour l'admission à l'emploi de médecin sous-lieutenant et de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active (troupes métropolitaines). Ce concours s'ouvrira le 6 décembre 1937. Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction du Service de santé du ministère, 1er bureau, ou aux directeurs du Service de santé des régions.

Ministère de la Santé publique. — M. le docteur Cavaillon a été nommé conseiller technique au cabinet du ministre.

M. le docteur Varenne, préfet honoraire, est chargé de mission.

Ministère des Pensions. — Le docteur M. Sureau, secrétaire général de la commission spéciale de classement des médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, bénéficiaires de la loi du 12 août 1933 (53, boulevard de La Tour-Maubourg) nous prévient qu'un certain nombre de postes médicaux viennent d'être déclarés vacants et sont à pourvoir dans les plus brefs délais.

Médecin chef, Lycée Louis-le-Grand, à Paris ; médecin, lycée de Laon ; chirurgien dentiste, lycée d'Oran, relevant du ministère de l'Education nationale ; médecin maison d'arrêt de Saint-Nazaire ; médecin maison d'arrêt d'Eysses ; médecin maison d'arrêt de Draguignan, relevant du ministère de la Justice ; médecins de circonscription, Paris et banlieue : 2 ; médecins consultants du comité médical régional de Montpellier et de Strasbourg, relevant du ministère des P. T. T. ; vétérinaire chargé de cours, Ecole régionale d'agriculture et d'horticulture d'Antibes (Alpes-Maritimes), relevant du ministère de l'Agriculture.

Une conférence du professeur Sergent à Bruxelles. — M. le professeur Emile Sergent, sur l'invitation de la Société belge d'études scientifiques sur la tuberculose, a fait à Bruxelles, à la Fondation universitaire, une conférence sur les *suppurations pulmonaires et la tuberculose.* Cette conférence avait réuni, sous la présidence du docteur Derscheid, une assistance très brillante composée surtout de phtisiologues.

Réception du Collège Royal des chirurgiens d'Angleterre. — L'an dernier, le Collège Royal des chirurgiens d'Angleterre a reçu à Londres les membres de l'Académie de chirurgie. Cette année, nos collègues anglais sont venus à Paris rendre visite à l'Académie de chirurgie. Au nombre

d'une trentaine, quelques-uns accompagnés de leur famille, ils ont été accueillis lundi matin 5 juillet par le Bureau de l'Académie et par le Doyen Roussy à Villejuif, à l'Institut du Cancer, qu'ils avaient demandé à visiter. L'après-midi, rue de Seine, dans le local de l'Académie, bien exigu pour recevoir la nombreuse assistance qui s'y pressait, les chirurgiens anglais ont assisté à la séance de la Compagnie. Le sujet mis en discussion était : *les infarctus viscéraux*, avec des communications des professeurs Pierre Duval et Binet sur les infarctus pulmonaires ; professeur Grégoire sur les infarctus intestinaux, et professeur Mondor sur les infarctus utérins.

La journée se termina par un brillant banquet dans les beaux salons de l'Hôtel Ritz.

Le mardi 6 juillet, des séances opératoires avaient été organisées dans divers services hospitaliers (professeurs Gosset, Lardennois, Chevassu, Heitz-Boyer, Leveuf, de Martel, Bréchot, Sorrel, Clovis Vincent, Basset), entre lesquels les chirurgiens anglais se répartirent au gré de leurs préférences. L'après-midi, une réception leur était offerte au château de Chantilly.

On ne peut que souhaiter de voir se perpétuer l'usage de visites entre les deux sociétés, visites qui ne peuvent que resserrer les liens de cordialité qui unissent déjà le corps médical des deux pays amis.

Centenaire de la naissance de Félix Terrier. — L'Académie de chirurgie n'a pas voulu laisser passer inaperçu le centenaire de la naissance de celui qui fut vraiment le père de l'asepsie chirurgicale, le créateur de la chirurgie moderne, Félix Terrier.

Mercredi 7 juillet, elle tenait en son honneur une séance solennelle dans la belle salle du conseil de la Faculté de médecine mise à sa disposition par le doyen professeur Roussy. Là on entendit glorifier l'œuvre du maître successivement par M. A. Baumgartner, président de l'Académie de chirurgie ; par le professeur Barrier, ancien directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, ancien président de l'Académie de médecine ; par le professeur Forgue, de Montpellier, et enfin par le professeur Gosset, ancien élève et assistant de Terrier, qui retraça avec émotion sa vie et son œuvre.

Le matin avait eu lieu la visite du service de chirurgie de la Salpêtrière, où Félix Terrier finit sa carrière, et aussi celle si émouvante de la maison de la rue de Solférino, où habita le grand chirurgien et où son appartement est demeuré avec son aménagement absolument intact — et il le restera, car l'Académie de chirurgie a pieusement décidé d'y constituer un musée Félix Terrier.

Bourses familiales du corps médical. — (Fondation de M. le docteur Roussel). — Le jury chargé de répartir les bourses de 10.000 francs mises à la disposition de l'*Association générale des Médecins de France*, par le docteur Roussel, en faveur des médecins et veuves de médecins chargés de famille, a examiné 55 demandes.

Parmi les bénéficiaires, un confrère est père de 7 enfants, dont 4 séjournent en sanatorium ; deux autres ont 8 enfants, dont les aînés ont 17 ans ; l'un d'eux est atteint de tuberculose osseuse et 3 débiles. Quant aux veuves, l'une, infirme, vient de perdre en 48 heures son mari (32 ans) et l'un de ses enfants ; il reste six orphelins : le dernier n'a pas un mois. Une autre veuve, sourde, a trois enfants, dont l'aîné n'a pas dix ans. Enfin six enfants, dont l'aîné est âgé de 13 ans sont à la charge d'une veuve de 39 ans.

Cette année encore, M. le docteur Roussel a bien voulu renouveler son geste généreux, en mettant une bourse supplémentaire à la disposition du jury.

Celui-ci était composé de Mme Jayle, de la Société de Femmes et Enfants de médecins ; M. le docteur Roussel, fondateur ; M. Richard, chef du bureau de la Natalité au ministère de la Santé publique ; MM. Chapon, Darras, Lutaud, Bongrand, Vimont, de l'Association générale des médecins de France ; M. Cibrie, représentant la Confédération des Syndicats médicaux ; M. Gallois, de l'Association des médecins de la Seine ; M. le médecin général Fayet, représentant le Service de santé militaire.

Nécrologie. — Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. Louis Pactat, chevalier de la Légion d'honneur, directeur de l'imprimerie Marétheux. Louis Pactat a consacré quarante ans de sa vie à l'impression de la *Presse médicale* et du *Bulletin de l'Académie de médecine*. Il laissera le souvenir d'un travailleur acharné et d'un homme affable et courtois.

Très respectueusement nous prions Mme Pactat et ses enfants d'agréer l'expression de notre profonde sympathie.

REVUE GENERALE

LES HYPOCHLORÉMIES (1)

Par M. André-X. JOUVE
Interne médaille d'or des hôpitaux
Chef de clinique adjoint à la Faculté de Médecine de Marseille

PHYSIOPATHOGENIE

La signification de l'hypochlorémie dans les syndromes cliniques et humoraux où on l'observe, a donné lieu à des discussions qui ne sont pas éteintes. Nous rappellerons d'abord les faits essentiels : nous tenterons ensuite de les interpréter :

Les faits. — L'hypochlorémie se présente en clinique :

a) Au cours du syndrome chloropénique que nous avons décrit à propos de l'occlusion intestinale ;

b) Au cours des formes mineures de ce syndrome ;

c) Sans manifestations cliniques particulières, à la suite d'une déperdition chlorée importante ou d'un appel de chlore vers les tissus : l'hypochlorémie est une découverte de laboratoire.

Du point de vue humoral, les modifications les plus notables ont trait au métabolisme de l'azote et à R.A.

En ce qui concerne le métabolisme de l'azote, nous avons signalé que le plus souvent l'hypochlorémie s'accompagne d'une augmentation du taux de l'urée sanguine.

Expérimentalement, on a pu vérifier que les mécanismes qui provoquent l'hypochlorémie entraînent une hyperazotémie. La déchloruration du lapin par la diurétine (technique de Grunewald), ou du chien par l'action émétisante de l'apomorphine, détermine une élévation de l'urée du sang et de R. A. (Van Caulaert et ses collaborateurs). L'injection de sel est suivie d'une élévation du Cl sanguin et d'un abaissement de l'azotémie et de R. A.

Remarquons d'ailleurs que bien souvent on trouve également dans le sang, en quantité anormale, certains corps azotés provenant de la désintégration des albumines ; ce sont les polypeptides, corps qui sont dans l'échelle de la transformation des protides en urée aux degrés inférieurs juste avant les acides aminés.

Nous avons signalé d'autre part que le syndrome chloropénique offre une augmentation de R. A. Au cours des autres modalités d'hypochlorémies R. A. est variable : augmentée, normale ou inversée.

Ce rappel des faits essentiels conduit à envisager tour à tour sous l'angle physiopathologique quatre aspects du problème :

1° Hypochlorémie et équilibre acide-base ;
2° Hypochlorémie et métabolisme de l'azote ;
3° Hypochlorémie et fonctions rénales ;
4° Hypochlorémie et fonctions digestives.

I. — Hypochlorémie et équilibre acide-base. — A l'état normal, la courbe de la chlorémie plasmatique et celle de R. A. suivent une marche inverse.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des Hôp.*, n° 55, du 10 juillet 1937.

Dans le cas de chloropénie simple, il y a accentuation de ces phénomènes : c'est le tableau classique des azotémies par chloropénie.

Mais il peut y avoir chloropénie chez un brightique: chlorémie et R. A. s'abaissent simultanément.

II. — Hypochlorémie et métabolisme azoté. — *a)* La théorie primitivement admise par Léon Blum considérait l'hypochlorémie comme la cause directe de l'hyperazotémie. L'hypochlorémie aurait pour conséquence un abaissement de la concentration moléculaire du sang. L'élévation de l'urée sanguine représenterait un procédé par lequel l'organisme compense cet abaissement. Ce serait là le mécanisme des azotémies par manque de sel. « L'azotémie provoquée par le manque de sel apparaît ainsi comme un moyen compensateur dont l'organisme se sert pour lutter contre les conséquences qu'aurait un abaissement considérable de la concentration moléculaire du sang » (Blum, Van Caulaert, Grabar).

Mais on a constaté des hypochlorémies sans hyperazotémie (spoliation hydrochlorurée par ponctions chez les brightiques, les cirrhotiques, Castaigne). En bien des cas l'hyperazotémie semble précéder l'hypochlorémie (maladies infectieuses, accidents post-opératoires, brûlures étendues, shock). La crise azoturique précède toujours la crise chlorurique et il n'est pas exceptionnel de voir l'azotémie régresser malgré la persistance de l'hypochlorémie. Le trouble du métabolisme de l'azote peut s'exprimer, non seulement par hyperazotémie, mais encore par hyperpolypeptidémie, par rétention de déchets albumineux toxiques au sein des tissus.

D'ailleurs, « l'urée n'agit pas comme les sels vis-à-vis de la pression osmotique et le mécanisme proposé n'est qu'une simple hypothèse » (Rathery).

b) Ces objections conduisent à une interprétation éclectique des relations de l'hypochlorémie et de la rétention des substances azotées.

1re Notion : L'hypochlorémie peut être l'effet et non la cause du syndrome toxique de rétention azotée.

La formation des substances toxiques crée un appel de chlore destiné à les neutraliser (expériences de Lesné et Charles Richet fils). Le sang cède donc aux tissus une partie de son chlore. Mais les besoins des tissus peuvent dépasser les ressources du sang si elles sont réduites (à la suite d'un état de déchloruration alimentaire prolongé, d'une déperdition chlorée importante) ou insuffisantes en raison du caractère massif des désintégrations albuminoïdes (accidents post-opératoires, infections). Il en résulte à la fois une hypochlorémie importante et des manifestations toxiques graves, dues à la non-neutralisation des substances azotées en excès. Ainsi l'association d'une hypochlorémie et d'une hyperazotémie s'explique, non pas en disant que c'est une azotémie par manque de sel, mais un manque de sel commandé par l'appel du chlore sanguin vers les humeurs et les tissus. Et si la thérapeutique de rechloruration agit, ce n'est pas parce qu'elle fait cesser l'hypochlorémie, mais parce qu'elle annihile la toxicité des déchets albumineux et facilite une élimination.

2e Notion : Hypochlorémie et hyperazotémie peuvent évoluer indépendamment. Il s'agit d'hypochlorémie avec hyperazotémie.

3e Notion : L'hypochlorémie peut contribuer à élever le taux de l'azotémie. Mais il ne s'agit pas alors d'un mécanisme purement humoral comme l'avait admis Blum. Ce serait en perturbant les fonctions rénales qu'interviendraient les anomalies des échanges chlorurés sodiques. Il s'agit d'hyperazotémies par hypochlorémie.

III. Hypochlorémie et fonctions rénales. — Il semble en effet qu'il existe un taux optimum de NaCl dans les liquides qui baignent l'épithélium rénal, pour que les fonctions du rein s'accomplissent normalement. « Un déficit excessif des albumines en HCl déprime l'activité rénale et, inversement, leur surcharge excessive en HCl les déprime également. » (Ambard.)

On peut déduire, avec Castaigne et Rathery, de cette loi de physiopathologie générale que tout abaissement du taux du chlore sanguin est susceptible d'entraver l'acte de secrétion rénale et par suite de produire la rétention des déchets azotés. « La privation du sang en chlore a pour effet un déséquilibre important dans le fonctionnement des reins, caractérisé par une réduction de la diurèse, accompagnée même dans certains cas par une chute marquée du pouvoir de concentration » (Chabanier et Lobo Onell). La diminution de la diurèse et de la concentration maxima, combinant leurs effets à l'exagération de production d'urée dans l'organisme, expliquent l'hyperazotémie.

Ces hypothèses trouvent leur confirmation en pathologie humaine et expérimentale : la chloruration détermine une reprise de la diurèse qui s'accompagne souvent d'hyperazoturie.

C'est ainsi que les « néphrites fonctionnelles » (Chabanier) par oligurie relative et abaissement de la concentration maxima que l'on observe à la suite du choc opératoire ne sont pas autre chose qu'un trouble fonctionnel rénal lié à l'hypochlorémie (Fey).

IV. Hypochlorémie et fonctions digestives. — La même divergence d'opinion concerne la production des manifestations digestives.

Pour Van Caulaert, le manque de sel, phénomène initial, crée une atonie gastro-intestinale qui se manifeste par l'image clinique de l'ileus paralytique avec une première phase d'arrêt du transit et une deuxième phase de vomissements. Peut-être faut-il aussi invoquer une action directe sur le centre du vomissement, très sensible, comme tous les centres nerveux, aux variations de la composition humorale du milieu intérieur. « Plus les sujets vomissent, plus ils se déchlorurent, et plus ils se déchlorurent plus ils vomissent. » (Van Caulaert, Stahl et Hofstein.) D'où le caractère incoercible de ces vomissements.

Mais il semble bien que l'abaissement du chlore sanguin ne constitue pas un excitant du centre du vomissement : il existe en effet des hypochlorémies importantes sans vomissement — chez un sujet qui a vomi et qui est hypochlorémique, le vomissement disparaît sous l'administration de NaCl, alors même que le taux du chlore sanguin ne s'est pas encore relevé ou même continue à fléchir.

D'autre part, Chabanier et Lobo-Onell font observer que l'idée d'un rôle excitant de l'hypochlorémie sur le centre du vomissement va à l'encontre de ce que nous savons sur l'action du taux du Cl sanguin sur les centres nerveux.

Ainsi l'hypochlorémie ne saurait constituer la cause des manifestations digestives. L'inhibition de la musculature intestinale relève du même processus que l'hypochlorémie : de la production des substances toxiques. C'est par suite du rôle antitoxique de NaCl que la déperdition de Cl par les vomissements est la cause de l'entretien de ces vomissements.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

L'attitude du médecin en présence d'une hypochlorémie est guidée par deux notions essentielles.

1re Notion. — L'hypochlorémie commande-t-elle la rechloruration ? — Oui, sans aucun doute, si elle a pour cause une carence chlorée. — Oui, également, s'il s'agit de chloropexie. NaCl aura pour effet d'aider à la défense de l'organisme. — Non, dans les cas d'acidose, où il ne convient pas d'introduire dans l'organisme un acide fort : NaCl doit céder la place au bicarbonate de soude.

2e Notion. — Ces considérations ne s'entendent que sous réserve d'un fonctionnement rénal normal. Si le rein est irrité, ou insuffisant, son état appelle le repos: il peut y avoir de graves inconvénients à solliciter de cet organe les efforts d'élimination que demandera toute administration de NaCl.

I. — Traitement préventif

1) *Le régime chloruré au cours des néphrites chroniques.* — Le régime sans sel est formellement indiqué, Widal, Lemierre et Javal l'ont montré de façon décisive, au cours des néphrites hydropigènes. « Il serait éminemment regrettable, à l'heure actuelle où la médication déchlorurée tend à être remise en honneur, de faire une généralisation en sens contraire de celle dont je vous parlais tout à l'heure, mais aussi illogique et aussi vicieuse qu'elle, en disant que tous les malades atteints de néphrites doivent être rechlorurés, car vous voyez que, au contraire, certains d'entre eux trouvent, dans le régime sans sel, une médication de première utilité. » (Castaigne.)

Il en va autrement dans le cas de néphrite urémigène. Si aucun œdème ne se surajoute aux symptômes habituels, il convient de donner une ration modérée de NaCl aux malades qui en sont atteints. Bien mieux, dans les formes accompagnées de vomissements et de diarrhée, et au cours desquelles une azotémie de plusieurs grammes est constatée, on peut mettre en œuvre la cure de rechloruration : il n'est pas exceptionnel de voir, sous l'effet de cette cure, le taux de l'azotémie, majoré par la carence chlorée, baisser dans de notables proportions.

Au cours des albuminuries sans œdèmes ni hyperazotémie le régime déchloruré est discuté. Castaigne lui est formellement opposé : « En dehors des albuminuries dues à une néphrite chronique parenchymateuse, ou à une néphrose, le régime sans sel est abso-

lument contre-indiqué ». Si cette attitude catégorique fait peut-être bon marché de la fragilité rénale de ces sujets, il est certain tout au moins qu'une déchloruration systématique et prolongée est le plus souvent inutile et parfois dangereuse.

2) *Traitement préventif des accidents opératoires.* — Robineau et Max Lévy ont montré que ce traitement, absolument inoffensif, améliore considérablement les suites opératoires. Ils utilisent une solution de sérum à 4 pour 1.000 dont ils font les doses suivantes :

a) Au cours de l'opération : 500 cc.;

b) Au réveil : 500 cc. par voie intraveineuse ;

c) Le lendemain : 300 à 500 cc. de la même solution ;

d) Les jours suivants : des doses variables selon le résultat des dosages sanguins.

Selon Fey, il suffirait d'injecter, par voie souscutanée, 500 cc. de sérum isotonique la veille et le matin de l'intervention. Les injections intra-veineuses sont réservées aux suites opératoires, lorsque celles-ci sont troublées.

II. — Traitement curatif

Schéma thérapeutique. — 1) *Données cliniques.* — On tiendra compte tout d'abord des circonstances. C'est ainsi que l'existence d'œdèmes traduisant une tendance de l'organisme à la rétention hydrochlorurée, contre-indique de façon formelle, quelles que soient les données du laboratoire, la cure de rechloruration. C'est ainsi également que la notion d'une forte déperdition chlorée (vomissements, diarrhée) est une indication précieuse en faveur de la rechloruration.

On s'inspirera, d'autre part, des résultats de l'épreuve de chloruration, pratiquée à titre d'essai.

A ce sujet, le taux de la chlorurie ne fournit aucun renseignement : il est bien évident en effet que la chloropénie ou la chloropexie, aussi bien que la rétention hydro-chlorurée, ne permettront pas au NaCl d'être éliminé selon le rythme normal par le rein.

Plus intéressant est l'examen du poids : en cas de rétention hydro-chlorurée, il y a hausse brusque ; en cas de chloropénie ou de chloropexie, le poids peut s'élever, mais plus lentement. D'autre part, l'œdème se manifeste nettement en cas de rétention hydro-chlorurée : c'est un signe d'alarme qui permettra d'interrompre la rechloruration.

Mais les renseignements les plus précieux sont fournis par la reprise de la diurèse et l'augmentation de la concentration maxima du rein pour l'urée. Ce sont les témoins les plus sûrs de l'heureux effet de la cure chlorurée sodique.

2) *Données biologiques.* — Il est indispensable de connaître la chlorémie, l'azotémie et la polypeptidémie, et la réserve alcaline. Cette confrontation permet de proposer un schéma :

1er type : Cl—R.A.=Az.=. Il s'agit d'hypochlorémie sans retentissement sur le métabolisme azoté et la réserve alcaline — par suite, sans conséquences pathologiques immédiates. La rechloruration aura pour effet de prévenir l'apparition de complications éventuelles.

2e type : Cl—R.A.+Az.+. Il s'agit le plus souvent d'hyperazotémie liée à l'hypochlorémie. C'est l'indication type de la rechloruration.

3e type : Cl—R.A.—Az.+. Il y a hyperazotémie *avec* hypochlorémie. La baisse de R.A., parallèle à celle de Cl, montre que l'hyperazotémie n'est pas absolument liée à l'hypochlorémie. Les indications sont celles d'un cas d'espèce : tout dépend de l'état anatomique et fonctionnel du rein.

Applications thérapeutiques. — En chirurgie (accidents post-opératoires, shock traumatique, brûlures étendues, occlusion intestinale) la pratique de la rechloruration à partir du schéma que nous venons d'exposer a conduit à « de véritables résurrections ».

En médecine il convient d'être beaucoup plus prudent : car dans la plupart des cas, le rein est touché. Les conclusions générales qui découlent des résultats obtenus se présentent de la façon suivante (Castaigne) :

1° *Dans les syndromes de carence chlorée,* on a le devoir d'agir vite et fortement. Les injections de solutions hypertoniques ou mieux isotoniques de NaCl amènent souvent une sédation rapide des symptômes.

2° *Au cours des maladies infectieuses ou toxiques* qui ne s'accompagnent pas de néphrite aiguë avérée, la rechloruration peut rendre de grands services : mais il faut suivre de très près les malades, pour étudier la façon dont ils réagissent aux premières injections.

3° *Dans les néphrites chroniques,* la thérapeutique chlorée est indiquée si l'on constate de l'hypochlorémie avec vomissements, diarrhée et très forte azotémie. L'on obtiendra souvent de beaux résultats (Rathery). Toutefois s'il s'agit de ces hypochlorémies terminales des néphrites urémigènes anciennes réalisant l' « azotémie par surcroît » (Castaigne et Chaumerliac) la chloruration pourra être au contraire néfaste.

4° *Dans les néphrites aiguës,* la question de la chloruration est capitale. Il faut distinguer deux cas : sans anurie, avec anurie.

a) *N.A. sans anurie.* — Nous envisagerons avec Castaigne trois éventualités :

1) N.A. œdémateuses. — « Lorsqu'un œdème, même partiel et peu intense, est constaté soit au début soit dans le décours d'une néphrite aiguë, le régime déchloruré s'impose d'une façon stricte et absolue. »

2) N.A. sans œdèmes et sans hyperazotémie manifeste (type n.a. amygdalienne). — Régime hydrique avec jus de fruits, ou mieux régime lacté.

3) N.A. avec hyperazotémie (type : N.A. toxiques, par le sublimé p.e.). — Tout dépend du contexte clinique et biologique. S'il y a hypochlorémie, hyperazotémie et R.A. élevée ou tout au moins normale, l'administration de sel est suivie d'amélioration. Il s'agit, en effet, de sujets déjà préparés par la diète saline chez qui une déperdition chlorée par la muqueuse digestive abaisse le chlore humoral et tissulaire. L'effondrement de la chlorémie a aggravé la rétention azotée.

Si à l'hypochlorémie et à l'hyperazotémie s'associe au contraire un abaissement de R.A., il s'agit de

sujets atteints de lésions rénales graves génératrices d'acidose. La chloruration a d'heureux effets si l'hypochlorémie est due à une chloropénie (vomissements, diarrhée). Elle peut au contraire provoquer des accidents, si l'hypochlorémie plasmatique est un reflet de l'acidose (Lemierre).

b) *N.A. avec anurie.* — On peut, ici encore, au point de vue de la chloruration, distinguer plusieurs éventualités.

S'il y a hypochlorémie, hyperazotémie et R.A. normale ou un peu élevée, l'administration de NaCl apparaît indispensable.

Si R.A. est abaissée, deux attitudes sont possibles. Lemierre, Van Caulaert et Petrequin estiment qu'au début la rechloruration n'est pas indiquée malgré l'abaissement de la chlorémie, qui dépend de la chloropexie et de l'acidose, et non de chloropénie. L'administration de bicarbonate de soude peut rendre au contraire de grands services. Si vomissements et diarrhée apparaissent ensuite, déterminant une hypochloruration considérable qui crée au niveau du rein un trouble fonctionnel grave qui empêche l'élimination de l'urée, la cure de rechloruration devient légitime. Au contraire, Castaigne, à la suite de Chauffard, estime que « c'est une question de vie ou de mort, et les anuriques sont de ceux qui ne peuvent pas attendre ». Aussi conseille-t-il de traiter les néphrites anuriques même si les malades ne vomissent pas, par une cure prudemment rechlorurée.

Les hypochlorémies représentent un des chapitres les plus jeunes de la Pathologie — d'un intérêt exceptionnel cependant, débordant le simple attrait d'un problème d'actualité, par les faits précis que justifient les notions de carence chlorée ou de chloropexie, et par les remarquables résultats qu'obtient, en des cas bien déterminés, la thérapeutique de rechloruration. Les limites de ce chapitre, la pathogénie et la physiopathogénie des hypochlorémies demeurent l'objet de discussions. Il est permis d'attendre, des travaux actuellement poursuivis, les précisions complémentaires qui donneront une cohérence satisfaisante au groupe de faits dont on s'est efforcé, dans ces pages, de tracer la physionomie générale.

LIVRES NOUVEAUX

Curieterapia in dermatologica (1), par le professeur Vincenzo Palumbo, directeur de l'Institut radiothérapique italien de l'Université de Florence (en italien).

Dans une partie générale, l'auteur étudie les principes fondamentaux de la curiethérapie, les transformations radioactives, les bases biologiques et l'action des diverses irradiations sur la peau (α, β, μ).

Enfin dans une partie spéciale est exposée la technique curiethérapique dans les diverses dermatoses.

Le volume, grand in-8° d'environ 120 pages, est illustré de 80 très belles figures.

(1) Prix : broché, 30 lires. Casa editrice Libraria A. Salvador, à Bellune (Italie).

LES ENSEIGNEMENTS DU IXe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES

(*Bucarest 2-8 juin 1937*)

Le IXe Congrès international de Médecine et de Pharmacie militaires s'est tenu à Bucarest, du 2 au 8 juin, sous le haut patronage de S. M. le Roi Carol II de Roumanie.

A ce Congrès, où 27 nations étaient représentées, le Service de Santé militaire français avait délégué officiellement le médecin général inspecteur Rouvillois, chef de délégation ; le médecin général inspecteur Oudard, le médecin général Schickelé, le pharmacien chimiste général Saint-Sernin, le médecin colonel des Cilleuls, les médecins en chef de 1re classe Solcard et Goett, les pharmaciens colonels Manceau et Deffins, les médecins lieutenants-colonels Liégeois, Bouvier, Campunaud et Huber, le lieutenant-colonel d'administration Dionisi, les médecins commandants Sabrié et Ginestet, le commandant d'administration Vansteenberge et le dentiste capitaine Budin.

La séance inaugurale du Congrès a été présidée par le général Paul Angelescu, aide-de-camp du Roi, ministre de la Défense nationale.

Elle a été réservée aux allocutions du médecin inspecteur général Iliescu, inspecteur général du Service de Santé de l'armée roumaine, président du Congrès ; du médecin colonel Voncken, secrétaire général du Comité permanent ; du docteur Costinescu, ministre de la Santé, et du médecin général inspecteur Rouvillois.

Les travaux du Congrès se sont poursuivis très activement et ont abouti à des résultats très importants.

***

La première question, relative à l'*Organisation et au fonctionnement du Service de Santé des opérations combinées des armées de terre et de mer*, a fait l'objet des rapports des lieutenant-colonel Edgar Erskine Hume et capitaine Williams L. Mann, de l'armée américaine, et du lieutenant-colonel A. F. C. Martyn, de l'armée britannique. Elle a donné lieu aux conclusions suivantes :

1° Le rendement effectif des Services de Santé de l'Armée et de la Marine, dans les opérations combinées, nécessite, tant dans l'offensive que dans la défensive :

a) Un plan d'opérations préalablement établi ;

b) Le maintien de la coopération et de la coordination des deux services par l'établissement d'un commandement unique, représenté par le chef du Service de Santé, accrédité auprès du commandant des opérations ;

c) L'évacuation et la répartition des évacués sur des navires jouissant de la protection de la Convention de La Haye ;

d) La mise au point de la Convention de La Haye, en ce qui concerne les navires-hôpitaux et les canots d'évacuation.

2° Toute opération combinée des armées de terre et de mer doit disposer obligatoirement d'une base qui fonctionne initialement à bord des bateaux-hôpitaux, accompagnant l'expédition navale, et ultérieurement à terre.

3° L'unification de principe du matériel employé dans les armées de terre et de mer faciliterait l'exécution du service à terre.

4° L'organisation de villes ou localités sanitaires maritimes présenterait des avantages considérables. Nous rappelons ici l'intérêt qu'il y aurait à condenser en une convention internationale unique, toutes les dispositions relatives à la protection des blessés et des malades.

*
**

La seconde question concernait *le transport, l'hospitalisation et le traitement des blessés gazés.* Rapportée par l'Oberfeldarzt docent Muntsch, de l'armée allemande, les médecins lieutenants-colonels Radoulovitch et Danitch Radovan, de l'armée yougoslave, elle a prêté aux conclusions suivantes :

1° La question du transport, de l'hospitalisation et du traitement des blessés gazés est dominée par l'état et la qualité des lésions.

2° Le transport ne pose aucun problème spécial.

3° Il est possible d'assurer le traitement et l'hospitalisation, soit dans une formation sanitaire de gazés, pourvue d'un service de chirurgie, soit dans un service de chirurgie pourvu d'une section de gazés.

4° La technique chirurgicale exigeant une spécialisation plus grande et un matériel approprié, la deuxième solution paraît la meilleure.

5° Si les circonstances démontrent que le nombre des blessés gazés est très élevé, la création de formations sanitaires spécialisées pour eux est à envisager.

6° Les opérations de désimprégnation toxique concernant les personnes, appartiennent en propre au Service de Santé, qu'il s'agisse d'une mesure prophylactique ou d'un traitement.

*
**

La troisième question avait trait à l'*Organisation et au fonctionnement du service chirurgical dans les troupes motorisées.* Elle avait pour rapporteurs le médecin colonel Manganaro, de l'armée italienne, le médecin général inspecteur Iliescu et le médecin-major Gilorteanu, de l'armée roumaine. Les conclusions ont été les suivantes :

1° Les unités motorisées utilisant la vitesse et luttant souvent indépendamment et même isolées, il est nécessaire que les échelons sanitaires-chirurgicaux qui leur sont ajoutés les suivent dans le même rythme et qu'elles soient complètement dotées et abondamment approvisionnées, pour que toutes gardent leur indépendance. Jusqu'à la division inclusivement : tous les échelons sanitaires-chirurgicaux seront motorisés (compagnies, bataillons, régiments).

2° Le point principal de l'activité des formations sanitaires-chirurgicales est constitué par l'évacuation des blessés vers les formations de l'arrière. Les soins chirurgicaux sont difficiles à donner aux échelons dont la qualité est la mobilité. Cependant, jusqu'à la division inclusivement, seront traités les cas d'extrême urgence et d'urgence, mais dans les situations tactiques défavorables, l'activité consistera surtout en des évacuations massives, rapides, vers n'importe quelle formation sanitaire appropriée.

3° Le facteur dominant étant l'évacuation des blessés, il faut envisager les développements nouveaux des moyens d'évacuation à tous les échelons.

4° Plus que dans les autres cas, il importe que les chefs des formations motorisées possèdent, à côté de leurs qualités techniques, de solides connaissances militaires, pour leur permettre de s'adapter rapidement et sans erreur aux conditions variables du combat.

*
**

La quatrième question, sur *l'utilisation des méthodes colorimétriques en analyse dans les laboratoires*, rapportée par le pharmacien colonel Seitaro-Yamaguchi, le médecin lieutenant-colonel Shusuhe Horiguchi, de l'armée japonaise, et le pharmacien colonel Thomann, de l'armée suisse, aboutit aux conclusions suivantes :

1° Les méthodes colorimétriques peuvent être prises en considération pour les divers dosages, après un contrôle rigoureux par rapport aux méthodes gravimétriques et titrimétriques. Elles possèdent l'énorme avantage de permettre souvent le dosage de quantités minimales de substances, impossible à effectuer par les méthodes ordinaires, comme c'est le cas dans les analyses toxicologiques, biologiques et même industrielles.

2° Rechercher, si c'est possible, des méthodes de dosage colorimétrique, qui soient pratiquement exactes à 1 p. 1000.

3° Pour obvier aux inconvénients de la colorimétrie proprement dite, adapter, selon les cas, la méthode volumo-colorimétrique, ou encore celle de la cellule photo-électrique.

4° L'utilisation de ces méthodes dans les laboratoires de recherches pour les liquides biologiques, peut être aisément faite, à condition d'avoir des solutions exactement étalonnées. S'assurer par une étude minutieuse de la réaction, dans quelles conditions la quantité de matière colorante formée est proportionnelle au corps à doser (en fonction de température, concentration, temps, ionisation et éclairage).

5° Avant d'arriver à une adaptation officielle de ces méthodes colorimétriques, il s'impose d'étudier pour chaque produit la méthode colorimétrique ou volumo-colorimétrique, afin d'assurer la précision nécessaire. (Exception faite pour la détermination colorimétrique du pH, dont les méthodes sont suffisamment précises.)

*
**

La cinquième question portait sur les *édentés aux armées* (définition, traitement, appareillage) *et leur utilisation en temps de paix et en temps de guerre.* Elle fut traitée par le médecin lieutenant dentiste Carydis (N.) de l'armée hellénique, et l'officier dentiste de réserve Poelstra, de l'armée hollandaise, et fournit les conclusions suivantes :

1° La perte des dents partielle ou totale n'est pas une cause d'exemption du service, si elle peut être compensée efficacement par la prothèse, toute question d'esthétique mise à part.

2° Au point de vue militaire, est édenté l'homme dont le déficit fonctionnel de la denture est susceptible de retentir sur l'état général et de diminuer l'aptitude au service.

3° Le traitement de choix, dès le temps de paix, est l'appareillage prothétique, lorsqu'il est indispensable au point de vue fonctionnel, après la mise en état de la cavité buccale débarrassée des foyers septiques d'origine dentaire.

4° En temps de guerre aux armées, l'appareillage doit être préparé, fait et réparé dans la zone de l'armée, il ne doit pas motiver une évacuation sur l'intérieur, en règle générale.

*
**

La dernière question visait *l'étude comparative du ravitaillement en vivres* et de *l'alimentation des malades et des blessés en temps de paix et en temps de guerre.*

Elle fut présentée par le lieutenant-colonel d'administration Dionisi, de l'armée française, le colonel médecin Abdulkadir Noyan et le commandant médecin Zeki Ural, de l'armée turque, dont les conclusions furent les suivantes :

1° Il est impossible de standardiser les rations, mais il est très désirable de les catégoriser.

Les conditions varient avec les ressources économiques de chaque pays et surtout avec les habitudes nationales.

2° L'alimentation des malades et blessés doit bénéficier des progrès de la science et des recherches sur la physiologie alimentaire, en donnant une large place aux aliments protecteurs.

3° Il y a lieu, dans les services des cuisines et dans les réfectoires, de profiter de tout le modernisme ; utiliser des appareils de cuisine au gaz ou à l'électricité, des friteuses, des mélangeurs ; se servir d'appareils frigorifiques pour la conservation des denrées.

4° Créer, si cela est nécessaire, des écoles de cuisiniers, de façon à ne confier la préparation des aliments qu'à des professionnels. Organiser dans les hôpitaux des services de diététique qui, en raison de leur précision, permettent de donner à certains malades l'alimentation spéciale qui leur convient.

5° Surveiller la préparation et la présentation des plats, qui doivent être agréables au goût des malades.

En terminant ses travaux, le Congrès prit acte du vœu émis par le médecin général Marosin, de l'armée roumaine, de voir résoudre — dans les conditions les plus favorables — l'importante question des villes et des localités sanitaires, et condenser en une seule convention internationale toutes les dispositions relatives à cet objet.

En réponse à la gracieuse invitation du Gouvernement américain, il a été décidé que le Xe Congrès international de Médecine et de Pharmacie militaires aurait lieu à Washington, en 1939.

Le programme du futur Congrès comportera l'étude des questions suivantes :

— Organisation et fonctionnement du Service de Santé dans les expéditions coloniales (rapporteurs : Italie et U.S.A.).

— La prévision des pertes en temps de guere et leurs méthodes de calcul (rapporteurs : U.S.A. et Allemagne).

— Procédés pratiques d'anesthésie et d'analgésie dans la chirurgie de guerre (rapporteurs : Brésil et U.S.A.).

— Traitement d'urgence et appareillage primaire des fractures de guerre des maxillaires (rapporteurs : France et U.S.A.).

— Spécialisation technique des officiers d'administration du Service de Santé (rapporteurs : Mexique et U.S.A.).

— Organisation et fonctionnement du service chimico-pharmaceutique militaire (rapporteurs : Argentine et Tchécoslovaquie).

Aux séances de travail du IXe Congrès se sont ajoutées des démonstrations scientifiques et militaires variées, qui se sont déroulées dans les hôpitaux militaires ou civils, à l'Institut Cantacuzène, au dépôt du matériel sanitaire de l'armée, et dans divers établissements hospitaliers.

JEAN DES CILLEULS.

EN MARGE DU CONGRÈS DE BUCAREST

La Roumanie a donné aux récentes assises du IXe Congrès International de Médecine et de Pharmacie militaires un éclat qu'il n'est que juste de mentionner et dont le rapport du médecin colonel des Cilleuls donne une très juste idée.

Cette importante manifestation, placée sous le haut patronage de Sa Majesté Carol II, Roi de Roumanie, comportait un important Comité d'honneur.

Son président effectif, le médecin inspecteur général C. Iliesco, inspecteur général du Service de santé de l'armée, et Mme Iliesco ont recueilli tous les suffrages pour l'organisation remarquable des séances, la réussite des manifestations mondaines et touristiques. Ils ont été en cela admirablement secondés par l'actif et infatigable secrétaire général, le médecin capitaine Popesco-Buzeu et le trésorier, lieutenant d'administration Dogaru. Auprès d'eux, tout le corps médical de l'armée roumaine s'est empressé et a rendu à tous les congressistes le séjour en Roumanie si attrayant que la séparation, à la fin du Congrès et des excursions qui l'ont suivi, leur a valu à tous les plus vives démonstrations de gratitude et de sympathie pour les journées qu'ils avaient fait vivre à leurs hôtes.

La grande séance d'ouverture, le 3 juin, avait été précédée, la veille, d'une réunion amicale au Cercle militaire de Bucarest, luxueusement installé au centre de la ville, non loin du Palais-Royal ; à cette réception s'étaient joints de nombreuses personnalités roumaines, des membres du corps médical et des Facultés.

La grande séance d'ouverture, présidée par M. le Président du Conseil des Ministres, par M. le Ministre de la Guerre, fut particulièrement brillante dans le cadre approprié de l'Athénée Roumain. A la France échut l'honneur de prendre la parole au nom des 26 nations représentées, du Comité international de la Croix Rouge et de l'Ordre souverain de Malte, qui, tous, avaient envoyé des délégués.

Le médecin général inspecteur Rouvillois, dans une allocution unanimement goûtée et applaudie, se fit l'interprète des nations invitées par le comité du congrès à participer à ses travaux. Auparavant, les ministres et le médecin inspecteur général Iliesco, président du Congrès, avaient éloquemment, en français, défini le but et le programme de la session qui commençait.

Cette cérémonie inaugurale fut suivie, au Parc Carol, d'une manifestation près de la tombe du soldat inconnu Roumain, qui se détache, au haut du parc, devant le musée militaire. La délégation française alla ensuite s'incliner devant les tombes des soldats français sur lesquelles veillent avec un soin touchant les représentants de la France et l'Alliance Française représentée par les membres de la colonie française de Bucarest, ainsi que la population roumaine, si attachée à tout ce qui unit la Roumanie à la France.

A l'issue du congrès eut lieu à Bucarest, puis à Sinaïa et à Brasow, la 7e session de l'Office international de documentation de médecine et de pharmacie militaires, dont le siège permanent est à Liége avec, comme secrétaire général, l'actif médecin colonel Vroncken, de l'armée belge.

Des visites et des démonstrations ont accompagné les séances de travail. Elles ont permis aux congressistes d'admirer les hôpitaux, les Facultés, les laboratoires de la médecine roumaine. Citons, sans prétendre être complet, une visite à l'hôpital militaire, aux magasins du Service de santé et aux ateliers de fabrications des objets de pansement et des instruments ; une séance importante de bactériologie tenue à l'hôpital Cantacuzène, la visite des services et des instituts chirurgicaux et médicaux, notamment ceux des professeurs Daniel et Danielopolu, l'hôpital des Sœurs françaises de Saint-Vincent de Paul, l'hôpital Brancovan fondé par la famille célèbre qui porte ce nom, administré par un de ses descendants, frère du grand écrivain la comtesse M. de Noailles.

Le Gouvernement Royal a voulu associer les congressistes à deux remarquables manifestations : une revue militaire donnée en l'honneur de S. E. le Président de la République de Pologne, devant le Palais-Royal, et, le lendemain, la Fête de la Jeunesse, grande solennité nationale, commémoration du retour en Roumanie de S. M. le Roi Carol II.

Dans ces deux circonstances, il nous fut donné d'admirer la tenue et l'éclat de l'armée roumaine, la valeur de son équipement, et, d'autre part, l'enthousiasme de la Jeunesse roumaine, manœuvrant de façon impeccable et donnant un spectacle d'énergie, de beauté et d'entrain. Les délégations des provinces, avec les admirables costumes des paysans et des paysannes roumaines, furent saluées d'acclamations prolongées, les cavaliers particulièrement.

Un programme remarquablement étudié de réceptions vint agrémenter ces journées. Soirée de gala à l'Opéra, avec les chants, les danses et la musique des provinces roumaines ; bals donnés au Cercle militaire de Bucarest et à Sinaïa, excursion au lac de Snagov, terminée par un dîner près du camp d'aviation de Banasea, dans un cadre plein d'attraits et dans une atmosphère de très franche gaieté comme, du reste, celle du banquet terminal du congrès, à Bucarest.

Réceptions brillantes données par le ministre de France, par la délégation américaine, réceptions privées, d'où les

congressistes emportèrent le souvenir d'un accueil d'une cordialité émouvante de la part de leurs confrères roumains et de la grâce des dames roumaines.

Les Français ne sauraient sans émotion évoquer celui de la réception que leur réserva une des femmes les plus distinguées de la haute société roumaine, Mme Perticari, fille de notre compatriote et confrère, le docteur Davila, organisateur au siècle dernier du Service de santé en Roumanie, à qui nous sommes en grande partie redevables des liens qui unissent la médecine roumaine à la médecine française et qu'il nous est particulièrement agréable de maintenir. La fidélité de l'amitié roumaine, la sûreté des affections qui s'y nouent, la joie de retrouver à l'autre extrémité de l'Europe un grand peuple qui présente avec le nôtre tant d'affinités, donnent à ces rapprochements une extrême séduction.

Un programme d'excursions, après le congrès, vers les monastères de la Bucovine, les Portes de Fer, le Delta du Danube avec l'attrait de la pêche des esturgeons et de la récolte du caviar, la visite des régions pétrolifères, permirent aux congressistes de connaître les beautés, les richesses et les joies de la vie en Roumanie. Toutes ces manifestations leur fournirent l'occasion d'emporter de ces trop courtes journées le souvenir inoubliable et reconnaissant de l'exquise hospitalité roumaine, de l'accueil de ses habitants, des ardentes sympathies qu'on rencontre dans nos familles médicales, héritières, sous toutes les latitudes, d'un même patrimoine de traditions et de culture. Le grand peuple roumain, entrevu dans la splendeur de ses campagnes, offre l'exemple du labeur, de la vie familiale, il évoque, pour ceux qui ont eu le privilège de le contempler, le souvenir, aux beaux soirs de la moisson, des familles entières regagnant au pas lent de leurs attelages, leurs fermes ou leurs villages dans la paix du couchant. Ce vrai visage de la Roumanie, peuple laborieux, sensible, épris de beauté, mérite d'être évoqué pour les lecteurs de France comme celui d'une nation que tant de traits unissent à la nôtre.

JULIEN HUBER,

Médecin lieutenant-colonel de réserve,
Médecin des Hôpitaux de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 AVRIL 1937)

Le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux est-il virulent ? — Dans aucun cas, le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux examinés par M. VAISMAN ne s'est révélé pathogène. Le virus syphilitique ne passe donc pas dans la cavité rachidienne.

Retard de la dispersion des germes de surinfection chez des cobayes préparés avec des bacilles tuberculeux morts enrobés dans de l'huile de vaseline. — M. A. SAENZ. L'inoculation de bacilles morts enrobés dans de l'huile de vaseline s'accompagne, non seulement d'une augmentation appréciable du pouvoir allergique, mais encore d'un retard dans le transit des bacilles d'épreuve du point d'inoculation jusqu'aux ganglions et viscères annexes.

Sort des bacilles d'épreuve dans l'organisme des cobayes tuberculeux, surinfectés par voie veineuse. — MM. A. BOQUET et R. LAPORTE. Chez le cobaye, la résistance conférée par une infection évolutive, fût-elle sévère, se manifeste dans les organes profonds, comme la rate, le foie et les poumons, non par un processus bactériolytique, mais par l'immobilisation des bacilles d'épreuve, au sein même des foyers réactionnels qu'ils ont créés.

Essais de vaccination du cobaye contre la tuberculose au moyen de bacilles morts. — MM. A. BOQUET et R. LAPORTE. Les bacilles tuberculeux morts produisent chez le cobaye un certain degré de résistance qui a pour effet de retarder l'apparition et l'extension des lésions viscérales après l'inoculation d'épreuve, mais qui n'est appréciable que si l'on emploie, pour infecter les animaux, des bacilles peu virulents ou une dose minime de bacilles très pathogènes.

Le chauffage conserve mieux les propriétés vaccinantes des bacilles que la stérilisation par le formol.

Les bacilles bovins tués, du type lisse, déterminent des lésions locales plus accentuées que les lésions dues aux bacilles bovins fixés depuis longtemps dans le type rugueux, et ils se montrent plus efficaces dans leur action préventive.

La répétition des injections préparantes augmente peu la résistance conférée par la première.

Le taux du glutathion dans le foie altéré. — MM. Léon BINET, G. WELLER et H. GOUDARD. Il y a un notable abaissement du taux du glutathion hépatique, soit après la ligature aseptique du canal cholédoque, soit après hépatites toxiques déterminées par l'arsenic, le chloroforme ou l'alcool, soit après gavage alimentaire.

Crises asthmatiformes expérimentales provoquées par l'administration de vagomimétiques après irritation pulmonaire. — MM. VILLARET, PASTEUR-VALLERY-RADOT, L. JUSTIN-BESANÇON et F. CLAUDE. Lorsqu'on injecte sous la peau d'un asthmatique une faible dose de certains esters vagomimétiques de la choline, on déclenche une crise d'asthme typique, qui peut être enrayée par une injection d'atropine. Les sujets normaux ne réagissent pas par des manifestations respiratoires à l'injection d'une faible dose d'acétyl-ß-méthylcholine.

Partant de ces faits cliniques, les auteurs ont réalisé chez l'animal des lésions superficielles des poumons par inhalation passagère de vapeurs de chlore. Puis laissant les animaux se rétablir, ils injectent un peu plus tard, une faible dose d'acétyl-ß-méthylcholine. Aussitôt une crise asthmatiforme se déclenche. Les mêmes faibles doses d'ester cholinique laissent presque indifférent l'animal dont les voies respiratoires sont intactes. Ces crises expérimentales sont immédiatement enrayées par l'administration d'atropine.

Action de la chaleur sur le pouvoir anti-complémentaire du sérum humain. — MM. L. NATTAN-LARRIER, L. GRIMARD et J. DUFOUR. Le sérum humain peut posséder un pouvoir anti-complémentaire thermolabile et un pouvoir anti-complémentaire thermostabile. Il est possible que le second coïncide toujours en faible proportion avec le premier, mais un pouvoir anti-complémentaire thermostabile peut se développer aussi après chauffage du sérum à 56 62°.

Sur les rapports existant entre la constitution chimique de l'antigène somatique des bactéries et la colorabilité de ces bactéries par la méthode de Gram. — MM. A. BOIVIN et L. MESROBEANU.

Variations du taux de quelques composés phosphoriques et dérivés glucidiques dans le muscle du rat sous l'influence du rachitisme expérimental et de sa guérison. — M. Roger DUFFAU.

Colibacilles et déséquilibre alimentaire. — M. Raoul LECOQ.

Recherches sur l'acétylcholine libre et combinée dans le cerveau. — Mlle E. CORTEGGIANI.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 14 MAI 1937)

Condensations non cancéreuses dans le cancer du poumon. — MM. AMEUILLE et FAUVET. Le cancer du poumon est au début un cancer endo-bronchique. Quand on perçoit par l'examen stéthacoustique des signes de condensation, c'est à un stade avancé, quand le cancer a eu le temps de gagner le parenchyme. Ce peut être aussi quand s'est produite une condensation non cancéreuse à distance du cancer bronchique. Ces faits doivent être connus quand on veut intervenir chirurgicalement.

Vraie et fausse atélectasie pulmonaire. — MM. AMEUILLE, HINAULT et FAUVET. Nouvelle observation de condensation pulmonaire rétractile post-hémoptoïque à début brusque chez un tuberculeux. Les bronches du lobe condensé étaient largement dilatées. Dans une autre observation, une exploration minutieuse par insufflation pleurale ne permit pas d'établir que l'état pulmonaire était dû à l'atélectasie. Celle-ci est un état anatomique qui n'est démontrable que microscopiquement.

Ictère grave prolongé cirrhogène. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, GALLOT, Mme LECONTE et M. GAULTIER. Observation tout à fait analogue à l'atrophie subaiguë du foie de Lepehne et à la cirrhose aiguë de Neiche. Cette observation participe à la fois du syndrome ictéro-ascitique et de l'ictère grave prolongé cirrhogène. Comme étiologie : éthylisme certain et absorption, un mois avant le début de l'ictère, de dinitrophénol pour maigrir.

Mal perforant plantaire guéri en deux mois par les injections intra-veineuses de complexe chaulmogra-cholestérol chez une lépreuse traitée depuis 10 ans par les thérapeutiques classiques. — MM. FLANDIN et RAGU.

Un cas de crypto-érythroblastose de l'adulte. Splénectomie. Résultats favorables. — MM. DUVOIR, POLLET, HERRENSCHMIDT et ARNOLDSON. Un cas de cette affection traitée par splénectomie. Les auteurs tirent des conclusions thérapeutiques. Si l'on admet qu'il s'agit d'un processus d'ordre local, la splénectomie se présente comme le meilleur moyen d'empêcher l'extension aux autres organes hématopoiétiques.

M. P. EMILE-WEIL recherche quelle est la nature de l'érythroblastose. Souvent, d'après lui, on trouve des antécédents de syphilis ; la réaction de Vernes dans certains cas lui donna un chiffre de floculation entre 40 et 100 ; par ailleurs, la cuti-réaction se montre très intense dans les splénomégalies mégacaryocytaires. On a pu démontrer l'existence du bacille de Koch dans la moitié des cas. Avant d'enlever une rate, rechercher par ponction splénique si la rate est en état d'hyperplasie et s'il existe une réaction inflammatoire.

Notes cliniques sur la maladie rhumatismale de Bouillaud chez l'enfant. — M. GRENET. Travail reposant sur 240 cas de rhumatisants. A retenir les formes cardiaques d'emblée ; le formes digestives et abdominales d'emblée ; les formes pseudo-appendiculaires. Les formes extra-articulaires ne sont pas rares. Des signes de cardiopathie organique ont été constatés dans 171 cas sur 240. L'atteinte cardiaque survient le plus souvent lors de la première ou de la deuxième crise. La mortalité dans les cardiopathies rhumatismales atteint 23,91 p. 100 (44 morts sur 253 cas). A retenir la fréquence de la chorée chez l'enfant. Sur 112 choréiques, 33 p. 100 sont des rhumatisants. Formes digestives et abdominales assez fréquentes. L'érythème rhumatismal n'est pas rare. Dans les formes malignes, les complications cardiaques sont extrêmement graves.

(SÉANCE DU 21 MAI 1937)

Section de brides et chrysothérapie intra-pleurale associées : pneumothorax artificiel rapidement efficace. — MM. LÉON-KINDBERG et P. WEILLER. Les obstacles qui s'opposent à l'efficacité du pneumothorax artificiel sont de deux sortes : brides adhérentielles et irrétractilité du moignon pulmonaire. Contre les premières, la méthode de Jakobaeus a fait ses preuves ; mais elle peut être d'une technique difficile, car on doit trop souvent se contenter d'une simple pleuroscopie qui n'aboutit pas toujours à l'affaissement pulmonaire souhaité. Contre l'irrétractilité on a essayé de reproduire les pleurésies bienfaisantes. Léon-Kindberg a montré l'heureux parti des injections intra-pleurales de sels d'or.

Vitesse de sédimentation globulaire et injections intraveineuses. — MM. BENDA et Pierre VEAU montrent que les résultats fournis par l'étude de la vitesse de sédimentation ne sauraient être interprétés d'une manière valable qu'à une distance suffisante de toute série d'injections veineuses thérapeutiques. Ils soulignent l'influence accélératrice que peuvent exercer sur la vitesse de sédimentation les injections intra-veineuses de substances diverses (calcium, sels d'or, arsenicaux...), indépendamment de tout état infectieux.

Deux cas de pneumothorax spontané bénin. — M. RIST. Un malade : jeune homme de 17 ans, chez lequel, au cours d'une promenade, se produisit une douleur thoracique syncopale sans dyspnée exagérée. Au bout de quelques jours, signes d'épanchement à la base droite, et la ponction retire un liquide hématique. 33 mois après, une radioscopie, faite parce que le malade était pâle, décela un pneumothorax total droit avec petit épanchement dans le sinus. Il s'était agi d'un pneumothorax spontané bénin avec hémorrhagie, incident signalé en pareil cas.

2e malade : étudiant en médecine a une pleurésie sérofibrineuse gauche. 6 ans après, douleur thoracique accompagnée de dyspnée. Le lendemain, pneumothorax total droit, survenu du côté opposé à une ancienne pleurésie.

Maladie caractérisée par l'association d'une néphrite chronique azotémique, d'un arrêt de croissance, d'une hépato-splénomégalie considérable, de lacunes osseuses à des troubles thermiques. — MM. DEBRÉ, MARIE, MIGNON et CLERET.

Syndrome latéral du bulbe de Wallenberg. — MM. MONDON, BEAUCHESNE, PICARD. Malade de 53 ans, atteint de crises vertigineuses, avec obnubilation visuelle, céphalées occipitales. Hospitalisé pour hémiparésie droite avec hémianesthésie alterne, paralysie palato-pharyngo-laryngée gauche, symptômes correspondant au syndrome latéral du bulbe individualisé par Wallenberg en 1901. A l'autopsie, congestion importante des organes avec dilatation des vaisseaux et manchon plasmocytaire empiétant sur le bulbe.

Cancer primitif du poumon à forme pseudo-tuberculeuse lobaire ; métastase cérébelleuse mortelle. — MM. GERMAIN, MANDET et MORVAN.

Néphrite azotémique, cirrhose pigmentaire et diabète chez un ancien paludéen. — M. LEDOUX.

Ictère hémolytique mortel après traitement prolongé par l'atophan. — MM. ERBACH et BERARD (Bourges). Homme de 43 ans, présente une anémie progressive avec ictère hémolytique après absorption d'atophan. Mort après 18 mois.

Les médications du sympathique, par MM. Jeanne LÉVY et J. BESANÇON, Ch. VANGERMEZ, J. GOUIN et A. BIENVENUE, P.-M. LAIGNEL-LAVASTINE et R. BONNARD, E. MAY et H.-M. GALLOT. Rapports présentés au Congrès français de médecine (XXIVe session, Paris, 1936). Un vol. de 350 pages, chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

CHRONIQUE

LA CITÉ HOSPITALIÈRE DE LILLE

Sur un terrain de 60 hectares, se construit, en ce moment, à Lille, un ensemble de bâtiments qui comprendra la Faculté de médecine, prévue pour 800 élèves, un hôpital clinique de 1.600 lits, une clinique payante, un hôpital de tuberculeux de 400 lits, un hôpital militaire et un hospice de vieillards de 2.000 lits (1).

La Cité hospitalière et la Faculté forment un ensemble, affectant — en plan — une forme, que, très schématiquement, je comparerai à un éventail à deux feuilles.

La Faculté — véritable laboratoire de l'hôpital — représente la charnière de l'éventail. A l'extrémité distale de chacune des feuilles de l'éventail se trouve un bloc hospitalier, de 10 étages.

Ces blocs sont reliés à la base par les services généraux. Ainsi se trouve réalisée « la liaison étroite établie pour la première fois dans le monde, d'une part, entre chaque discipline de la Faculté de médecine et chaque clinique de l'hôpital, et d'autre part, dans chaque clinique, entre les services d'hospitalisation, de consultation et d'enseignement ».

L'Hôpital. — Les deux blocs hospitaliers dont nous venons de parler contiennent 4 services de chirurgie, 1 de traitement du cancer, 4 services de médecine, 1 de dermatologie, 2 de pédiâtrie, 1 d'oto-rhino-laryngologie, 1 d'ophtalmologie. Les laboratoires centraux (radiologie, physiothérapie, pharmacie), les services généraux sont reliés grâce à des circulations faciles au centre de chaque service.

Indépendance des services. — Chacun de ces services est aussi complètement indépendant et autonome que s'il était dans un pavillon, d'autre part les dispositions permettent au chef de service et à ses élèves de travailler avec le minimum de déplacement. Les salles de malades, à chaque étage, convergent, en effet, vers un rond-point qui est en quelque sorte le poste de commandement et de surveillance. Les salles de consultations sont très indépendantes.

Pour l'enseignement enfin, notons les amphithéâtres, clairs, aérés, à l'acoustique parfaite. Le professeur a à sa disposition toutes les commandes à distance (tableaux à déroulement, commandes d'éclairage, de projections, etc...). Ce sont, avec plus de perfection encore, les dispositifs que nous avons eu l'occasion de signaler à Paris à l'Institut du Cancer et à la nouvelle Faculté, à la Faculté de Lyon et tout récemment encore à Rome, à l'Institut C. Forlanini.

A une certaine distance, les architectes ont placé, bien isolés, les contagieux et la Maternité.

La Faculté. — La Faculté, disposée comme nous l'avons dit, est indépendante et autonome, elle communique cependant avec chaque étage du bloc hospitalier.

Elle comporte six étages et deux disciplines par étage.

Il est inutile de nous étendre davantage sur les détails, la grande expérience des architectes MM. Walter, Cassou et Madeline, celle de la commission des hospices, présidée par le prof. Lambret, celles de M. le recteur Chatelet et de M. le doyen Dubois, ont permis de grouper les éléments de travail les plus perfectionnés, de manière à éviter la fatigue et les pertes de temps aux étudiants et à leurs maîtres. C'est une très belle réalisation. — F. L. S.

(1) Nous empruntons ces détails à un travail très complet que l'architecte, M. Jean Walter, vient de consacrer à cette cité, dans *Nosokoméion* (n° 2, 1937, p. 145). Les architectes de la cité lilloise sont MM. Jean Walter, Cassan et Madeline. On sait que M. Walter a été l'architecte du nouveau Beaujon. M. Madeline et lui sont deux des architectes de la nouvelle Faculté de Médecine de Paris, en construction.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 12 juillet. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Loeper, Lacomme, Turpin. — M. Fenichel. De l'importance de l'hydrosalpinx ignoré comme cause de stérilité. — M. Malet. Essai de prophylaxie des infections puerpérales. — M. Malingre. Fonctionnement du service obstétrical de la Maternité de Beaudelocque. — M. Girard. Contribution à l'étude expérimentale et clinique des glucosides de digitale laineuse. — Mlle Legros. Contribution à l'étude de l'action des antispasmodiques sur la contraction utérine.

Jury : MM. Baudouin, président ; Lemierre, Henri Bénard, Haguenau. — M. Thais. Contribution à l'étude de l'efficacité de l'insuline par la voie digestive. — M. Artisson. Les diverticules de l'estomac. — M. Garcin. Contribution à l'étude des complications nerveuses de la maladie osseuse de Paget et particulièrement des complications médullaires. — M. Sohrab. Contribution à l'étude du gonocoque. — Mlle Solente. Contribution à l'étude de l'histoire des méningites cérébro-spinales aiguës. — M. Vialard. Contribution à l'étude du traitement de l'érysipèle dans la première enfance.

Mardi 13 juillet. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, président ; Marion, Tiffeneau, Lévy-Valensi. — M. Adrian. Des manifestations cérébelleuses au cours de l'éthylisme chronique. — M. Baumel. Contribution à l'étude des néphrites saturnines. (A propos de trois cas personnels). — M. Silas. L'immobilisation et l'appareillage dans le traitement des rhumatismes articulaires chroniques déformants. — Mlle Tenentap. La paralysie ascendante aiguë de Landry dans la fièvre typhoïde. — M. Stora. Un médecin au XVIIe siècle, François Bernier (1620-1688). — M. Janvier. Le drainage du rein dans la chirurgie conservatrice.

Jury : MM. Bezançon, président ; Gougerot, Chevallier, Gastinel. — Mme Boudier. Traitement de la tuberculose pulmonaire par les transfusions sanguines. — Mme Sternberg. La sarcomatose de Kaposi autochtone en France. — Mlle Allin-Bruce. Du fibrothorax. — Mlle Kapsambelis. L'alcoolisation des nerfs intercostaux dans la tuberculose pulmonaire. — M. Boëlle. A propos de l'observation d'une tumeur kystique de l'épiglotte. — M. Kervran. Tuberculose et mariage. — M. Labouré. Une expérience de médecine préventive. Examen de dépistage des étudiants de la Cité universitaire. — M. Szaja. Le traitement de la pelade par les vaso-dilatateurs.

Jury : MM. Tanon, président ; Joannon, Mouquin, Sézary. — M. Ansari. Influence des allocations sur la natalité. Système français. Système allemand. — M. Besnard. Contribution à l'étude des inadaptés urbains. — Mme Delon. Influence des facteurs chimiques de conservation des aliments sur la santé. — M. Gomez-Castellane. La lèpre à Cuba. — M. Hamel. Considérations cliniques et thérapeutiques sur vingt-cinq observations nouvelles de péritonites aiguës d'origine salpingienne. — M. Hardouin. La prophylaxie actuelle du tétanos. Opportunité de la sérothérapie préventive. — M. Lessner. L'hygiène de l'hypertendu artériel. — Mlle Mazarieff. Le camp thermal des Eaux-Bonnes en 1936. (Résultats cliniques sur les enfants d'assurés sociaux). — M. Vettier. Protection des denrées alimentaires contre les gaz de combat. — M. Le Thi Hoang. Protection de l'enfance en Indochine. — M. Auphelle. Protection sanitaire de l'Indochine française en matière de maladies pestilentielles.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 58. — MERCREDI 21 JUILLET 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — LE POURVOI DE M. MOURIER. Nous aurons sans doute, cette semaine, devant le Conseil d'Etat, la solution du pourvoi formé par M. Mourier, directeur général de l'Assistance publique à Paris, contre l'arrêté de M. Henri Sellier le mettant à la retraite d'office.

Le commissaire du gouvernement a conclu à l'annulation pour vice de forme de l'arrêté du ministre de la Santé publique.

Préfecture de Police. — Un concours pour un emploi d'interne titulaire en médecine et la désignation de six internes provisoires à la MAISON DE SAINT-LAZARE s'ouvrira à une date qui sera fixée ultérieurement. Pour tous les détails du concours, consulter les affiches. Inscriptions dès maintenant et jusqu'au 14 août, 16 heures, à la préfecture de police (personnel).

Préfecture de la Seine. — Un concours pour deux places d'interne en médecine titulaire et la désignation d'internes provisoires des ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE, de l'INFIRMERIE SPÉCIALE et de l'HÔPITAL HENRI-ROUSSELLE (prophylaxie mentale), aura lieu le 25 octobre 1937. Inscriptions : préfecture de la Seine, service de l'Assistance départementale, 3e bureau, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, du 28 août au 11 septembre 1937, inclus.

Facultés de médecine. — *Nominations de professeurs :* La chaire de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est transformée, à compter du 1er novembre 1937, en chaire de clinique gynécologique.

M. Binet, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy.

— La chaire de bactériologie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est transformée, à compter du 1er novembre 1937, en chaire de chimie médicale.

M. Valdiguié, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de chimie médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

— M. Vayssière, chargé de cours, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de clinique obstétricale à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille.

M. Montpellier, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger.

Faculté de Médecine de Paris. — Le Conseil de Faculté a proposé à l'agrément du Ministre, la nomination de M. le professeur agrégé Maurice Chiray, au titre de professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie.

Dans cette même séance, M. le prof. agrégé Lévy-Solal a été proposé pour le titre de professeur de clinique d'accouchements.

Le Sultan du Maroc à Vals-les-Bains. — Dès son arrivée en France, S. M. Mohamed Ben Youssef s'est rendu à Vals-les-Bains, où le Souverain tenait à poser la première pierre d'une Mosquée destinée aux hauts fonctionnaires chérifiens habitués de la station.

Le Sultan était accompagné de S. E. El Mokri, grand vizir, de S. E. Si Kaddour Ben Ghabrit, président des biens habous de l'Islam ; de Si Mammeri, directeur adjoint du protocole ; des jeunes princes Moulay Hassan et Moulay Abdallah, fils du Sultan, et d'une suite nombreuse. Le Souverain a été salué devant le perron de l'Hôtel des Bains, par M. Mouraret, maire, entouré de son conseil, par M. le préfet de l'Ardèche, le général commandant la division d'Avignon ; M. Froment, député ; M. Chalamon, administrateur délégué de Vals-Saint-Jean, président du Comité de propagande, et MM. Liénard (Les Perles) ; Martin (La Favorite) et Ribeyre (La Reine). Une compagnie de tirailleurs rendait les honneurs.

Un déjeuner intime fut offert à l'Hôtel des Bains, puis le Sultan se rendit au monument aux Morts où il déposa une gerbe ; il visita enfin les buvettes de Vals-Saint-Jean, Perles, Favorite et Reine. Traversant les parcs fleuris, le cortège se dirigea vers l'avenue Chabalier, où fut posée la première pierre de la future Mosquée. A l'issue de la cérémonie eut lieu enfin une réception au Grand Casino.

Au moment de reprendre la route pour Paris, le Souverain chérifien fit exprimer au maire toute sa satisfaction pour l'accueil de Vals, où il se propose d'ailleurs de revenir prochainement.

Académie française. — L'Académie française a décerné un prix Berger de 500 fr. à M. le médecin général R. Brice pour son ouvrage sur « Le secret de Napoléon ».

CHRONIQUE

LES LEÇONS DU PROFESSEUR MICHALOWICZ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Parmi les leçons faites cette année à la Faculté de médecine de Paris par des professeurs étrangers, invités par elle, celles du professeur Micislas Michalowicz ont laissé aux pédiatres français une vive impression.

Le professeur Michalowicz est un ancien et fidèle ami de notre pays. Il a, en 1904, suivi aux Enfants-Malades, au pavillon de la Diphtérie, les leçons du professeur Marfan. Il est revenu à plusieurs reprises à nos réunions pédiatriques, il a envoyé parmi nous nombre de ses élèves, il a publié dans nos revues et particulièrement dans la *Revue française de pédiatrie* plusieurs de ses importants travaux, et, dans les monographies qu'il a imprimées en langue polonaise, il a toujours eu soin de mettre une préface de quelques pages où il résume en français l'essentiel de son travail.

Aussi bien était-il naturel que ce maître, qui, compagnon de lutte du maréchal Pilsudski, contribua de 1896 à 1914 à la résurrection nationale polonaise, et qui, depuis 1920, est professeur de pédiatrie et directeur de la clinique infantile de l'Université Joseph-Pilsudski à Varsovie, fût appelé à venir apporter les leçons de son expérience à la Faculté de médecine de Paris.

Il a parlé, le 9 juin dernier, à la clinique médicale des enfants, à l'hôpital des Enfants-Malades où l'accueillit le professeur Roussy. Le doyen de la Faculté rappela, devant une assistance nombreuse, ce qu'est la personnalité du professeur Michalowicz, et celui-ci fit une leçon, d'un impeccable français, sur les colites des petits enfants, dans laquelle il développa l'idée, chère aussi à bien des pédiatres français, qu'à cet âge la colite est plus souvent le reflet d'un trouble de la santé générale et non une affection locale. Il insista sur le rôle de la muqueuse colique dans l'élimination des poisons exogènes ou endogènes.

Deux jours plus tard, le 11 juin, il était accueilli dans la clinique de la première enfance, aux Enfants-Assistés, par le professeur Lereboullet qui rappela le souvenir de Parrot et de Hutinel, qui ont illustré cet hospice. Devant un auditoire chaleureux, remplissant le nouvel amphithéâtre de la clinique, en présence du professeur Marfan, du docteur Comby et d'un grand nombre de pédiatres, le professeur Michalowicz, avec beaucoup d'ardeur et d'humour, exposa sa classification personnelle des affections gastro-intestinales du nourrisson, riche en aperçus originaux et qui ouvre une série d'horizons sur le mode de production de ces troubles et les moyens de les traiter.

Le professeur Michalowicz, qu'accompagnait Mme Michalowiczowa, a conquis ses interlocuteurs par son affabilité, sa haute culture, son goût de l'histoire et de l'art, et sa venue à Paris aura contribué à resserrer encore les liens qui unissent les pédiatres français et les pédiatres polonais.

A. B.

Nécrologie. — Le docteur Fernand Malavielle, médecin consultant à Evian, décédé à Paris.

— Les docteurs Ed. Plauchu, accoucheur honoraire des hôpitaux de Lyon, Georges Bertrand, à Villebois (Ain) et Paul Gasser, chirurgien des hôpitaux d'Oran.

RENSEIGNEMENTS

La VILLE DE BELFORT recherche *médecin diplômé d'hygiène pour inspection médicale scolaire*, susceptible d'assurer éventuellement direction service municipal d'hygiène.

Pour renseignements s'adresser à la Mairie, Secrétariat général.



UN POINT DE L'ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE DU XIIe NERF INTERCOSTAL APPLICABLE A L'INTERPRÉTATION DE LA VALEUR LOCALISATRICE DU MC BURNEY

Par M. A. BAUDET

Interne des hôpitaux de Toulouse, ancien prosecteur à la Faculté

« Un fait *clinique* est, dans la séméiologie de l'appendicite aiguë, d'observation prépondérante, sinon constante : à savoir la détermination d'une sensibilité douloureuse maxima, à la pression au point dit de Mc Burney, tel que les auteurs français l'entendent, c'est-à-dire au milieu de la ligne spino-ombilicale.

D'autre part, un fait *topographique* semble paradoxal : c'est que ce lieu ne répond à aucun des deux points principaux de l'appendice, ni à sa pointe « nomade » et de position variable, ni à sa base qui siège ordinairement à la jonction du tiers externe et du tiers moyen de la ligne bispinale. »

Autant que la complexité du problème de la physio-pathologie de la douleur provoquée au cours de l'appendicite aiguë le comporte, il paraît bien que l'on puisse ainsi en résumer, selon Forgue, les données essentielles.

Le fait clinique n'a rien d'absolument constant, en ce sens que toute crise aiguë appendiculaire ne se traduit pas par un point de douleur maxima provoquée à la pression au milieu de la ligne spino-ombilicale ou à son voisinage immédiat. Il suffit de rappeler les symptomatologies diverses des formes rétrocœcales, pelviennes, sous-hépatiques, etc... Mais dans les cas, quoi qu'il en soit les plus fréquents, présentant le tableau de la crise appendiculaire aiguë classique de Dieulafoy, ce point de plus grande sensibilité douloureuse à la pression existe, nettement localisé, précis, unique chez un même malade et associé aux deux autres symptômes de la triade qui concentrent l'attention du clinicien sur la paroi antérieure de la fosse iliaque droite.

Négligeant par ailleurs l' « assaut de précisions » (Mondor) inutiles, qui nous a valu cette extraordinaire multiplication de méthodes de repérage, proportionnelles ou basées sur une indication numérique fixe, qui encombrent la littérature sous le nom de « points appendiculaires », il faut donc d'abord, avec Forgue, centrer la question sur ce point douloureux maximum ainsi bien défini : point de douleur maxima provoquée à la pression au cours de la crise appendiculaire aiguë classique, point repéré, selon la méthode française, par le milieu de la ligne spino-ombilicale, point dit, à juste titre, de Mc Burney.

Le problème de l'interprétation de la valeur localisatrice de ce point clinique est lié aux problèmes complexes de la douleur des viscères. Nous rappelons que deux grandes théories physiopathologiques modernes font du point de Mc Burney un point pariétal. Pour les partisans actuels de certaines conceptions de Lennander ce serait un point particulièrement démonstratif de « la zone pariétale démonstrative » (Cope, 1930). Pour les partisans actuels de la théorie de Mackensie ce serait un « point de prédilection du dermatome d'élection » (Lemaire, 1926). Dans l'une et l'autre hypothèses c'est au niveau de la paroi que la douleur est, ou « perçue », ou « projetée ».

Pour Forgue, dont la contribution à cette question de la douleur viscérale se classe au premier rang, notamment par son rôle dans l'application aux points douloureux en chirurgie des théories modernes de la douleur projetée, l'explication qui paraît la plus logique est la suivante : en raison, entre autres, du fait topographique incontestable que constitue, dans les cas que nous venons de définir, le décalage entre la position du point douloureux et la position de la lésion appendiculaire, il lui paraît logique d'admettre « qu'il faille chercher, plutôt que dans une sensibilisation viscérale directe, dans un point particulièrement sensible de l'innervation pariétale, la raison de cette localisation douloureuse. »

Il avait indiqué comme lieu probable de ce « point névralgique » le niveau « où la branche perforante antérieure du XIIe nerf intercostal traverse le bord externe du grand droit ». Mais une précision absolue lui paraissait devoir être cherchée dans des dissections anatomiques assez nombreuses pour déterminer la fréquence maxima de cette disposition anatomique.

C'est ce qu'il nous confirma quand les circonstances nous conduisirent à lui parler d'un sujet de thèse que nous avait proposé notre Maître, M. le Professeur Mériel. Nous devions faire l'étude anatomique du point de Mc Burney. Nous fûmes ainsi conduits sur les conseils de M. le Professeur Forgue à préciser l'orientation de nos recherches vers l'innervation de la paroi abdominale et à bâtir une monographie d'anatomie de région concernant le XIIe nerf intercostal.

Nous avons donc l'agréable devoir de remercier M. le Professeur Forgue de nous avoir fourni un plan méthodique d'investigation et de vérification anatomiques et de nous avoir aidé dans l'interprétation de nos constatations. Nous lui marquons ici notre reconnaissance et notre respect.

Nos Maîtres ont, sur nos graphiques de dissections, vérifié comme nous que le fait de fréquence maxima ne se trouvait pas dans l'émergence de la branche perforante antérieure du XIIe intercostal au milieu de la ligne spino-ombilicale, cette émergence se trouvant toujours nettement en dedans et au-dessous, avec des écarts de position assez considérables. En revanche, nos dissections ont établi la réalité d'un détail anatomique du parcours de ce nerf, dont les caractères de fixité et de fréquence ont paru à nos Maîtres assez importants pour qu'on puisse y trouver une explication valable de la fréquence maxima, sinon de la constance, du point douloureux en ce lieu.

La description anatomique illustrée de planches en sera exposée dans une prochaine thèse de doctorat.

Les résultats que nous apportons sont le fruit de recherches ayant porté sur 42 cadavres de sujets adultes. Sur ces 42 cadavres, 35 étaient des cadavres frais, 7 des sujets formolés.

Nous avons en plus disséqué deux cadavres frais d'enfants. Trente-deux dissections ont porté sur le trajet total du 12e nerf intercostal. Mais nous avons spécialement étudié le trajet antéro-latéral.

Ces dissections nous permettent d'apporter les faits anatomiques que nous résumons d'abord dans cette phrase :

Le 12e dorsal non divisé, ou une de ses branches de division terminales lorsqu'il est divisé, s'engage, pour pénétrer dans la gaine du grand droit, dans un tunnel aponévrotique dont la formation est en rapport avec la constitution à ce niveau du bord externe de cette gaine et qui est repéré d'une façon remarquablement constante par le milieu de la distance séparant l'épine iliaque antéro-supérieure de l'ombilic.

A. — Le repérage des nerfs innervant les parties molles de l'abdomen par rapport à la xyphoïde et au pubis (méthode des auteurs qui, dans un but chirurgical, ont établi les « zones neutres » de la paroi abdominale) permet d'établir des « constantes » très approximatives.

Les seuls repérages du point de départ costal et du point d'arrivée au bord externe du grand droit étant reconnus nettement insuffisants et, surtout en ce qui concerne le dernier, assez imprécis, nous avons tenu à multiplier les points de repère et à utiliser notamment l'épine iliaque antéro-supérieure.

D'autre part, confirmant les recherches de Goinard, nous établissons que la position des nerfs intercostaux abdominaux varie avec la position des parties molles qu'ils innervent : intersections aponévrotiques et segments du grand droit et donc avec la position de l'ombilic qui repère ces divers segments.

C'est pourquoi l'ombilic, formation de position variable, et que pour cette raison les travaux de repérage anatomo-chirurgical ont toujours paradoxalement éliminé, constitue au contraire et en raison même de sa variabilité, un point de repère essentiel, et en particulier indispensable, pour le repérage du tunnel aponévrotique où s'engage le 12e dorsal.

Enfin ce sont les méthodes de repérage les plus proportionnelles et qui tiennent davantage compte des dimensions de l'abdomen, non seulement en hauteur mais en largeur, qui donnent les résultats les plus précis et les plus constants.

En pratique, les travaux de repérage du trajet du 12e intercostal nous ont montré qu'il y avait un point de ce trajet extraordinairement constant : *le point où le nerf traverse la ligne blanche externe dans le tunnel aponévrotique qui le conduit à l'angle externe de la gaine du droit.*

Les repérages dans le sens vertical, ombilic-pubis, et dans le sens transversal, ligne médiane-épine iliaque, permettent de localiser le tunnel à quelques millimètres près.

Mais c'est la méthode la plus simple qui donne les résultats les plus précis et les plus constants. On trace la ligne joignant l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic, on mesure sa longueur totale et on prend la moitié : on a la position exacte du tunnel.

On s'explique, en considérant l'anatomie de la paroi antérieure de la fosse iliaque, la remarquable constance de ce rapport. Il ne peut être influencé par aucune des nombreuses variations qui affectent la hauteur et la largeur du bassin et la position de l'ombilic, puisqu'il en tient compte. La fosse iliaque peut être plus ou moins large ou haute et la ligne spino-ombilicale plus ou moins longue ou oblique, suivant les sujets ou suivant l'état de distension ou de contraction de la paroi chez un même sujet. Mais la ligne blanche externe et le sillon latéral de l'abdomen qui est sa traduction visible sous les téguments, restent toujours *proportionnellement* à la même distance de l'ombilic et de l'épine iliaque. Le passage du 12e dorsal dans cette zone aponévrotique fixe, qui lui réserve un trajet en tunnel, reste toujours à la même distance *proportionnelle* des mêmes points de repère.

De telle sorte qu'on peut faire la recherche du 12e intercostal comme l'on fait la recherche du sciatique poplité externe au col du péroné ou du grand nerf occipital d'Arnold. Les moyens de repérage indiqués pour la recherche de ces nerfs ne sont pas plus précis ni plus fidèles que ce simple moyen de repérage du 12e intercostal. Sur 42 cadavres nous avons pratiqué cette recherche. Ayant repéré soigneusement le milieu de la ligne spino-ombilicale, nous pratiquons à ce niveau une incision parallèle au bord externe du grand droit et donc légèrement oblique en haut et en dehors.

La peau et l'aponévrose du grand oblique étant incisées, nous réclinons la lèvre interne de l'incision de manière à découvrir le feuillet antérieur (division antérieure de l'aponévrose du petit oblique) de la gaine du droit.

Nous incisons ce feuillet et, ouvrant ainsi la gaine suivant un procédé qui est celui de Jalaguier, nous réclinons en dedans le bord externe du grand droit.

Un peu en dedans du milieu de l'incision cutanée, sur le bord externe de la gaine, apparaît l'orifice interne du tunnel livrant passage au nerf. Le tunnel ainsi repéré est au milieu de la ligne spino-ombilicale.

Sur 16 sujets sur 42, le 12e intercostal était divisé avant sa pénétration dans la gaine (11 fois bifurqué et 5 fois trifurqué). Mais chaque fois, dans ces cas, une branche de division, le plus souvent la supérieure, se trouvait repérée par le milieu de la ligne spino-ombilicale.

Autrement dit, la ligne spino-ombilicale en son milieu rencontre un tunnel aponévrotique où passe, deux fois sur trois, le tronc non divisé du 12e dorsal et, une fois sur trois, une de ses branches de division terminale.

Parfois, sur certains sujets, le nerf rencontre la ligne spino-ombilicale en dedans de son milieu et la situation du tunnel aponévrotique se trouve alors un peu au-dessus et en dedans du milieu de la ligne (7 cas sur 42). Plus rarement (2 cas), le trajet du nerf coupait la ligne en dehors de son milieu, le tunnel aponévrotique se trouvant alors situé au-dessous. Mais en aucun de ces cas la distance séparant le tunnel du milieu de la ligne ne dépassait un centimètre.

D'ailleurs, ayant assisté souvent à des incisions d'appendicectomie suivant le procédé de Jalaguier, nous avons pu vérifier, si l'on peut dire, in vivo, la constance qui s'était révélée dans nos recherches sur le cadavre.

Tout chirurgien pratiquant le Jalaguier peut s'en rendre compte sans difficulté. Par l'incision de Ja-

laguier « à peu près verticale, très légèrement inclinée en bas et en dedans et *ayant en son milieu le point de Mc Burney* » le chirurgien rencontre la pénétration du 12e dorsal dans la gaine juste au milieu de son incision. « Le Jalaguier sectionne toujours le 12e nerf intercostal » (Picot).

B. — Ce tunnel aponévrotique par où le 12e dorsal, ou une de ses branches de division terminales s'il est divisé, passe à travers la ligne blanche externe pour arriver à l'angle externe du droit, est constant.

Sur ce détail pourtant intéressant du trajet du 12e dorsal, les anatomistes sont à peu près muets. Charpy cependant (Aponévroses de l'abdomen, in Poirier) parlant des orifices de la gaine du droit qui laissent passer les nerfs et vaisseaux intercostaux, écrit :

« Ces orifices ne sont que le débouché de véritables *canaux intra-aponévrotiques* » et il ajoute cette considération : « Ils ne laissent pas suinter les injections artificielles et se *ferment automatiquement quand la gaine est distendue.* »

En fait ce tunnel aponévrotique n'existe que pour le 12e intercostal et parfois pour le 11e également. Car les dissections de ce tunnel nous ont montré que la seule étude logique de sa constitution résidait dans l'étude de la disposition des fibres musculo-tendineuses du petit oblique et du transverse qui forment sa charpente et constituent ses parois. Or c'est précisément quelques données nouvelles sur la disposition des muscles larges au bord externe de la gaine *dans le quart supérieur de la région sous-ombilicale* que nous nous permettons d'apporter.

La description classique de la constitution de la gaine dans la partie sus-ombilicale de la paroi et la description de sa constitution au-dessous de l'arcade de Douglas sont l'expression parfaite de la réalité anatomique. Mais *aucune de ces descriptions* ne peut être appliquée à la constitution du bord externe de la gaine *dans le quart supérieur de la région sous-ombilicale* (immédiatement au-dessus de l'arcade de Douglas). Nos dissections nous en ont donné l'évidence absolue. Nous ne voulons pas parler du plan du grand oblique. Le mode de coalescence du grand oblique avec le feuillet antérieur de la gaine ne change pas sensiblement sur toute la hauteur de la paroi. « Isolable jusque vers la ligne blanche » (Charpy), son adhérence avec le feuillet antérieur de la gaine ne devient serrée qu'à une distance variant de 2 cm. à 4 cm. du bord externe du droit.

Mais il n'en est pas de même pour le petit oblique et le transverse.

Si nous suivons en effet la ligne de coalescence du petit oblique et du transverse de haut en bas, comme nous l'avons fait dans nos dissections, nous voyons que, dans la partie sus-ombilicale, le petit oblique étant dédoublé en deux feuillets, ce dédoublement constituant l'angle externe de la gaine, le transverse « isolable et indivis » vient s'accoler au feuillet postérieur du petit oblique *très « en dedans du bord externe de la gaine »* (Charpy).

Cette disposition existe conformément à la description classique jusqu'au niveau de l'ombilic. Mais à partir de ce niveau la ligne de coalescence entre le petit oblique et le transverse, qui a déjà commencé à se déplacer en dehors, croise le bord externe du muscle droit pour venir courir un peu *en dehors de l'angle externe de la gaine.* Une coupe horizontale au niveau du quart supérieur de la région sous-ombilicale montre donc que l'adhérence entre le petit oblique et le transverse se fait en dehors de l'angle externe de la gaine. Ici le transverse n'adhère donc pas directement au feuillet postérieur de division du petit oblique mais au petit oblique non encore divisé. Cette disposition commence un peu au-dessous de l'ombilic et se continue jusqu'au niveau de la corne externe du cintre de Douglas.

L'arcade de Douglas semble donc conditionner cette disposition : petit oblique et transverse semblent s'accoler immédiatement au-dessus du niveau de l'arcade comme pour se préparer à passer tous deux en avant. Mais à ce niveau le feuillet postérieur du petit oblique et le transverse passent encore en arrière. Il en résulte cette disposition tout à fait particulière *que le petit oblique est adhérent au transverse sur une largeur de un centimètre environ, adhérence serrée que la traction ne rompt pas, avant de se diviser pour donner les deux feuillets de la gaine.*

Il s'ensuit que le 12e intercostal, nerf pénétrant dans la gaine précisément à ce niveau, juste au-dessus de l'arcade de Douglas ou de son extrémité externe, et arrivant au bord externe de cette gaine entre le petit oblique et le transverse, est obligé de *traverser une zone de coalescence aponévrotique d'un centimètre de largeur*, qui ne peut lui livrer passage qu'en formant autour de lui un véritable *tunnel.*

Alors que pour les intercostaux sus-jacents qui se glissent entre le transverse et le feuillet postérieur du petit oblique, il s'agit d'une simple *perforation* du feuillet postérieur du petit oblique.

Ce tunnel dont le plancher est formé par les fibres du transverse et les parois et la voûte par celles du petit oblique a, suivant la largeur de la zone de coalescence de 4 mm. à 1 cm. de long.

La disposition des diverses fibres, que nous ne pouvons exposer ici, explique parfaitement la judicieuse remarque de Charpy. Si ces fibres viennent à être mises en tension leur disposition est telle que le tunnel « se ferme automatiquement ».

Que dans l'hypothèse d'une douleur pariétale cette circonstance anatomique puisse, avec ses caractères de fixité, constituer le substratum anatomique nécessaire à l'explication de la fréquence maxima du point douloureux en ce lieu, nous le croyons.

C'est la seule conclusion que nous voulons tirer. Il ne s'agit pas de faire expliquer à ce simple détail anatomique l'ensemble du mécanisme intime de la perception des douleurs viscérales. Nous rappelons simplement que bien des auteurs pensent, pour des raisons cliniques et physiopathologiques, que ce point maximum de douleur provoquée à la pression, qui est celui de la description classique de Dieulafoy et le fait de bien des cas d'appendicite aiguë revêtant cette symptomatologie classique, est un point pariétal. Pour tous ceux qui admettent cette conception, qui interprètent ce point comme le cri de douleur du 12e dorsal directement ou indirectement irrité, le tunnel aponévrotique par où passe le 12e intercostal pour

pénétrer dans la gaine du droit, repéré, avec une extraordinaire constance, par le milieu de la ligne spino-ombilicale, peut constituer le fait anatomique pariétal nécessaire à l'explication de la fréquence et de la précision cliniques du point de Mc Burney.

Le mécanisme de la provocation de la douleur au point de Mc Burney devient alors celui de la provocation de la douleur à un point de Valleix d'un nerf périphérique. « Ce point que la pulpe de notre index recouvre » (Forgue), que Mc Burney cherchait par la pression locale du bout de l'index, que d'autres préfèrent chercher d'un palper « très doux », « la main à plat » (Mondor), ce point où est la douleur « locale, aiguë, bien nette (Lejars), « vive, instantanée, exquise, insupportable » (Mondor), ce point où la douleur est « comme si l'on pressait sur un bouton électrique », dit le malade de Guinard, ce point de Mc Burney, serait ainsi le point névralgique du 12e intercostal douloureux, où nos doigts viennent le comprimer sur le plan uniquement aponévrotique de la ligne blanche externe. Cette ligne blanche externe comprise entre la transition musculo-aponévrotique du muscle grand oblique en dehors et le bord externe du grand droit en dedans est juste « large d'un doigt » (Paitre). Au-dessous du plan aponévrotique du grand oblique, les fibres tendineuses du petit oblique et du transverse, mises en tension par la contracture, enserrent dans le tunnel qu'elles forment autour de lui, le 12e intercostal, rendu douloureux pour les uns par une irritation directe de ses terminaisons péritonéo-pariétales (Lennander), pour les autres par le mécanisme du réflexe viscéro-sensitif.

C'est là, sur le plancher du tunnel, formé par les fibres horizontales du transverse rendu rigide par la contracture, que nos doigts viendraient comprimer le nerf.

Il se passerait exactement la même chose que, lorsque dans une sciatique, nous provoquons le point douloureux de Valleix du sciatique poplité externe en comprimant ce nerf contre le col du péroné, ou encore mieux quand, dans une névralgie intercostale thoracique, nous recherchons le point douloureux de Valleix en comprimant sur le plan costal l'émergence de la perforante antérieure du nerf en cause.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

A la recherche de l'unité, par E. Techoueyres, Directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Reims. 1937. Un vol. grand in-8° de 184 pages. Prix : 32 fr., chez J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Contribution à l'étude de la syphilis du bourgeon incisif dans la syphilis héréditaire (thèse) par le docteur Pierre Daligand. Grand in-8° de 94 pages, chez Bosc frères, M. et L. Riou, 42, quai Gailleton, à Lyon, 1936.

Bulletin de la Statistique générale de la France et du Service d'observation des prix, tome XXVI, fascicule I, octobre-décembre 1936. In-8° de 168 pages, chez Félix Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, à Paris.

Les névropathies d'origine nerveuse (thèse), par Roger Feldstein. In-8° de 84 pages, à Paris, chez Le François, 91, boulevard Saint-Germain, 1936.

Xe CONGRÈS DES SOCIÉTÉS D'OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE

Cette réunion internationale en langue française s'est tenue à Genève, les 14 et 15 mai 1937, sous la présidence de M. le professeur Naville. La question mise à l'ordre du jour était : Les voies vestibulaires centrales et leurs perturbations.

L'intérêt scientifique et pratique des problèmes ainsi formulés n'avait jamais été l'objet d'une mise en relief de cet ordre, réalisée ici par la collaboration oto-neuro-ophtalmologique des rapporteurs et de ceux qui participèrent à la discussion.

La partie anatomique du rapport, confiée à M. le professeur Van Gehuchten (de Louvain), a constitué une mise au point aussi exacte que possible de l'état actuel de nos connaissances sur les voies vestibulaires centrales. Pour mettre de la clarté dans ce qui se présentait confus, l'auteur n'a pas été trop schématique ; il a marqué le partage provisoire entre les voies déjà exactement repérées et les trajets de prospection encore aventurée. Sont successivement envisagés : I. L'arc réflexe primaire du système vestibulaire : nerf vestibulaire, noyaux vestibulaires, connexions de ces noyaux et notamment les connexions vestibulo-cérébelleuses ; II. Les connexions du système vestibulaire avec le corps strié ; III. Les connexions du système vestibulaire avec l'écorce cérébrale.

La partie clinique du rapport, confiée à M. le professeur Barré (de Strasbourg), a constitué un essai courageux de mettre en coïncidence des groupements symptomatiques prenant figure de syndromes avec des repérages topographiques justifiés par l'anatomie pathologique et l'expérimentation. Seule l'étude analytique a été imprimée. Oralement, le rapporteur l'a complétée par un essai de synthèse.

Ainsi fut poursuivie la démonstration aux étages successifs : I. Nerf vestibulaire ; II. Segment bulbaire ; III. Segment protubérantiel ; IV. Annexes des étages bulbaire et protubérantiel : quatrième ventricule, cervelet ; V. Segment pédonculaire ; VI. Pallidum ; VII. Pôle frontal ; VIII. Lobe temporal ; IX. Lobe pariétal.

A l'exposé des rapporteurs fit suite une large discussion. Avec une compétence particulière, due à leurs travaux de physiologie comparée et d'anatomo-clinique, MM. Muskens (d'Amsterdam), André-Thomas (de Paris), Delmas-Marsalet (de Bordeaux) contribuèrent d'abord à mettre en lumière les aspects des problèmes vestibulaires et leur débordement sur les problèmes d'équilibration et d'orientation. Puis, bien des points furent repris avec précision par MM. Borries (de Copenhague) ; Coppez (de Bruxelles) ; Ferreri (de Rome) ; Franceschetti, Cheridjian, de Morsier, Baumann (de Genève) ; Portmann, Despons (de Bordeaux) ; G.-A. Weill, Ramadier (de Paris) ; Rouquier (de Nancy) ; Metzger (de Strasbourg) ; Jayle (de Marseille).

D'importantes contributions furent adressées par MM. Marinesco, Draganesco, Kreindler et Bruch (de Bucarest) et Winther (de Copenhague).

Rapports et comptes rendus paraissent dans la *Revue d'oto-neuro-ophtalmologie* (G. Doin, éditeur).

AUG. TOURNAY.

Association de la Presse médicale française.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

I. — De la nature juridique du contrat liant le médecin-chef de clinique au propriétaire de celle-ci.

Il a souvent été discuté de la nature juridique du contrat qui intervient entre le propriétaire d'une clinique et le médecin-chef de celle-ci.

Les uns ont prétendu y voir un mandat, conformément à la tradition romaine ; d'autres ont soutenu que l'homme qui exerce une profession libérale n'accomplit pas les actes qui en dépendent au nom et comme représentant de ceux qui doivent en profiter, mais en son propre nom ; certains, enfin, ont déclaré qu'il s'agissait d'un contrat « sui generis » innommé. Mais la doctrine dominante a admis qu'il y avait lieu d'appliquer les règles du louage de services ou du louage d'industrie. La jurisprudence, quant à elle, comporte des décisions assez divergentes.

Un arrêt de la Chambre Civile du 3 mars 1936 (*Gaz. Pal.* 1936, I, 591) a décidé, à l'occasion d'une instance née de la rupture des conventions intervenues entre un établissement industriel et le médecin-directeur de son service médical, que « les actes dépendant d'une profession libérale sont susceptibles de former l'objet d'une promesse de rémunération, par celui au profit duquel ils doivent être accomplis », et, tout en estimant qu'en l'espèce l'engagement du médecin ne pouvait être considéré comme un louage de services, il avait cependant admis qu'il y avait lieu d'appliquer à la rupture de cet engagement des règles semblables à celles du contrat de travail.

La Cour de Montpellier, en un arrêt du 6 février 1933 (*Gaz. Pal.* 1933, I, 740), s'était prononcée plus nettement encore, puisqu'elle avait jugé que la convention passée avec le propriétaire d'un sanatorium, par laquelle un médecin s'était astreint à accomplir son ministère à des heures et en un lieu déterminés, contre une rémunération dont la fixité répondait à la notion de salaire, constituait un contrat de travail, bien que la subordination ne fût que relative, le propriétaire de l'établissement n'étant pas autorisé à s'immiscer dans le traitement prescrit par le médecin aux malades.

En un arrêt du 17 mars 1937, la Chambre Civile de la Cour de Cassation vient à nouveau d'être appelée à statuer sur la matière. Voici en quelles circonstances de fait : le médecin-chef d'un asile privé d'aliénés, recevant des appointements fixes, soumis à un règlement intérieur l'obligeant à des heures de présence déterminées, mais jouissant cependant d'une entière indépendance quant aux traitements à appliquer aux malades, avait été, au cours de sa visite médicale, blessé mortellement par un aliéné dangereux.

Sa veuve avait introduit, en vertu de l'art. 1382 C. civ., une instance en dommages-intérêts à l'encontre du directeur de l'établissement, à l'appui de laquelle elle avait allégué un certain nombre de fautes, telles que négligence dans la surveillance des aliénés, incurie administrative, etc... Le défendeur opposait à cette demande que la blessure mortelle constituait un accident du travail, rentrant dans le cadre des hypothèses visées par la loi du 9 avril 1898, le médecin devant être considéré comme un « employé », parce que faisant partie du cadre permanent de l'établissement.

Le Tribunal Civil d'Ussel écarta cette dernière argumentation et déclara l'art 1382 applicable en la cause. Sur appel, la Cour de Limoges infirma le jugement, motif pris de ce que le médecin, quelque complète qu'ait été son indépendance dans la direction du traitement appliqué aux malades, n'en aurait pas moins exercé une fonction soumise au contrôle de l'administration de l'établissement et se serait trouvé en conséquence justiciable de la loi sur les accidents du travail.

Sur pourvoi, la Chambre Civile a cassé l'arrêt de la Cour de Limoges. Elle a posé, en principe, que l'acceptation d'un règlement intérieur destiné à assurer aux malades la régularité des soins ne saurait, au point de vue des conditions dans lesquelles le médecin donne ces soins eux-mêmes, c'est-à-dire remplit l'obligation du contrat passé avec l'établissement, placer le médecin dans la dépendance de la direction de la maison de santé pour l'exercice de son art. Elle a décidé que le contrat intervenu, bien que présentant à certains égards le caractère d'un louage de services, ne comportait pas le lien de subordination et que, dès lors, la loi du 9 avril 1898 était inapplicable, la demande ayant été à juste titre introduite en vertu de l'art. 1382.

Ainsi, la Cour Suprême a admis que la convention étudiée est en quelque sorte un contrat « sui generis », se rapprochant du louage de services, mais ne comportant pas un élément essentiel à celui-ci, la subordination. Sa décision est particulièrement intéressante par les conséquences qu'il y a lieu d'en déduire, non seulement en matière d'accidents, mais encore à l'occasion des nombreux litiges qui peuvent naître du jeu de ce contrat.

II. — Des personnes tenues au payement des honoraires médicaux.

Les médecins sont parfois embarrassés pour déterminer à quelles personnes ils sont en droit de s'adresser pour obtenir payement des honoraires qui leur sont dus consécutivement aux soins donnés à un malade.

Un jugement du Tribunal de Chartres, en date du 17 février 1937 (*Gaz. Pal.* 18-19 avril 1937), vient de rappeler fort clairement les principes qui doivent guider, en cette matière, les membres du corps médical.

Un père de famille avait refusé de régler ses honoraires au médecin qu'il avait appelé lui-même à donner des soins à ses deux filles avec lesquelles il vivait. Il soutenait que l'une et l'autre étaient majeures et exerçaient une profession et qu'au surplus il avait renoncé à la succession de l'une d'entre elles, décédée.

Le Tribunal n'a pas admis ce moyen de défense et il a décidé que si, en principe, le débiteur principal du médecin est le malade ou son représentant légal, on doit toutefois considérer comme responsable du payement des honoraires la personne non mandatée qui sollicite pour un tiers le secours du médecin et prend par suite envers ce dernier un engagement implicite, et qu'il doit en être ainsi surtout lorsqu'il s'agit d'un malade insolvable et indigent à qui l'assistance médicale gratuite ne serait pas refusée ou d'un parent envers lequel la personne faisant appel au médecin est tenue d'une obligation morale de soins par ses liens de famille ou d'affection.

Cette décision paraît être à l'abri de toute critique ; il est, en effet, parfaitement légitime d'assimiler l'obligation morale incombant à un père de faire soigner sa fille malade, même si elle est majeure, à l'obligation des parents tenus de servir une pension alimentaire à leurs enfants et de leur assurer, avec les aliments, les soins nécessaires.

Nous nous devons d'ajouter que, par contre, un médecin ne saurait avoir en principe de recours à l'égard des personnes qui l'ont appelé pour porter secours à un blessé victime d'un accident. Il n'en est autrement que si les tiers l'ont induit en erreur en lui laissant escompter qu'ils lui garantiraient le payement de ses honoraires.

C. NATTAN-LARRIER,
Docteur en Droit,
Avocat à la Cour de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 24 AVRIL 1937)

Sur le sort des bacilles d'épreuve dans les organes des lapins tuberculeux surinfectés par voie veineuse. — MM. A. BOQUET et R. LAPORTE.

Sur la toxicité des cultures de coccobacilles de Malassez et Vignal, à l'égard des cobayes neufs, des cobayes pseudotuberculeux et des cobayes tuberculeux. — M. P. BOQUET.

Entérocoques mobiles. — M. S. LEVENSON a trouvé sur 43 souches d'entérocoques étudiées deux nettement mobiles. Ces entérocoques mobiles passèdent jusqu'à 4 cils. Les autres souches non mobiles sont complètement privées de cils. Les souches mobiles comme les souches immobiles montrent toutes les mêmes caractères culturaux et biochimiques.

Action de l'âge et de la gestation sur la résistance à la chaleur du pouvoir anticomplémentaire. — MM L. NATTAN-LARRIER, L. GRIMARD et Mlle J. DUFOUR.

Contribution à l'étude du mode d'action de la nicotine sur l'excitabilité nerveuse : une nouvelle interprétation du phénomène de Langley. — M. Paul CHAUCHARD indique que l'action de la nicotine sur les fibres nerveuses du système autonome, porte électivement sur les fibres préganglionnaires dont l'excitabilité, d'abord augmentée, est ensuite considérablement diminuée, aboutissant à l'inexcitabilité de ces fibres. Il y a, au contraire, conservation de l'excitabilité des fibres postganglionnaires. L'empoisonnement électif des fibres préganglionnaires suffit à expliquer le phénomène de Langley, le blocage des ganglions sous l'action de la nicotine, sans qu'il soit besoin de faire intervenir une sensibilité spéciale des ganglions.

Spasmes des artères cérébrales provoqués par l'embolie expérimentale du cerveau. — MM. Maurice VILLARET, R. CACHERA et R. FAUVERT ont étudié chez le chien, au moyen de l'observation microscopique directe du cortex cérébral, les effets vasculaires locaux de l'embolie du cerveau. Le corps emboligène employé était une suspension aqueuse de pierre ponce pulvérisée. Deux ordres de réactions artériolaires peuvent être distingués :

1° Dans une première phase, immédiatement après l'embolie, apparaît une vaso-constriction diffuse de la surface du cerveau, qui disparaît en quelques minutes.

2° Dans certains cas surviennent alors de véritables spasmes artériolaires. Il s'agit d'encoches profondes, limitées, sortes d'incisures entaillant à la façon d'un coin le calibre du vaisseau. Elles ont un siège électif qui paraît constant ; elles se forment près des bifurcations, sur le rameau artériel le plus volumineux, en face du départ du rameau collatéral et légèrement en aval de celui-ci. Du fait de leur localisation, elles semblent jouer un rôle d'aiguillage dérivant le courant sanguin vers les collatérales. Un fait montre bien qu'il s'agit de spasmes véritables ; c'est la variabilité de ces encoches d'un moment à l'autre, elles se forment sous les yeux de l'observateur, se creusent, atteignent leur maximum en 1 à 2 minutes pour s'effacer, puis renaître encore. Des microphotographies en série illustrent la succession de ces aspects variables. Ces spasmes peuvent se produire aussi bien en amont qu'en aval de l'embolus, près de celui-ci ou très à distance de l'obstacle.

Les auteurs discutent les différentes hypothèses qui peuvent expliquer la production et la localisation élective des spasmes artériels. Ils montrent l'intérêt de leurs constatations pour la conception du problème physiologique de la vasomotricité cérébrale : ils ont, en effet, apporté par leurs expériences la démonstration de la réalité de spasmes vasculaires cérébraux par excitation endovasculaire directe.

Effets gonadotropes de la poudre de lobe antérieur d'hypophyse insérée sous la peau. — M. André CHOAY et Mme DESOILLE-MERLHES. La poudre de lobe antérieur d'hypophyse, convenablement préparée et insérée sous la peau de femelles impubères et pour des doses de l'ordre de 25 mgr. chez la souris et de 50 mgr. chez le rat, se montre capable de produire les effets gonadotropes classiques.

L'effet lutéinisant semble l'emporter sur l'effet folliculisant.

Autant qu'on en puisse juger par les premiers résultats, cette technique pourrait servir de base au titrage officinal des poudres de lobe antérieur d'hypophyse.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 28 MAI 1937)

Suppléances respiratoires par les adhérences pleurales. — MM. AMEUILLE, LEMOINE et FAUVET.

Infarctus du myocarde et hypochlorémie. — MM. RATHERY, BACHMAN et KLOTZ.

Un cas de néphrite mortelle avec syndrome humoral néphrosique, survenue au cours de l'évolution d'une tuberculose pulmonaire. — M. MONDON. Les symptômes étaient en partie ceux de la néphrose lipoïdique. L'évolution en fut très rapide. Anatomiquement, petits reins blancs avec lésion des glomérules, des tubes contournés et du tissu interstitiel, sans dégénérescence amyloïde ni lipoïde. Cette lésion était sans doute due aux toxines tuberculeuses.

Accentuation de la sensibilité à la tuberculine coïncidant avec une poussée d'érythème noueux de l'enfance. — MM. LOWYS et LEVADITI.

Un cas d'érythro-cyanose du membre inférieur droit (syndrome de déficit du sympathique). — MM. FACON, VASILESCO et BRUCH. Au cours d'une tuberculose pulmonaire, le malade a présenté une érythrocyanose non douloureuse du membre inférieur droit. Il semble qu'il se soit agi d'un trouble dû à la suppression des centres ou des filets sympathiques des vaso-moteurs du membre inférieur droit.

Erythrémie du type Gersböck. Echec de la radiothérapie de la région infundibulo-hypophysaire. Rémission sous l'influence de la radiothérapie osseuse et splénique. — MM. DECOURT, MATHIEU et BLAIRE.

Leucoblastose aleucémique. Cryptoleucémie aiguë. — MM. BOULIN, ISCH-WALL, UURY et CHAROUSSET. Ce cas est remarquable par l'absence totale des leucoblastes dans le sang, par l'association d'un syndrome de Mikulicz, par la présence de tumeurs cutanées, par la lenteur de l'évolution de la maladie et par sa longue durée.

A propos du signe de Kienböck. — M. SERGENT cherche à démontrer que le mouvement paradoxal de l'hémidiaphragme ne doit pas être considéré comme inexistant. Il a pu constater l'existence du mouvement de bascule en examinant le malade en décubitus dorsal ; l'hémidiaphragme mis en évidence apparaît en forme de cupule et on peut constater souvent que ses mouvements se font en sens inverse de ceux de l'hémidiaphragme opposé.

Eréthisme cardiaque des adolescents et tension artérielle. — M. René BENARD. Dans ce syndrome, la tension artérielle est le plus souvent normale. Parfois cependant on note le syndrome de l'hypertension précoce ; ce sont les sujets atteints d'éréthisme cardiaque des adolescents qui y sont sujets plus que les autres ; et ce doit être une raison

pour tout médecin chargé d'examiner des adolescents en vue de l'aptitude aux sports, de déconseiller chez ces sujets les abus d'exercice ou des compétitions sportives effectuées en dehors de tout contrôle médical.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 7 MAI 1937)

A propos des indications des différents traitements des cancers et des états précancéreux de la glande mammaire. (Discussion de la communication faite à la dernière séance par M. RUBENS-DUVAL.) — MM. HAUTEFORT, DIAMANT-BERGER et DUPUY DE FRENELLE prennent part à la discussion.

L'enchevillement transarticulaire comme agent de maintien dans la résection du genou. — MM. René et Gaston CHARRY (de Toulouse) communiquent l'observation d'un malade de 42 ans atteint d'une tuberculose du genou gauche, qu'ils ont opéré il y a quinze mois par ce procédé, avec un bon résultat qui se maintient actuellement. Ils insistent sur la nécessité, dans la résection du genou, d'assurer un maintien parfait des surfaces réséquées pour obtenir un bon résultat ; et, dans ce but, ils utilisent un greffon vivant pris sur le tibia du côté opposé et poussé à frottement dur dans un canal creusé obliquement, après la résection, à travers les extrémités du tibia et du fémur.

Quelques remarques à propos de nos derniers corps étrangers de l'œsophage. — M. G. GUISEZ.

La mobilisation immédiate des fractures de l'humérus par l'appareil de Séjournet. — M. P. SÉJOURNET.

(SÉANCE DU 21 MAI 1937)

A propos des indications des différents traitements des cancers et des états précancéreux de la glande mammaire. (Fin de la discussion.). — MM. LANOS, PAPILLON et RUBENS-DUVAL.

Traitement des cancers de la vulve. (Technique, radium-chirurgicale.) — M. DIAMANT-BERGER fait un rapport sur cette communication de M. AMAN-JEAN (de Paris). Cet auteur conclut, d'une expérience de 40 cas, à la nécessité de traiter la lésion par le radium, après une bonne désinfection préparatoire ; ensuite, de faire chirurgicalement l'ablation des ganglions. L'adénopathie est toujours bilatérale ; aussi l'opération est-elle très importante, car elle doit évider tout le territoire ganglionnaire du triangle de Scarpa, du canal inguinal, et de la partie inférieure de la paroi abdominale antérieure.

Neurinome volumineux de la fosse lombaire droite. — M. Pierre BARBET et Joseph LEBEL. La tumeur s'était révélée par des troubles importants de circulation veineuse dans le membre inférieur droit. Pour des raisons cliniques et hématologiques, on avait posé le diagnostic de kyste hydatique du foie. L'opération a permis l'exérèse très pénible d'une tumeur pesant 2 kilogr., adhérant largement en avant au côlon transverse et à son méso, intimement fixée en arrière au plan lombaire, jusques et y compris la veine cave. Le rein avait complètement disparu. L'examen histologique a révélé un neurinome de type bénin.

Une fracture curieuse et rare de la phalangette. — M. DIAMANT-BERGER communique l'observation d'un homme qui, en tombant, s'était raccroché au bord d'une table par le médius ; il se produisit une fracture par arrachement par le tendon fléchisseur profond du bord antérieur de l'extrémité articulaire proximale de la phalangette. C'est une lésion bénigne, mais extrêmement rare

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 16 MARS 1937)

Sur les cuti-réactions à l'histamine et à la tuberculine associées. — MM. P.-P. LÉVY et CHASSAGNE ont étudié dans 22 cas les cuti-réactions à l'histamine et à la tuberculine comparativement à d'autres faites suivant la technique classique. Ils n'ont pas observé de sensibilité plus grande avec la première technique.

Tumeur maligne du dos. — MM. APERT, HALLÉ et Mlle ABRICOSSOF présentent un enfant de 3 ans chez lequel ils avaient constaté, à l'âge de 3 mois, une tumeur maligne du dos, qui fut guérie après trois applications de radium et qui n'a pas récidivé depuis lors.

Tumeur tuberculeuse du médiastin. Métastase cérébrale. — MM. GRENET, LEVENT et ISAAC-GEORGES ont constaté chez un enfant de 4 ans les signes cliniques et radiologiques d'une tumeur du médiastin, dont ils soupçonnaient la nature lymphosarcomateuse. Trois séances de radiothérapie firent fondre la masse, mais bientôt apparaissaient des signes de métastase cérébrale qui entraînèrent la mort. A l'autopsie, on trouva inclus dans les débris de la tumeur deux ganglions caséeux, et l'examen histologique montra qu'il s'agissait en réalité d'une tumeur tuberculeuse ganglionnaire. Il existait une tumeur cérébrale au voisinage du troisième ventricule. Enfin, on trouva dans le foie et la rate des tubercules typiques. Il y a lieu de retenir dans ce cas l'importance de la tumeur ganglionnaire et son extrême radio-sensibilité.

Péritonite consécutive à l'ouverture d'un ganglion mésentérique suppuré au cours d'une fièvre typhoïde. — MM. LEVEUF, GRENET, ISAAC-GEORGES et LANGLOIS ont constaté, au décours d'une fièvre typhoïde grave compliquée de myocardite, une chute de température, un vomissement et un météorisme abdominal important. Au cours de l'intervention aussitôt pratiquée, on constata la présence à l'extrémité iléo-caecale du mésentère de nodosités dures, d'apparence ganglionnaire ; l'un d'elles était perforée et laissait sourdre dans le péritoine un liquide franchement purulent. L'enfant guérit parfaitement dans un délai de quelques jours.

Maladie exostosante familiale. — M. ROEDERER présente un enfant atteint d'exostose multiples. Une enquête familiale lui a permis de retrouver des exostoses semblables dans les trois générations précédentes.

A propos de 109 cas de fracture du crâne chez l'enfant. — M. SORREL, Mme SORREL et M. GIGON rapportent une statistique étendue sur plusieurs années. 30 de ces cas sont survenus avant 5 ans ; 56 entre 5 et 10 ans. Le diagnostic a souvent été facilité par l'examen radiologique. Ils indiquent les principales lésions anatomiques rencontrées, parmi lesquelles l'œdème cérébral et le blocage ventriculaire font défaut. Ils posent les indications opératoires et font part des résultats obtenus : 24 décès, dont 22 survenus dans un délai de 48 heures après le traumatisme ; 85 guérisons, dont 54 sans intervention chirurgicale. Le séjour à l'hôpital fut toujours de courte durée, et les séquelles, ordinairement légères, ne s'observèrent que dans un nombre infime de cas.

Accidents mortels chez un hérédo-syphilitique traité par les frictions mercurielles. — M. FLEURY (de Rouen) a constaté chez un nourrisson de 15 jours des signes indéniables de syphilis. Un traitement par frictions mercurielles a provoqué d'abord une amélioration, mais bientôt sont survenus de l'œdème et des convulsions. La mort vint terminer l'évolution de ces accidents quelques jours plus tard, malgré la suspension du traitement. L'auteur se demande quelle fut la part du traitement à l'origine des différents signes observés.

Signification des hémorragies gastriques au cours des toxi-infections du nourrisson. — M. RIBADEAU-DUMAS et

Mme Lœwe-Lyon ont observé, de 1932 à 1936, 21 cas d'hématémèses chez des nourrissons atteints de toxi-infections graves ou de troubles neurologiques, ou chez des vomisseurs. Ce signe est un facteur de gravité, puisque dans 18 cas il précéda de peu la mort. A l'autopsie, on trouve un piqueté hémorragique diffus de la muqueuse gastrique, une hypersécrétion muqueuse et une dilatation des capillaires ; tous les autres viscères sont également le siège de lésions hémorragiques.

Ils ont constaté d'autre part des lésions anatomiques rigoureusement semblables chez des nourrissons morts d'infection, et pensent que l'hématémèse s'extériorise uniquement dans les cas où existe une lésion encéphalique.

PRATIQUE MÉDICALE

L'INFARCTUS DU MYOCARDE EST ASSEZ FRÉQUENT LE DIAGNOSTIC EN EST PARFOIS DIFFICILE (1)

par M. le docteur Trocmé

Trocmé étudie l'infarctus du myocarde, maladie nouvelle, récemment reconnue par les méthodes électrocardiographiques, et qui prend, de jour en jour, une place plus importante dans la mortalité croissante par affection cardiaque.

Le diagnostic ne peut souvent découler que de l'électrocardiogramme ; les symptômes cardinaux : douleurs angineuses, atroces et persistantes, collapsus cardiaque, chute brusque de la tension artérielle, fièvre, frottement péricardique, sont souvent absents, au moins partiellement.

Sans le secours du tracé électrocardiographique, l'infarctus du myocarde est souvent dissimulé sous des formes sans douleur avec grande hypertension et dyspnée, une forme abdominale avec vomissements et météorisme ; les erreurs de diagnostic sont faciles devant des symptômes graves et dans lesquels l'attention n'est pas attirée sur les troubles myocardiques.

Le traitement comprend, d'après Trocmé, trois indications majeures :

Calmer la douleur par le repos, les sédatifs opiacés, soutenir le cœur, notamment par l'ouabaïne intraveineuse, rétablir la circulation coronarienne.

Pour cela, dit Trocmé, « la trinitrine est peu efficace et risque de provoquer une chute de tension trop brusque et trop profonde. Nous nous adressons plus volontiers aux hormones circulatoires et à l'aminophylline (caréna) ».

NOTES POUR L'INTERNAT

ARTÈRE UTÉRINE (2)

2° *Base du ligament large.* — Dans cette portion, l'artère se porte transversalement de la paroi pelvienne vers la partie sus-vaginale du col utérin.

Son rapport important reste encore l'*uretère* :

Par son trajet oblique en bas, en avant et en dedans, l'uretère se rapproche graduellement de l'utérus ; il se place d'abord sur les côtés, puis en avant du col utérin, s'applique contre le cul-de-sac antéro-latéral du vagin sur 1 cm., et atteint la paroi vaginale antérieure au niveau de l'orifice externe du col. L'artère utérine est transversale ; elle le *croise donc par en avant*, soit en X allongé, artère et uretère restant au contact sur 1 cm., soit, semblant vouloir l'entourer d'une *anse*, ce qui explique qu'on l'ait trouvée à la fois devant et derrière le conduit urinaire (Farabeuf).

On a précisé la *topographie de ce croisement*, pour assurer la sécurité de l'hémostase de l'utérine au cours de l'hystérectomie :

Par rapport à l'utérus, c'est au *niveau de l'isthme* ou un peu au-dessous ;

Par rapport à la paroi pelvienne, c'est à mi-distance de l'utérus et de la paroi ;

Par rapport au vagin, c'est à 15 mm. au-dessus et en dehors du cul-de-sac latéral.

L'artère utérine entre aussi en rapport avec :

— Quelques veines pré-utérines peu importantes qui drainent la vésicale ;

— De grosses veines utérines *rétro-urétérales ;*

— La *vaginale longue*, avec son plexus veineux croise la face postérieure de l'uretère ;

— Des *lymphatiques utérins :*

Pour Cunéo et Marcille, ce sont *les lymphatiques du col* (voie iliaque externe) et des *lymphatiques du corps* (voie accessoire, voie iliaque externe, la voie principale étant satellite du pédicule utéro-ovarien) ; ces lymphatiques forment un pédicule transversal pré-urétéral, qui bientôt abandonne l'artère utérine, monte sur la paroi pelvienne en enjambant l'artère ombilicale et finit dans les ganglions moyens et supérieurs de la chaîne iliaque externe.

Pour Leveuf et Godard, ces lymphatiques représentent *la voie principale du col comme du corps* de l'utérus ; ils forment deux ou trois troncs, longeant le bord antérieur de l'utérine jusqu'aux deux tiers externes du ligament large ; ils se dirigent ensuite transversalement et aboutissent à un *ganglion principal* accolé au versant externe de l'artère ombilicale et situé à mi-chemin entre la bifurcation de l'iliaque primitive et de l'orifice profond du canal sous-pubien ; il est plus ou moins, selon sa hauteur, en rapport avec le nerf obturateur ;

— Le *plexus sympathique hypogastrique*, avec le ganglion de Lee et Frankenhauser placé en dehors de l'uretère ;

— Le *canal de Malpighi-Gartner*, débris wolfiens juxta-utérins.

Tous ces organes sont noyés dans le paramètre, tissu cellulo-fibro-musculaire condensé autour du col utérin et auquel participe principalement la gaine hypogastrique.

3° *La portion marginale ou juxta-utérine.* — Au niveau ou très peu en dedans de son croisement avec l'uretère, l'artère utérine se relève à angle droit en décrivant *une crosse* dont la convexité répond, mais à distance, au cul-de-sac latéral du vagin. Puis l'artère monte le long du bord utérin ; elle est de plus en plus flexueuse et comprise entre les deux feuillets du ligament large. Elle est située loin du bord latéral du col et attachée de court au corps.

Elle est accompagnée de :

— Deux grosses veines antérieures et postérieures, anastomosées en plexus, drainées en haut par l'utéro-ovarienne et en bas par la veine utérine ;

— Des lymphatiques anastomosant les réseaux du corps et du col ;

— Un plexus nerveux sympathique ;

— Parfois le canal de Gartner.

(A suivre.) ROGER-JEAN CHEVALLIER.

(1) *L'Actualité médico-chirurgicale*, février 1937.
(2) Voir *Gaz. Hôp.*, n° 54 du 7 juillet.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 59. — SAMEDI 24 JUILLET 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — On demande pour le service d'électro-radiologie de la Pitié, un externe désirant compléter ses connaissances en électroradiologie.

Hôpitaux de Lyon. — Après concours, le docteur P. Bertrand a été nommé chirurgien des hôpitaux.

Après concours, le docteur Paul Lagèze a été nommé médecin des hôpitaux.

Hospices civils de Rouen. — Un concours s'ouvrira le jeudi 14 octobre 1937, à 16 h. 30, à l'hospice général, dans la salle des séances de la commission administrative, pour le titre d'externe des hôpitaux de Rouen.

Pour être admis au concours, les étudiants en médecine appartenant aux Ecoles ou Facultés françaises, doivent s'inscrire au secrétariat des hospices, 1, rue de Germont, le 28 septembre 1937, à 18 heures, au plus tard.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Favre, professeur d'anatomie pathologique, est transféré, à compter du 1er novembre 1937, dans la chaire de clinique dermatologique et syphilographique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon (dernier titulaire : M. Nicolas).

M. Patel, professeur de chirurgie opératoire, est transféré, à compter du 1er novembre 1937, dans la chaire de clinique gynécologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon (dernier titulaire : M. Villard).

CONCOURS DU PROSECTORAT. — A été nommé : M. Michel Latarjet.

CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Ont été nommés : MM. Cavailher, Francillon, Violet.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Giraud, professeur de pathologie médicale et clinique propédeutique, est transféré, à compter du 1er novembre 1937, dans la chaire de clinique médicale à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier (dernier titulaire : M. Vires).

Faculté libre de Lille. — Après concours, M. le docteur G. Didier a été nommé professeur agrégé d'oto-rhino-laryngologie.

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. — *Officier* : MM. Barthe, à Gennevilliers ; Charpentier, à Neuilly-sur-Seine ; Frijon, à Paris ; Gauzères, à Tartas ; Heuyer, à Paris ; Sauvain, à Paris.

— *Chevalier* : MM. Bardin, à Valréas ; Barailhe, à Dreux ; Chapt, à Epernay ; Colombet, à Périgueux ; Dubois, à Clermont-Ferrand ; Duverger, à Limoges ; Mme Geismar, à Paris ; Goguey, à Clamart ; Gourichon, à Paris ; Lacroix, à Paris ; Petit, à Molesmes ; J. Besançon, à Paris ; Grinda, à Nice ; Hauduroy, à Colombes ; Leibovici, à Paris ; Mâchebœuf, à Lille.

— JUSTICE. — *Sont élevés à la dignité de grand officier* : M. le professeur Lambret (de Lille) ; M. le professeur Jean Perrin, membre de l'Institut.

Distinctions honorifiques. — *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les docteurs Auvigné (de Nantes) ; Mlle Bègue (de Bordeaux) ; MM. Bourde et Boyer (de Marseille) ; Chenet (de Rennes) ; Dejean (de Montpellier) ; Delas (de Toulouse) ; Delorme (de Clermont-Ferrand) ; Dufilho (de

Bordeaux) ; Guillemin (de Nancy) ; Hédon (de Montpellier) ; Leroux (de Nantes) ; Mlle Lévy (de Paris) ; MM. Limousin (de Clermont-Ferrand) ; Massé (de Bordeaux) ; Mazel (de Lyon) ; Mégnin (de La Flèche) ; Moiroud (de Marseille) ; Morlot (de Nancy) ; Nanta (de Toulouse) ; Pagès (de Montpellier) ; Piéchaud (de Bordeaux) ; Piéri (de Marseille) ; Pollosson (de Lyon) ; Reboud (de Grenoble) ; Renard (de Paris) ; Rivière (de Bordeaux) ; Stilmunkès (de Toulouse) ; Vasselle (d'Amiens) ; Vintemberger (de Strasbourg).

Officiers d'Académie : MM. les docteurs Adler (de Strasbourg) ; Aubriot (de Nancy) ; Bardonnet (de Lyon) ; Caujolle (de Toulouse) ; Cerné (de Rouen) ; Costy (de Caen) ; Creyssel (de Lyon) ; Dombray (de Nancy) ; Ettori (d'Alger) ; Gautier (de Grenoble) ; Griveaud (de Clermont-Ferrand) ; Harant (de Montpellier) ; Lacambre (de Cambrai) ; Lahillonne (de Toulon) ; Leroy (de Rennes) ; Lespagnol (de Lille) ; Michon (de Nancy) ; Nepveux (de Paris) ; Neyreneuf (de Caen) ; Ohlmann (de Strasbourg) ; Pellé (de Rennes) ; Petit (de Clermont-Ferrand) ; Pichat (de Nantes) ; Poinsot (de Marseille) ; Potez (de Rouen) ; Roussellier (de Marseille) ; Schaaff (de Strasbourg) ; de Traverse (de Paris) ; Vidal (de Montpellier).

Ministère de l'Education nationale. — Professeurs de Facultés. — Par décret en date du 5 juillet 1937, M. Prenant, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur d'anatomie histologie comparées à la Faculté des sciences de l'Université de Paris.

Ministère de la Santé publique. — SANATORIUMS PUBLICS. — Par arrêté en date du 7 juillet 1937, M. le docteur Thorain, médecin directeur au sanatorium de la Grolle-Saint-Bernard à Touverac (Charente), a été nommé, sur sa demande, médecin directeur du sanatorium de la Chapelle-Saint-Mesmin (Loiret).

Académie des sciences morales et politiques. — Le prix Maisondieu (2.700 fr.) est partagé également entre l'Œuvre « Lumière et Santé », en la personne du docteur Biancani, secrétaire général, et celle de Mme le docteur Madeleine Violet, médecin de cette Œuvre ; et la « Maison de charité », en la personne de la sœur Beauvois.

Ligue internationale contre le Rhumatisme. — Au cours du Congrès de Rhumatisme et de Balnéologie de la Ligue internationale contre le rhumatisme et de la Ligue internationale d'hydrologie médicale (I. S. M. H.), qui se tiendra à Oxford en mars 1938, sera organisée une exposition de projets (dessins, plaquettes, etc.) pour dispensaires de rhumatisants. Si l'intérêt manifesté par les comités nationaux le permet, quelques récompenses avec prix seront proposées.

Pour tous renseignements, on peut s'adresser au secrétaire de la Ligue internationale, docteur J. van Breemen, 489, Keizersgracht, Amsterdam.

COURS ET CONFÉRENCES

Maladies du cœur. — Professeur CLERC. Hôpital de la Pitié. Un cours de perfectionnement aura lieu du 23 au 28 août. — S'inscrire au Secrétariat de la Faculté. Prix : 100 fr.

Tuberculose. — Prof. BEZANÇON. Hôpital Laënnec. Deux séries de cours de perfectionnement ont lieu du 19 au 31 juillet, et du 30 septembre au 20 octobre. Inscriptions : Secrétariat de la Faculté. Prix : 100 fr.

Gynécologie. — Professeur Pierre MOCQUOT. Hôpital Broca. Un cours aura lieu du 20 septembre au 2 octobre. Inscriptions au secrétariat de la Faculté. Prix : 200 fr.

Hôpital de la Glacière, 35, rue de la Glacière, Paris. — Un cours de *pratique chirurgicale oto-rhino-laryngologique* du professeur Georges Portmann sera donné à Paris du jeudi 21 octobre au mercredi 27 octobre 1937, avec la collaboration des docteurs J. Auzimour et Chabert, du professeur agrégé Despons et du docteur Paul Leduc.

Droit d'inscription : 250 francs.

Les inscriptions seront reçues chez le professeur G. Portmann, 25 *bis*, cours de Verdun, à Bordeaux.

Faculté de médecine de Lyon. — COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE (clinique du prof. Paul COURMONT). — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose, sous la direction du prof. Paul COURMONT, avec le concours du comité national de défense contre la tuberculose, est organisé, à Lyon, du mercredi 10 novembre au mercredi 8 décembre 1937 (4 semaines).

Il comprendra, chaque jour, des *Conférences*, des *cliniques* au lit du malade, des *exercices pratiques* de clinique (radiographie, pneumothorax, etc...), de laboratoire (bactériologie, sérologie).

Les *inscriptions* sont reçues au Secrétariat de la Faculté de médecine de Lyon (av. Rockefeller, N° 8), ou à l'Institut bactériologique, 77, rue Pasteur, Lyon (7e). (Droits à verser : 250 fr.).

Le *Comité National de Défense contre la Tuberculose* met à la disposition des médecins de dispensaires ou de candidats à ces postes un certain nombre de bourses. S'adresser pour tous renseignements au prof. Paul Courmont.

Des *cours complémentaires* et un stage de trois mois pourront être organisés pour les médecins désirant suivre plus longtemps l'enseignement de la clinique.

Congrès. — Une Semaine internationale aura lieu du 29 août au 5 septembre 1937, à Salsomaggiore, sous la présidence du sénateur professeur Nicola Pende (de Rome). Un programme de conférences, de réceptions et d'excursions a été prévu. Pour tous détails, s'adresser au secrétariat général, Regie Terme Bergieri, à Salsomaggiore, Italie.

IIe Congrès de l'Insuffisance rénale. — Au mois de septembre 1938 se réunira à Evian le deuxième congrès de l'insuffisance rénale.

Ce congrès, organisé par la Société médicale d'Evian, aura pour président le professeur Rathery, pour vice-président le professeur Chevassu ; secrétaires généraux, le docteur F.-P. Merklen et le docteur Derot.

Le programme détaillé du congrès sera publié ultérieurement.

Les naissances en Allemagne. — Il est né en Allemagne en 1936, 14.700 enfants de plus qu'en 1935, soit 1.276.000 enfants vivants. L'administration estime ce chiffre inférieur de 12 % au nombre nécessaire pour le maintien de la race. (*Le Temps.*)

Nécrologie. — Le docteur Emile Planque, ancien interne des hôpitaux, à Paris.

REVUE GENERALE

La CHIMIOTHÉRAPIE de la GONOCOCCIE

Par le docteur MARCEL PARIENTÉ
Assistant à l'hôpital Saint-Antoine

La multiplicité des substances chimiques utilisées jusqu'à l'heure actuelle dans le traitement de la blennorragie et de ses complications locales et générales, montre combien la question de la chimiothérapie de la gonococcie est encore loin d'être résolue. Disons tout de suite que si certains produits ont une activité incontestable, ils doivent être réservés soit pour le traitement des complications de la blennorragie, soit comme adjuvants, associés aux lavages ou aux injections vaginales, dans le traitement de la blennorragie aiguë.

L'idée de traiter la blennorragie par des injections intraveineuses a pour point de départ la constatation de Janet en 1912, qui avait remarqué que les malades atteints simultanément de syphilis et de blennorragie et traités par le néosalvarsan, guérissaient plus vite que les autres malades de leur blennorragie. C'est évidemment une méthode séduisante par les buts qu'elle cherche à réaliser : elle permettrait une imprégnation massive de tout l'organisme par opposition à l'action superficielle des lavages ; elle permettrait également une imprégnation durable, chaque miction réalisant un véritable lavage de haut en bas. Enfin la chimiothérapie intraveineuse réaliserait un traitement simple et facilement applicable, évitant au malade l'obligation du traitement journalier, voire biquotidien que lui impose la méthode des lavages. A ces avantages « théoriques » on pourrait opposer, d'une part, l'inconstance des résultats obtenus jusqu'à l'heure actuelle par la chimiothérapie, d'autre part un certain nombre d'accidents de cette méthode, que nous envisagerons plus loin.

*
* *

Après les sels arsénicaux qui, nous l'avons dit, ont été les premiers employés, ce fut le tour du violet de gentiane, vite délaissé, puis du méthyl-phénol-sérum, combinaison phénolique de bleu de méthylène et d'un sérum animal. Cette méthode s'est également peu répandue. Actuellement la liste des produits qui ont été utilisés dans la chimiothérapie de la gonococcie est longue et à côté du sulfarsénol et du novarsénobenzol, du violet de gentiane et du bleu de méthylène il faut inscrire l'uroformine, le permanganate de potasse, le permanganate d'argent, les sels mercuriels, le collargol, etc., etc... Mais deux produits ont surtout retenu l'attention des urologues et sont entrés dans la pratique courante : ce sont, d'une part, le mercurochrome, d'autre part les sels d'acridine.

MERCUROCHROME

C'est après avoir essayé 265 médicaments à l'Institut urologique de Baltimore que Young arrêta son choix sur le mercurochrome. On désigne sous le nom de « mercurochrome 220 » la fluorescéine dibromée oxymercurique. Ce corps se présente sous forme de cristaux noirs à reflets verdâtres, solubles dans l'eau en donnant une solution rouge cerise. Antiseptique, d'une très grande puissance bactéricide (*in vitro* le gonocoque est tué en sérum salé par une solution à 1 pour 80.000), le mercurochrome est non irritant, non caustique et ne coagule pas les albumines. Son pouvoir de diffusion et de pénétration dans les tissus est très marqué : Motz cite le cas d'un malade atteint d'urétrite à microbes banaux présentant une littrite abcédée et fistulisée dans l'urètre, auquel on fait une injection intra-urétrale de mercurochrome ; quarante-huit heures après, l'expression de l'abcès fait sourdre par l'urètre une sérosité purulente rouge, témoin de la pénétration du mercurochrome dans la cavité suppurée.

La technique est simple. On emploie des solutions à 1 % ou 2 % qu'on injecte à la dose de 10-25 cc., soit par voie intra-veineuse, soit par voie intra-urétrale. Certains auteurs, Ernest Rupel en particulier, emploient des solutions plus fortes (3 à 6 %) ; enfin le mercurochrome peut être employé isolé ou associé à d'autres traitements, injections d'argyrol à 25 % par exemple. Son seul inconvénient est d'occasionner des taches rouges assez difficiles à enlever sur la peau, très tenaces sur le linge et qui nécessitent de grandes précautions lors de l'application du traitement. On a signalé dans des rares cas lorsque le produit est employé par voie intra-veineuse, des réactions légères, fièvre, nausées, frissons. De toutes façons les inconvénients sont minimes et ne constituent nullement une contre-indication de la méthode.

RESULTATS

Voici un aperçu des résultats obtenus par Young en injectant par voie veineuse 10-25 cc. de la solution à 1 % : sur 16 cas aigus ou chroniques, 12 guérisons en 4 injections. De très bons résultats ont été obtenus sur 12 cas de rhumatisme, 12 d'épididymite, 40 de prostatite chronique, 2 de cystite, 8 de synovite. Citons un cas de blennorragie antérieure aiguë, datant de huit jours, guéri par une seule injection en 24 heures.

En France une importante étude a été publiée dans ces dernières années par Ch. Motz, qui a utilisé des solutions de mercurochrome à 2 % en injections intra-urétrales. Voici les résultats qu'il a obtenus :

a) *Sur 22 malades* atteints *d'urétrite antérieure gonococcique aiguë récente :* 16 guérisons et 6 échecs. Les guérisons ont été obtenues après 11-27 jours de traitement ; comme échec il considère tout malade qui, au cours du traitement, a fait une urétrite postérieure ou chez lequel le mercurochrome n'a pas amené une guérison suffisamment rapide. Remarquons que sur les 16 malades guéris, 8 s'étaient présentés dans des conditions favorables pour tenter un traitement abortif, et que pour ces cas seulement le mercurochrome ne semble présenter aucun avantage sur l'argyrol ou le permanganate.

b) *Sur 11 malades* atteints *d'urétrite gonococcique*

rebelle dont la résistance au traitement semble due à des lésions de l'urètre antérieur et qui ont été soumis à un traitement mixte (lavages au permanganate associés aux injections de mercurochrome) : 4 échecs et 7 guérisons complètes après 10-12 séances.

c) Dans quelques cas *d'urétrite gonococcique totale* aiguë récente le traitement au mercurochrome ne semble pas donner des résultats supérieurs au traitement par le permanganate.

En résumé, nous pouvons dire que le mercurochrome peut être considéré à l'heure actuelle comme un bon médicament dans la thérapeutique de la blennorragie et qu'il a son indication majeure dans les urétrites rebelles, localisées à l'urètre antérieur. Il constitue un bon adjuvant dans les urétrites totales, mais ne doit pas remplacer les grands lavages.

Enfin, nous remarquerons, à propos du traitement par le mercurochrome, qu'il peut parfois être difficile de préciser le moment exact où on doit arrêter le traitement et mettre le malade en observation ; en effet, si dans un certain nombre de cas la sécrétion tarit complètement, dans d'autres cas elle persiste, présentant macroscopiquement un aspect séropurulent alors que le malade est déjà guéri. Si à 2 examens successifs, l'examen de cette sécrétion montre l'absence de gonocoques, on est en droit de penser qu'il s'agit d'une urétrite chimique qui disparaîtra généralement en 48 heures si on arrête le traitement.

LES SELS D'ACRIDINE

Les sels d'acridine constituent, en réalité, les produits les plus employés dans la chimiothérapie de la gonococcie. Le premier de ces sels fut découvert par Benda en Allemagne comme trypanomicide ; on lui donna le nom de *trypaflavine*. Expérimentée ensuite par de très nombreux auteurs (Ehrlich, Browning, Gulbrausen, Kennaway, etc...) elle ne fut utilisée par voie intra-veineuse qu'en 1918, par Bohland. Bientôt, dans tous les pays, la trypaflavine fut utilisée avec succès comme antiseptique général au cours de la grippe, des méningites et des septicémies. Ce n'est qu'en 1920 qu'elle fut utilisée par Brück dans le traitement de la gonococcie. En France, ce fut seulement en 1925 que Jausion expérimenta largement les sels d'acridine et mit au point une méthode acridinothérapique de la blennorragie. Ce fut le point de départ de nombreux travaux français.

Les sels d'acridine sont nombreux et voisins : *Trypaflavine* et *Acriflavine* (chlorhydrate du chlorure 3, 6 diamino, 10 méthylacridine), *Gonacrine* (chlorure de 3, 6 diamino, 10 méthylacridine), le *Flaviride*, le *Rivanol*, la *Rubacrine*, le *Brun d'Acridine*, etc... Ils dérivent tous de l'acridine, carbure aromatique existant dans le goudron de houille. L'Acridine est à l'état pur un corps cristallisé, incolore, tandis que tous ses sels employés en thérapeutique sont des colorants jaunes.

La Gonacrine est de tous les sels d'acridine celui qui est certainement le plus utilisé en France. Elle se présente sous la forme d'une poudre brune, très soluble dans l'eau et donnant des solutions jaune-vert, fluorescentes. Son pouvoir bactéricide *in vitro* est extrêmement élevé, elle a un pouvoir antiseptique 800 fois plus élevé que le phénol et 600 fois plus élevé que le protargol vis-à-vis du gonocoque. (Il est d'ailleurs démontré, par les expériences de Barbellion sur le colibacille que ces propriétés antiseptiques sont modifiées et diminuées au contact des protéines de l'organisme.)

La gonacrine est utilisée soit pour de grands lavages en solution à 1 pour 4.000, soit en injections intra-veineuses en solution à 2 %. On fait tous les deux jours des injections de 5 cc., le nombre des injections n'étant limité que par la durée de la maladie. Jausion conseille d'effectuer dans la seringue un brassage avec le sang du malade dont on aspire quelques centimètres cubes avant d'injecter le mélange. Pour d'autres auteurs, ce brassage est inutile, mais l'injection doit être lente. En général, pour la majorité des auteurs, une quinzaine d'injections doit être suffisante ; il est rare en effet que la guérison survienne à la suite d'un traitement plus prolongé. Les autres sels d'acridine sont moins utilisés en France.

Pour certains auteurs (E. Charron) le brun d'acridine serait moins toxique que les autres. Il est employé en injections intra-veineuses quotidiennes (100 cc. de la solution à 5 pour 1.000). Quel que soit le sel d'acridine employé nous rappellerons qu'il peut être employé isolé, ou associé aux grands lavages, ou encore associé à d'autres produits tels que bleu de méthylène, santal, etc... Enfin le mécanisme d'action de l'acridine serait pour Barbellion limité à un simple lavage des voies urinaires à chaque miction par une substance antiseptique ; en effet, ni chez l'homme dans les sécrétions urétrales, ni chez la femme dans les sécrétions du col utérin on n'a jamais trouvé des traces des sels d'acridine. Nous reviendrons sur l'action générale possible de la gonacrine à propos de certains incidents du traitement et de son pouvoir photosensibilisateur.

RESULTATS ET INDICATIONS DE L'ACRIDINOTHERAPIE

Le professeur Jausion apporte dans sa statistique des résultats très intéressants. Sur 165 gonococcies aiguës ou chroniques, il obtient 153 succès dont : 23 en moins de 5 injections, 43 en 5 à 10 injections, 66 en 10 à 20 injections, 13 en 20 à 25 injections, 8 en 25 à 40 injections. Les 12 échecs sont survenus chez des malades qui ont abandonné le traitement autour de la 20e injection. Le professeur Jausion tire les conclusions suivantes : « sur les blennorragies de première « invasion et prises au début, il y a abortion de la « 1re à la 6e injection. Le gonocoque disparaît sou- « vent au bout de 24-48 heures. A partir du 3e jour, « la guérison de la maladie est plus longue à obtenir. « Il faut en moyenne 15 à 20 injections pour attein- « dre son but ».

Les nombreux expérimentateurs qui suivirent Jausion n'obtinrent pas les mêmes succès. Barbellion rapporte 47 cas, traités à la Clinique urologique de l'Hôpital Necker ; il obtint 5 succès et 42 échecs. Les 5 guérisons complètes furent obtenues en moins de 12 injections et le plus beau cas guérit en 9 injections.

Pour d'autres auteurs (De Berne, Lagarde), la gonacrine met le malade à l'abri des complications, calme rapidement les phénomènes douloureux et a une action plus marquée sur l'urètre postérieur et la vessie. Enfin, grâce à elle, les rechutes sont rares.

Morvan rapporte dans une thèse récente une statistique importante portant sur 665 cas de blennorragie aiguë. Dans 229 cas, la guérison fut obtenue par la gonacrine seule, au bout de 15 à 20 injections. Dans 117 cas, le succès fut relatif ; en effet, ces malades présentaient à la fin de leur série d'injections de gonacrine un écoulement minime sans gonocoques ou avec gonocoques altérés et ils guérirent tous en 10-15 jours, soit par lavages, soit par vaccinothérapie. Enfin dans 319 cas échec absolu.

Basé sur ces différentes statistiques, nous pourrions dire que si, à l'heure actuelle, la gonacrine ne constitue pas le traitement de choix de la blennorragie, elle n'en constitue pas moins un excellent médicament d'appoint. Son emploi sera indiqué : dans les cas suraigus au début du traitement, lorsqu'on ne voudra pas entreprendre d'emblée les lavages ; en cas de phénomènes douloureux très accentués ; enfin dans tous les cas où un traitement régulier, journalier par la méthode des grands lavages ne sera pas possible.

Ajoutons que la gonacrine semble avoir un effet sédatif presque immédiat dans les complications locales de la blennorragie (épidydimite, salpingite, etc...) et qu'elle semble également donner de très beaux résultats dans les complications articulaires de la gonococcie. (Adelmann a obtenu de merveilleux succès dans des cas de spondylose rhizomélique et dans des formes polyarticulaires prolongées.) Les contre-indications de la gonacrine sont celles de toute chimiothérapie : âge avancé du malade, fragilité hépatique ou rénale, etc...

INCIDENTS ET ACCIDENTS DU TRAITEMENT ACRIDINIQUE

Localement, l'injection maladroite, extra-veineuse, amène une cellulite douloureuse assez étendue. Les escharres, qui furent parfois observées à la suite de cet incident, semblent rares et dues surtout à une gonacrine mordancée au tanin. Cet incident serait cependant facile à éviter bien que l'injection ne soit pas toujours facile. En effet, après plusieurs auteurs, Barbellion constate un durcissement progressif de la veine après un certain nombre d'injections, durcissement aboutissant chez certains sujets à l'oblitération de la veine, durcissement très net et remontant assez haut dans la veine, inévitable, malgré l'alternance des piqûres, justifiant parfois l'obligation d'arrêter le traitement.

Des incidents surviennent fréquemment au moment même de l'injection. Dans la majorité des cas, les malades se plaignent de bouffées de chaleur, de goût métallique dans la bouche, d'angoisse, de nausées, de vertiges, de palpitations. Mais ces phénomènes sont éphémères et sans gravité. Plus rarement on observe des accidents lipothymiques, pouvant justifier l'arrêt du traitement.

Dans les heures qui suivent l'injection, dans 1 cas sur 100 environ on a pu noter un crochet thermique à 38-38,5. Fréquemment, par contre, on a pu observer des troubles digestifs, mais ces troubles sont en général légers. Pour Barbellion, Paradis et nombreux autres auteurs, l'acridinothérapie entraîne cependant à la longue un état d'asthénie qui peut être assez marqué pour décourager le malade.

Parmi les accidents cutanés de l'acridinothérapie, certains sont banaux et communs aux autres accidents de la thérapeutique chimique : urticaire, érythèmes divers, herpès, etc... Ce sont des accidents d'intolérance individuelle, imprévisibles, et qui cessent dès qu'on arrête le traitement. Un accident cependant est spécial et nous voudrions insister davantage sur lui, c'est le *coup de soleil acridinique*. Ce phénomène se caractérise par une sensibilisation extraordinaire à la lumière solaire et est souvent difficile à éviter malgré les précautions d'usage : injections vespérales, administration par voie buccale de cachets de résorcine à 0 gr. 20 ou association de gonacrine à la pyrocatéchine à la dose de 0 gr. 005 par injection. Si, dans l'immense majorité des cas, le coup de soleil acridinique reste au stade d'érythème, on a pu observer de véritables brûlures de 2e degré. La pigmentation réactionnelle, que l'on observe parfois, serait pour Jausion d'un bon pronostic, elle témoignerait « d'une réserve énergétique propre à créer un état réfractaire ».

A côté des incidents bénins, divers auteurs ont rapporté des cas d'accidents plus graves à la suite du traitement acridinique : accidents rénaux avec albuminurie, augmentation du taux de l'urée dans le sang, hématuries ; accidents hépatiques avec ictère, etc... Tous ces accidents sont entièrement superposables à ceux qu'on observe au cours de la chrysothérapie, des traitements par le novar, bismuth, etc... Ils ne doivent pas entrer en ligne de compte lors de l'institution d'un traitement.

*
**

Après avoir étudié le mercurochrome et les sels d'acridine, qui constituent évidemment la partie la plus importante de la chimiothérapie antigonococcique, nous ne saurions terminer avant d'envisager les autres produits qui ont été utilisés, qui ne constituent certes pas une thérapeutique de fond mais un traitement adjuvant qui mérite d'être retenu.

Les sels d'arsenic, nous l'avons déjà dit, ont constitué la première étape dans le traitement chimique de la blennorragie. Le sulfarsénol est peut-être le sel le plus employé en raison de la facilité de son utilisation. La technique est la même que celle qu'on emploie dans le traitement de la syphilis : injections intra-musculaires de solution de sulfarsénol dans l'eau distillée ou mieux dans du sérum glucosé phéniqué, à doses progressivement croissantes : 0 gr. 06, 0,12, 0,18, 0,24, etc... Hadi rapporte, dans sa thèse, de très beaux résultats obtenus par le sulfar dans des cas d'épidymite accompagnée d'hydrocèle, de prostatite, etc... Le mode d'action du sulfar serait double : une action locale bactéricide, et une action générale favorisant l'hématopoïèse et augmentant les moyens de défense de l'organisme.

Le Méthyl phénol sérum peu utilisé en France a été introduit dans la thérapeutique par le professeur Cajo, de la Faculté de San-Salvador. Le liquide injectable contient 4 % de bleu de méthylène et 0,70 % d'un sérum animal riche en protéines et globulines, mais débarrassé des autres albumines. Ce liquide qui n'est pas toxique pour l'homme aux doses thérapeutiques serait doué d'un pouvoir microbicide spécifique certain et produirait en même temps une hyperleucocytose considérable. On l'emploie en injections intra-veineuses à la dose de 10 cc. tous les deux jours ; la guérison serait obtenue au bout de 10-15 injections, sans traitement local. En France, le bleu de méthylène a été utilisé associé à la gonacrine et à la pyridine. (Jausion, Pecker et Lenègre.)

Le violet à l'iode ou violet de Hofmann est un produit qui a été utilisé récemment par le professeur Jausion, dans la chimiothérapie de la gonococcie, toujours associé aux sels d'acridine. Le professeur Jausion a utilisé des injections intra-veineuses de 5 à 10 cc. d'une solution à 2 pour 1.000. Cette association permettrait une meilleure tolérance des deux produits et donnerait des résultats remarquables. Ce produit est encore trop insuffisamment expérimenté pour que l'on puisse tirer une conclusion quelconque.

Les sels mercuriels ont également été utilisés ; d'abord l'énésol par Bouveyron, puis le sublimé, en injections intra-veineuses dans les complications de la blennorragie.

Les sels d'argent ont été employés et à part les injections intra-veineuses de *collargol* à 40 % utilisées par Sicilia, il convient de signaler une méthode spéciale du professeur Tausard qui associe les injections d'argent aux injections de lait et essaie de détruire les gonocoques en produisant dans l'organisme un véritable choc hémoclasique. Sa technique est la suivante : le même jour, il pratique une injection de lait et une injection d'argent afin d'obtenir un véritable complexe d'argent lipoïdique. Il pratique des injections de 2-5 cc. de lait dans la paroi abdominale et des injections intra-fessières de 2 cc. d'argent. Avec cette méthode l'auteur a obtenu des résultats remarquables dans des cas de prostatite, métrite du col, salpingite, bartholinite, etc., etc...

L'Hexaméthylène tétramine enfin est utilisée en injections intra-veineuses de 5 cc. de la solution à 40 %. Une heure après, on fait un grand lavage au permanganate en augmentant la concentration selon la tolérance de l'urètre.

CONCLUSIONS

Parmi les nombreux produits chimiques utilisés dans le traitement de la gonococcie, la plupart ne constituent qu'une thérapeutique adjuvante, dont l'utilisation doit être limitée à certaines complications de la blennorragie ou dans les cas où le traitement par les grands lavages est impossible. Deux médicaments semblent cependant pouvoir, dans un avenir plus ou moins rapproché, remplacer les grands lavages, ce sont le mercurochrome et la gonacrine qui ont donné aux expérimentateurs de brillants résultats dans un grand nombre de cas.

LES XVIes JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

Pour la seizième fois, les Journées médicales organisées par notre excellent confrère *Bruxelles médical* viennent de réunir en Belgique l'élite des médecins du monde entier. Malgré la concurrence faite à ces Journées par les nombreux congrès qui se tiennent à Paris, à l'occasion de l'Exposition, nos amis belges ont réussi à maintenir à leurs Journées leur éclat habituel, et nous devons en féliciter particulièrement nos chers confrères Léopold Mayer, Raoul Bernard et René Beckers, qui se sont montrés une fois de plus les maîtres de l'organisation.

Cette fois encore, S. M. le Roi Léopold III et S. M. la Reine Elisabeth avaient daigné accorder leur haut patronage à la session, et pour la première fois depuis le deuil cruel qui a frappé le Roi, S. M. a assisté à la séance inaugurale au Palais des Académies.

Cette séance était présidée par M. Arthur Wauters, ministre de la Santé publique. A ses côtés avaient pris place : M. le professeur Dustin, recteur de l'Université et président des Journées ; le baron Houtart, gouverneur de la province du Brabant ; le médecin général inspecteur Sorel, délégué de la France, et de très nombreux délégués, dont le professeur Rathery.

Après le discours d'ouverture du ministre, M. le médecin général inspecteur Sorel parla au nom des délégués des gouvernements étrangers, puis René Beckers donna lecture de son rapport habituel dans lequel, comme de coutume, il sut évoquer les questions professionnelles les plus actuelles.

Enfin, après le discours du président, M. Albert Dustin, la parole fut donnée à M. Alexis CARREL, prix Nobel, directeur du département des recherches médicales au Rockfeller Institut de New-York.

Le sujet de la conférence de notre illustre compatriote et ami, fut : « Le rôle futur de la médecine ». Cette conférence qui obtint un éclatant succès sera publiée prochainement par *Bruxelles médical*, nous ne pouvons nous risquer à la déflorer.

Dès le lendemain commencèrent les conférences habituelles. On entendit successivement : MM. de Busscher (Gand) ; Pierre Combemale (Lille) ; Sorel (Paris) ; Langelez (Bruxelles) ; Brull (Liége) ; Danielopolu (Bucarest) ; Grégoire (Paris) ; Pautrier (Strasbourg) ; Saloz (Genève) ; Rocco Jemma (Naples) ; Pittaluga (Madrid) ; Marx (Luxembourg) ; Mathieu Pierre Weil (Paris) ; sir Joseph Barcroft (Cambridge) ; Sillevaerts (aéronautique belge) ; Dustin (Bruxelles) ; Simonart (Louvain) ; Loicq (Bruxelles) ; Rathery (Paris) ; Danis (Bruxelles) ; Woringer et Weiss (Strasbourg) ; Oljenick (Amsterdam) ; J. de Fourmestraux (Chartres) ; Lépinay (Casablanca) ; Jeanneney (Bordeaux) ; Veraguth (Zurich).

Il faudrait encore citer toutes les intéressantes séances opératoires dans les hôpitaux de Bruxelles et les visites de clinique qui donnent tant d'intérêt aux Journées.

Comme d'habitude, le bourgmestre, M. Adolphe Max, et le collège des Echevins offrirent aux congressistes un brillant raout dans le merveilleux hôtel de ville de Bruxelles.

Une soirée théâtrale et un banquet officiel permirent une fois de plus aux confrères étrangers de goûter la somptuosité et la charmante et émouvante cordialité de l'hospitalité belge.

L'excursion classique eut lieu enfin au canal Albert, au barrage de Monsin et à la grande tranchée de Caster dont les berges ont 65 m. de haut. On visita enfin les Charbonnages de Limbourg (Meuse) et leurs remarquables œuvres sociales.

Les Journées médicales de Bruxelles en 1938, *auront lieu les* 16, 17, 18 *et* 19 *avril pour coïncider avec les célèbres Floralies de Gand.*

F. L. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 JUIN 1937)

Action du corps thyroïde sur le thymus. — MM. Georges CARRIÈRE, P.-J. GINESTE et Emile LAINE.

(SÉANCE DU 5 JUILLET 1937)

Etude mathématique de la cinélyse. — MM. Maurice VILLARET, Henri BÉNARD, Louis JUSTIN-BESANÇON et Mlle Andrée ABADI. On entend par cinélyse l'étude de la cinétique de l'hémolyse *in vitro*. Cette étude, réalisée grâce au photomètre de Vernes, Bricq et Yvon, permet de définir ce que les auteurs appellent la *sensibilité globulaire* : le nombre de globules détruits pour une variation infiniment petite de concentration saline ; cette sensibilité étant d'autant plus grande que le nombre de globules détruits pour cette variation est plus grand.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 20 JUILLET 1937)

M. le PRÉSIDENT fait part de la mort de M. Henri-Lucien de Beco, de Liége, correspondant étranger depuis 1933 dans la 1re division (médecine et spécialités médicales).

M. F. TERRIEN donne lecture d'une émouvante notice sur M. de Lapersonne, membre titulaire, récemment décédé.

La contagion tuberculeuse chez les enfants dans le groupe familial. — MM. F. BEZANÇON, P. BRAUN, Mme FREY-RAGU et M. CHRISTIAN-PAUL. L'observation prolongée des enfants de tuberculeux dans le groupe familial, en particulier celle des enfants appartenant à des familles nombreuses, permet de se rendre compte de la vraie physionomie de l'infection tuberculeuse pendant les premières années de la vie.

Elle confirme tout d'abord l'extrême fréquence de la contamination en milieu familial tuberculeux, mais montre la diversité extrême des manifestations qui résultent de cette contamination, le peu de fréquence relative des formes graves à cette période de la vie, l'extrême fréquence des petits états morbides mal caractérisés, se traduisant par des adénites, des bronchites à répétition et surtout par une déficience de l'état général, le très grand nombre des cas, enfin, où il n'y a ni signes cliniques, ni signes radiologiques et où l'infection ne se traduit que par une cuti-réaction positive. Elle montre enfin un fait sur lequel on n'a pas assez attiré l'attention : la fréquence relative de cuti-réactions négatives qu'il vaudrait mieux appeler des cutis nulles, dans des milieux de grande contamination et de conditions hygiéniques souvent mauvaises.

Les auteurs insistent sur ce qu'il y a de paradoxal dans cette absence de toute contamination apparente pour certains enfants, comme pour l'autre conjoint, dans un milieu de grande contamination et sur l'intérêt du virage tardif de la réaction tuberculinique, alors que les causes de contamination existaient depuis la naissance.

L'histoire complète de 10 familles nombreuses, de 5 à 8 enfants, suivies pendant 10 à 15 ans, leur montre que la tuberculose-maladie n'atteint spécialement ni les aînés, ni les plus jeunes, que c'est au hasard qu'elle semble frapper.

En terminant, les auteurs insistent sur le rôle du médecin de famille ou de dispensaire qui est considérable et doit consister non seulement à supprimer ou à limiter la contagion, en assurant la prophylaxie à domicile, mais à laisser systématiquement en surveillance le groupe d'enfants.

Le nourrisson après contact tuberculeux. — MM. F. BEZANÇON, P. BRAUN, Mme FREY-RAGU et M. ARRIBEHAUTE rapportent une étude détaillée de 131 observations de nourrissons hospitalisés à la crèche Landouzy, ayant subi un contact relativement passager, mais souvent intensif avec un parent tuberculeux.

Sur ces 131 nourrissons : 35 sont morts, dont 13 de tuberculose évolutive confirmée ; 20 présentent une cuti-réaction positive et des signes indiscutables de tuberculose plus ou moins accentuée ; 30 ne présentent que des réactions tuberculiniques positives ; 46, et c'est là le point sur lequel les auteurs insistent d'une façon particulière, ne réagissent pas à la tuberculine, malgré un contact familial certain.

Sur ces 46 observations, les auteurs n'en conservent que 36, où de nouvelles cuti-réactions ont pu être faites au Placement familial des Tout-Petits, par MM. Debré et Lelong.

Sur ces 36 nourrissons, 9 avaient été exposés à un contact indiscutablement intense et prolongé.

Ces observations confirment celles apportées par Ribadeau-Dumas, par Léon Bernard et Paraf de formes curables, et celles de Debré et Jouannon de formes dites florides. Elles montrent qu'il faut faire une place à côté de la forme grave à des états tuberculeux plus favorables.

Elles montrent combien il est difficile d'apprécier la gravité d'un contact : les formes graves correspondent souvent à des contacts assez courts, mais richement bacillifères.

Elles montrent enfin, surtout dans les conditions actuelles du chômage, combien le père est souvent presque autant que la mère, l'agent de la contamination.

La signification des cuti-réactions nulles et des virages tardifs de la réaction. — MM. F. BEZANÇON, P. BRAUN, Mme FREY-RAGU et Mlle RAYMOND s'attachent surtout à mettre en vedette le virage tardif des réactions tuberculiniques en milieu contaminé. Ils en rapportent 14 observations ; ils notent avec quelle fréquence on trouve, au moment de ce virage, un incident, opération, traumatisme, incident pulmonaire aigu, surmenage, changement de vie ; le virage est noté plusieurs fois très peu de temps après la mort du contaminateur, comme l'apparition de la tuberculose évolutive dans les cas de tuberculose conjugale.

Les auteurs montrent que si dans quelques observations on a pu incriminer une contamination nouvelle, effectuée en dehors du milieu familial, le plus souvent on ne trouve aucune trace de celle-ci. Ils considèrent qu'on fait une trop grande place à ce qu'on appelle les contagions tardives et qu'hypothèse pour hypothèse, il est plus logique d'admettre qu'il peut se produire une période d'infection tuberculeuse à minima, avec virage tardif prolongé, sous l'influence de causes secondes, comme on l'admet pour le réveil des tuberculoses latentes.

Du point de vue pratique, d'ailleurs, cette conception est susceptible de modifier profondément l'orientation thérapeutique ; qu'il s'agisse d'une contamination nouvelle ou de l'extériorisation récente d'une infection ancienne, il y a état nouveau pouvant conduire à la tuberculose évolutive, et nécessité d'une surveillance étroite et systématique de l'individu.

Traitement de la lèpre par le tellure. — MM. E. MARCHOUX et V. CHORINE. Le tellure arrête le développement de la lèpre murine. Au bout de quinze mois, des rats traités ne portaient que des lésions peu étendues, alors que chez les témoins, l'infection avait pris une extension considérable. Appliquée à l'homme, cette médication supprime les douleurs, amène l'affaissement des lépromes et des boursouflures de la peau. Elle présente cependant quelques in-

convénients : les malades répandent une forte odeur alliacée, les cheveux poussent décolorés, les lésions cutanées se colorent en noir et la peau prend une teinte grisâtre.

Hormones sexuelles. — MM. Champy, Heitz-Boyer et Coujard ont étudié le mécanisme de la dysurie dans l'hypertrophie prostatique et montré que les hormones agissent sur cette dysurie en provoquant un relâchement des fibres lisses du sphincter de la vessie, dont un œdème de la gaine des vaisseaux du col de la vessie est le témoin histologique visible.

Résultats éloignés de la prémunition contre la tuberculose par le BCG. — MM. L. Sayé et B. Weill-Hallé ont examiné un groupe de 116 enfants parisiens vaccinés par Weill-Hallé par voie digestive à la naissance avec le vaccin antituberculeux de Calmette-Guérin pendant les années 1922-1927, et ils ont comparé les résultats avec ceux d'un autre groupe de 119 enfants nés les mêmes années et ayant vécu à Paris comme les vaccinés. Au bout de 10-15 ans, à l'exception d'un enfant, tous les autres vaccinés ont eu les réactions à la tuberculine positives. La comparaison des radiographies des enfants des deux groupes allergiques montre chez les non vaccinés des lésions de primo-infection et de surinfection, active et en état de régression partielle en nombre relativement important, tandis que chez les vaccinés il est minime. Le rôle de ces lésions dans l'origine de la phtisie étant démontré, on peut conclure à l'efficacité du BCG pour la prophylaxie de la phtisie de l'adulte. Il est à noter que 13 % des enfants nés en milieu sain ont été ultérieurement exposés à la contagion massive. Il y a donc tout intérêt à employer le BCG autant que possible à la naissance et aussi chez les enfants et jeunes adultes pour les rendre allergiques et les protéger des risques de l'infection naturelle qui représente un danger éventuel pour l'avenir immédiat et éloigné.

L'anesthésie générale et régionale chez les gazés suffoqués : étude expérimentale sur le chien intoxiqué au phosgène. — M. Chambon et Mlle Périer.

Modifications sanguines au cours des hypotensions artérielles. — MM. Langeron, Paget et Ledieu.

Etude de la poliomyélite dans le département de Maine-et-Loire, au cours des années 1930 à 1937. — M. Souvestre.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 1er MAI 1937)

Procédé pour la mesure du temps de coagulation du sang. — M. A. Grimberg décrit un nouveau procédé de mesure du temps de coagulation du sang, consistant en la recherche avec la pointe d'une aiguille du moment où un fil de fibrine peut être entraîné par celle-ci.

Essais de vaccination du cobaye par des bacilles humains et bovins de virulence atténuée et par des bacilles aviaires. — MM. A. Boquet et R. Laporte. Les bacilles tuberculeux des types humain et bovin atténués confèrent au cobaye une immunité spécifique d'autant plus nette que l'affaiblissement de leur virulence est moins marqué.

Des souches de bacilles aviaires ont donné des résultats plus médiocres.

La résistance que produit l'inoculation de bacilles humains ou bovins atténués est beaucoup plus solide que la résistance produite par les bacilles morts. Mais, comme celle-ci, elle ne se traduit que par un retard dans l'apparition et la généralisation des lésions d'épreuve.

Essais de vaccination du lapin contre la tuberculose par des bacilles humains virulents ou atténués, des bacilles bovins atténués (B C G), des bacilles aviaires atténués et des bacilles morts. — MM. A. Boquet et R. Laporte. Le B C G, les bacilles humains vivants et, dans une moindre mesure, les bacilles bovins du type lisse, tués par la chaleur, augmentent la résistance du lapin contre la tuberculose. Mais, comme chez le cobaye, dans les mêmes circonstances, ce renforcement ne se traduit que par un retard de la généralisation et un ralentissement de l'extension des foyers viscéraux.

Les bacilles humains atténués (R 1) et les bacilles avirulents du type aviaire se sont montrés moins efficaces.

Les lapins vaccinés par voie trachéale avec des bacilles bovins tués, du type rugueux, n'ont fait preuve que d'une médiocre résistance à la surinfection par la même voie.

Contribution expérimentale à la technique des hémocultures par dilution du sang en bouillon. — MM. A. Grimberg, S. Mutermilch et E. Agasse-Lafont. Lorsque le sang d'une septicémie ne contient que des anticorps normaux, si ce sang est riche en germes, le résultat d'hémoculture peut être positif, même si l'on ne fait qu'une dilution faible en bouillon. Mais quand le nombre de germes est restreint, une dilution plus étendue est nécessaire.

Par contre, lorsqu'il y a déjà apparition d'anticorps formés au cours de l'infection, leur présence peut nécessiter une dilution beaucoup plus étendue.

Etant donné l'utilité, démontrée en particulier par les recherches de Widal, Abrami et Brulé, d'ensemencer au moins 10 cc. de sang, c'est donc dans 2 litres de bouillon ou davantage que cet ensemencement devrait être fait.

Sur l'intervention du poumon dans le métabolisme azoté. — MM. Léon Binet et M. Burstein. Dans une préparation de poumon isolé, perfusé et ventilé, la peptone ajoutée au sang de la circulation artificielle se trouve modifiée du fait de son passage dans le poumon. Le plasma du sang peptoné ayant perfusé un poumon présente une atténuation de son pouvoir hypotenseur, par rapport au plasma du sang peptoné témoin.

L'embolie gazeuse cérébrale : ses effets circulatoires locaux. — MM. Maurice Villaret, R. Cachera et R. Fauvert distinguent deux formes de l'embolie gazeuse cérébrale :

1° L'embolie gazeuse sans arrêt circulatoire ;

2° L'embolie gazeuse avec arrêt circulatoire. Tout le système artériolaire est alors vide de sang ; les artérioles remplies d'air offrent des parois d'une transparence parfaite, semblables à du verre. Les veines, au contraire, restent remplies de sang et contrastent avec les artérioles. La durée de l'arrêt circulatoire est variable.

Les auteurs n'ont observé aucune réaction constrictive des parois artériolaires au cours de l'embolie gazeuse.

Les auteurs soulignent particulièrement ce fait ; ils l'opposent à l'existence des spasmes atrériolaires profonds qu'ils ont récemment décrits dans l'embolie cérébrale expérimentale par un corps solide. L'embolie gazeuse, n'entraînant pas de réaction vaso-motrice, semble au contraire réaliser un simple blocage mécanique, une obstruction des vaisseaux cérébraux par l'air, qui provoque l'arrêt circulatoire et une ischémie plus ou moins prolongée des tissus nerveux.

Election. — M. Allorge est élu membre titulaire.

(SÉANCE DU 8 MAI 1937)

Dispersion des bacilles de surinfection inoculés par voie intradermique chez les cobayes préparés avec des bacilles tuberculeux morts enrobés dans l'huile de vaseline. — M. A. Saenz démontre que les réactions d'hypersensibilité qui caractérisent l'état allergique ont présenté chez les cobayes, préparés avec des bacilles morts enrobés dans l'huile de vaseline, et éprouvés avec des bacilles virulents par voie

intradermique, les mêmes caractères et le même degré d'intensité que ceux qui ont été observés par d'autres auteurs, chez les animaux préparés avec des bacilles de Koch vivants et virulents.

En outre, comme l'a montré l'ensemencement des organes, le transit des germes de surinfection est sensiblement retardé par rapport à ce qu'on observe chez des cobayes primo-infectés avec des bacilles tuberculeux d'origine humaine ou bovine.

Contribution à l'étude expérimentale des sérums antigonadotropes. — MM. R. Demanche, G. Laroche et H. Simonnet ont préparé chez le lapin un sérum antigonadotrope par injection d'un extrait gonadotrope. Le plasma des animaux traités empêche l'extrait gonadotrope d'exercer son action hypertrophiante sur les vésicules séminales de la souris mâle impubère. Or ils ont constaté par les réactions de fixation que le pouvoir neutralisant antigonadotrope développé ainsi dans le sang des lapins ne s'accompagne pas nécessairement de propriétés sensibilisatrices capables de fixer le complément sur cet extrait.

Action du vieillissement sur le pouvoir anticomplémentaire du sérum humain. — MM. L. Nattan-Larrier, L. Grimard et J. Dufour. Le sérum humain conservé au frigidaire acquiert rapidement un pouvoir anticomplémentaire qui est très marqué mais peut disparaître par le chauffage. Ces sérums vieillis peuvent, dans les deux tiers des cas, après avoir été portés à 60°, être employés pour la réaction de Bordet-Gengou.

Action combinée de la chaleur et du vieillissement sur le pouvoir anticomplémentaire. — MM. L. Nattan-Larrier et L. Grimard. Les sérums humains qui, après chauffage, ont acquis le pouvoir anticomplémentaire le perdent pour la plupart au bout d'un temps variable, lorsqu'on les laisse vieillir au frigidaire. Le pouvoir anticomplémentaire de ces sérums peut, d'ailleurs, reparaître ultérieurement. On doit éviter d'employer ces sérums pour la recherche de la réaction de fixation du complément.

Histophysiologie des lipides pulmonaires. Cycle digestif des lipides chez le chien. — MM. Léon Binet, Jean Verne et Jean-Louis Parrot ont étudié l'aspect histochimique des lipides pulmonaires chez le chien après un repas riche en graisse, et après l'introduction par une sonde gastrique d'une quantité connue d'huile d'olive. Dans les deux cas, ils ont constaté l'apparition précoce d'une soudanophilie des petites bronches en forme de secteur ; puis l'accumulation de lipides dans les cellules rondes ; enfin la surcharge de ces cellules et des épithéliums bronchiques en substances colorées par la réaction de Feulgen-Verne. Dans ce cycle digestif, les auteurs insistent sur le premier stade et soulignent l'intérêt de cet émonctoire bronchiolique des lipides.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 4 JUIN 1937)

Insulino-résistance prolongée et radiothérapie hypophysaire. — MM. Rathery et Froment.

Coma acidosique, accidents hypoglycémiques, intérêt des variations nycthémérales de la glycémie pour la répartition des doses d'insuline. — MM. Caroli et Ramberg. Homme de 28 ans, entre à l'hôpital dans le précoma acidosique ; à la fin du traitement approprié survenue d'un accès d'hypoglycémie. Réapparition des accidents au cours des essais faits pour équilibrer le régime et la quantité journalière d'insuline. La courbe des glycémies change d'aspect quand au même régime on ajoute 80 unités d'insuline, injectées en trois fois avant les repas. En distribuant les injections d'une façon équidistante dans le nycthémère, l'état général se transforme, les accidents oculaires disparaissent et la dose d'insuline peut être diminuée de plus de moitié.

Erythrémie au cours d'une infection prolongée à « Bacillus perfringens ». — MM. Lemierre, Laporte, Reilly et Laplane. Malade après une cure radicale de hernie, présente de la fièvre, de l'ictère, de l'azotémie et un météorisme accentué. Apparition plus tard d'un foyer périrectal. Dix-huit mois plus tard, apparition sur divers points des téguments de points douloureux avec ecchymoses locales. D'une bulle hématique au centre des ecchymoses, on isola un B. perfringens, très hémolytique. Avec la découverte de ce germe, on constata l'augmentation du nombre des globules rouges et une hypertrophie de la rate. Le B. perfringens a dû jouer un rôle dans la production d'hépato-néphrite post-opératoire.

Cancer métastatique du testicule, gynécomastie, étude hormonale. — MM. Bergeret, Caroli, Millot et Simonnet. Le diagnostic fut fait grâce à la biopsie d'un ganglion cervical. La tumeur testiculaire ne devint manifeste que quelques semaines avant la mort, en même temps qu'apparaissait une double tuméfaction mammaire. Il s'agissait d'un adénofibrome. A l'autopsie, on constata que la tumeur du testicule était un séminome pur.

Phlébectasies abdomino-thoraciques par oblitération de la veine cave inférieure vérifiée par phlébographie. — MM. Flandin, Poumeau-Delille, Reboul et Bourrain.

Traitement de la mélitococcie. Injection de mélitine. — MM. Decourt et Katz attirent l'attention sur la valeur des injections intra-musculaires de mélitine dans le traitement des brucelloses. En l'absence de réaction de choc, les auteurs estiment que la mélitine a une action spécifique.

Coma diabétique mortel insulino-résistant. — MM. Rathery, Froment et Bachman. Sujet atteint de coma diabétique avec glycémie de 10 gr. 80, qui succomba, bien qu'il fût traité de façon intense par une dose de 1.470 unités d'insuline en moins de 24 heures. Dans ce cas, réaction de Gerherdt négative, réaction de Legal-Denigès faiblement positive ; réserve alcaline très basse ; après injection de sérum hypertonique chloruré, la glycémie baissa. A l'autopsie, constatation d'une grosse dégénérescence graisseuse du foie.

Gynécomastie bilatérale avec atrophie des testicules. Etude hormonale. — MM. Monier-Vinard, Cari, Droit et Brunel. Le dosage des hormones mâle et femelle par action des extraits urinaires sur les animaux a montré une diminution importante de l'hormone mâle et une influence des injections d'acétate de testostérone.

(SÉANCE DU 11 JUIN 1937)

Calcifications anormales des cartilages costaux dans un cas d'ostéomalacie sénile. — MM. Guillain et J. Lereboullet. Radiographies montrant des images de dépôts calcaires importants au niveau des cartilages costaux ; radios faites chez une malade atteinte d'ostéomalacie sénile avec cyphose douloureuse, diminution de la taille, tassement des corps vertébraux, intégrité des os des membres et du bassin. Cet aspect des cartilages costaux peut s'expliquer par la mobilisation massive du calcium de certains os se décalcifiant, suivie d'une fixation élective du calcium dans d'autres points de l'organisme. L'auteur croit qu'il s'agit d'un cas unique.

Syndrome de Milkman. Considérations nosographiques. — MM. Guillain, Lereboullet et Auzepy. Malade de 55 ans soumise à un régime alimentaire carencé, chez laquelle des radiographies ont montré sur l'ensemble du squelette des fentes linéaires symétriques des branches ischio-pubien-

nes, donnant l'impression de fractures. Les images disparurent avec la reprise d'un régime normal et une thérapeutique par les vitamines. Cet aspect a été décrit par Milkman en 1934 et par Dal Acqua en 1935. Les auteurs croient que ces stries spéciales ont été vues incidemment dans des cas d'ostéomalacie d'ostropathies de carence.

Tuberculose pulmonaire du type adulte après virage de la cuti-réaction chez de jeunes adultes. — MM. J. TROISIER, BARIÉTY et NILO signalent l'apparition de lésions pulmonaires ulcéro-caséeuses malignes sans adénopathies médiastinales, chez des sujets venant de présenter le phénomène du virage de la cuti-réaction à la tuberculine. Il s'agissait en l'espèce de jeunes filles, originaires de la campagne, transplantées à Paris, dont la cuti-réaction contrôlée était restée négative.

L'apparition d'érythème noueux, d'arthrite médio-tarsienne et de méningite terminale, vint donner la signature clinique de la diffusion du virus. Il dut s'agir de contamination récente. Cette communication amène une intéressante discussion à laquelle prennent part MM. Rist, Armand-Delille, Bernard, Flandin, Crouzon, Béclère et Milian. Ce dernier fait remarquer que l'emploi de lupiques comme infirmières à Saint-Louis est d'une mauvaise prophylaxie.

Apparition des réactions spléno-pneumoniques chez l'enfant tuberculeux. — MM. ARMAND-DELILLE et WOLINETZ. Les auteurs ont observé la survenue de spléno-pneumonies curables chez des sujets porteurs d'ombres de primo-infections calcifiées. Ces manifestations peuvent être rapprochées des cas d'érythème noueux qu'on observe tardivement chez des sujets présentant une primo-infection ancienne.

Paralysie partielle unilatérale des nerfs craniens consécutive à des métastases d'épithéliomas cutanés. Action de la radiothérapie. — M. LÉCHELLE, MIGNOT, PERROT et VINCENT.

Echinococcose hépatique multisacculaire. Echinococcose pulmonaire métastatique et tuberculeuse. — M. LEVI-VALENSI (Alger).

(SÉANCE DU 18 JUIN 1937)

Hyperpituitarisme et diabète bronzé. — MM. CARNOT et CAROLI.

Cancer de l'estomac au début. Diagnostic radiographique fait à la loupe. — MM. GUTMANN, SÉNÈQUE, BERTRAND et BEAUGEARD. Homme de 65 ans souffrant de l'estomac, chez lequel les clichés montrèrent des images décrites comme marque du début du cancer : niche en plateau dans une lacune, qu'on ne put identifier qu'à la loupe. La gastrectomie fut faite sur la foi du diagnostic pré-opératoire. Il s'agissait d'un épithélioma malin : en ce qui concerne les localisations sur la petite courbure, grâce à la description d'une série d'images radiographiques, la question du diagnostic radiologique précoce du cancer gastrique paraît résolue.

Maladie de Basedow et maladie mitrale associées. Arythmie complète. Thyroïdectomie subtotale. Retour du rythme cardiaque à la normale. — MM. G. DREYFUS, PETIT-DUTAILLIS et LAMOTTE.

Tuberculose infantile et érythème noueux. — M. COMBY. La tuberculose infantile est très fréquente dans les hôpitaux d'enfants : adénopathies trachéo-bronchiques à peu près constantes, lésions pulmonaires avancées. Cette tuberculose des jeunes enfants provient de la contagion familiale et se fait par les voies respiratoires. L'érythème noueux procède à la manière d'une fièvre éruptive, bénigne. Il n'expose pas à une évolution fâcheuse de la tuberculose.

Un cas de xanthomatose osseuse. — MM. LAYANI, DUCROQUET et LAUDAT.

Polynévrite barbiturique. — MM. BOULIN, UHRY et LEDOUX-LEBARD. Polynévrite provoquée par l'absorption de 3 grammes de gardénal. Paralysie localisée au territoire du sciatique poplité externe compliquée de douleurs violentes et d'œdème du pied. Aucune tendance à la régression au bout de 2 mois.

Sclérose en plaques avec syndrome de Cl. Bernard-Horner et Vitiligo. — MM. JONESCO, SISESTI, VASILESCO et PALADE.

Cancer du côlon transverse avec dolichocôlon pelvien et tumeur de Krukenberg. — MM. HALBRON, LENORMAND et JAÏS.

Sclérodermie avec gros troubles de l'ossification. Rôle des parathyroïdes. — MM. LEBON, MANCEAUX et Mlle GEORGES.

Recherches sur les échanges respiratoires dans les sclérodermies. — MM. CORDIER, ENSELME et Mlle NURY (Lyon).

Thérapeutique d'une paraplégie chez un enfant atteint de syndrome de Klippel-Feil. — M. FRANQUET.

LIVRES NOUVEAUX

Physiologie, médecine et chirurgie. — Léon BINET, Paris, 1937, in-8°, Masson, édit., 137 pp.

S'il en est qui font la pause, le professeur Binet ne veut rien avoir de commun avec eux. Il ne connaît que le travail, qui « entre autres avantages, a celui de raccourcir les « journées et d'étendre la vie ». Il lui consacre tous ses instants — et encore quelques autres. Il ne suffit pas à ce grand laborieux d'avoir, depuis la guerre, mené parallèlement deux existences, l'une à la Sorbonne, l'autre, à notre Faculté, d'avoir passé, à celle-là, licence et doctorat, à celle-ci, doctorat et agrégation. Il ne lui suffit ni de diriger, à l'hôpital Necker, un important service, ni de s'occuper, avec M. H. Roger, du *Traité de physiologie normale et pathologique*, ni d'être à l'occasion, et en manière de délassement, l'un des ambassadeurs de la science française. Il ne lui suffit pas de préparer ses leçons avec un soin et de les faire avec un enthousiasme qui lui ont valu d'être, parmi les professeurs, l'un des plus populaires. Il faut encore qu'il éprouve les joies de la découverte. La recherche l'attire. Il a trop médité Claude Bernard pour ignorer que si « l'observation *montre*, l'expérience *instruit* ». Aussi a-t-il déjà attaché son nom, associé à celui de M. H. Roger, à la *lipodiérèse* et à la *lipopexie pulmonaires*, aussi a-t-il eu l'idée, avec MM. A. Gosset et Petit-Dutaillis, de traiter les occlusions intestinales aiguës par les injections de sérum hypertonique. Oserais-je rappeler, avec toute la discrétion désirable, que, s'il avait mis à publier autant de hâte qu'il en met à concevoir, c'est à lui que serait revenu le mérite d'avoir découvert l'insuline ? Aujourd'hui, il nous donne, en une élégante brochure, le résultat de ses études sur les *anémies provoquées*, sur la *fièvre expérimentale*, sur le *pneumothorax*, sur le *glutathion*, sur la *parathyroïde*, sur l'*hyperammoniémie asphyxique*, sur la *motricité urétérale*, sur les *vomissements considérés dans leurs rapports avec le chlore sanguin*, sur diverses *intoxications*, sur le *problème de la réanimation et de l'oxygénothérapie*. Heureux, le lecteur qui, grâce à elles, apprend à penser physiologiquement ! Heureux, les assistants du jeune maître ! Mais plus heureux encore, ses auditeurs chez qui, si bien, il sait allumer une flamme qui désormais ne s'éteindra plus !

L. BABONNEIX.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Le Conseil d'Etat annule l'arrêté mettant à la retraite M. Louis Mourier.* — Le Conseil d'Etat, statuant au contentieux, vient de donner raison à M. Louis Mourier, directeur général de l'Assistance publique à Paris, qui avait attaqué pour vice de forme un arrêté du ministre de la Santé publique, le mettant d'office à la retraite.

Voici le texte de l'arrêt du Conseil d'Etat :

Article premier

« Le décret susvisé du 22 avril 1937 est annulé en tant qu'il soumet le directeur de l'Assistance publique à Paris à la même limite d'âge que les directeurs des établissements nationaux de bienfaisance. »

M. Mourier reste donc en fonctions et c'est tant mieux pour la Ville et pour ses malades.

Hôpitaux d'Algérie. — Un concours sur épreuves est ouvert à Alger, le 13 décembre, pour le recrutement d'un médecin adjoint à l'hôpital de Bougie. La liste d'inscription sera close le 23 octobre 1937.

Un concours sur épreuves est ouvert à Alger, le 10 février 1938, pour le recrutement d'un médecin adjoint à l'hôpital de la Calle. La liste d'inscription sera close le 20 novembre 1937.

Un concours sur épreuves est ouvert à Alger, le 22 novembre 1937, pour le recrutement d'un médecin adjoint à l'hôpital de Philippeville. La liste d'inscription sera close le 2 octobre 1937.

Un concours sur épreuves est ouvert à Alger, le 29 novembre 1937, pour le recrutement d'un médecin adjoint à l'hôpital de Bône. La liste d'inscription sera close le 9 octobre 1937.

Un concours sur épreuves est ouvert à Alger, le 6 décembre 1937, pour le recrutement d'un médecin adjoint à l'hôpital de Sidi-Bel-Abbès. La liste d'inscription sera close le 16 octobre 1937.

Un concours sur épreuves est ouvert à Alger, le 3 novembre 1937, pour le recrutement d'un chirurgien adjoint à l'hôpital d'Orléansville. La liste d'inscription sera close le 13 septembre 1937.

Un concours sur épreuves est ouvert à Alger le 8 novembre 1937, pour le recrutement d'un médecin adjoint à l'hôpital de Douéra. La liste d'inscription sera close le 18 septembre 1937.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction de la Santé publique (Services administratifs), Gouvernement général de l'Algérie, Alger.

Faculté de médecine de Marseille. — M. le professeur Lucien Cornil, professeur de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique, a été nommé doyen à compter du 1er octobre 1937, date de la retraite de M. le doyen Léon Imbert.

Ecole de médecine d'Angers. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, s'ouvrira le lundi 17 janvier 1938 devant la Faculté de médecine de l'Université

de Paris. — Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Ecole de médecine de Besançon. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, s'ouvrira le lundi 17 janvier 1938 devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy. — Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Ecole de médecine de l'Indochine. — Sont nommés : professeur de clinique médicale : M. Charles Massias, agrégé des Facultés de médecine ; professeur de clinique chirurgicale : M. Meyer-May, agrégé des Facultés de médecine ; professeur de clinique obstétricale : M. Daléas, agrégé des Facultés de médecine ; professeur de parasitologie : M. Henri Gaillard, agrégé des Facultés ; professeur d'anatomie : M. Huard, agrégé des Facultés ; professeur de pathologie tropicale : M. Toullec, agrégé de l'Ecole d'application des troupes coloniales de Marseille (chaires créées).

Ministère de la Marine. — Un concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé des Ecoles de médecine navale aura lieu à Toulon, dans le courant du mois de mai 1938, en vue de la nomination d'un titulaire dans la catégorie : Physiologie-médecine.

Académie française. — L'Académie a décerné un prix Marcelin Guérin de 1.000 fr. à M. le docteur Jean Vinchon, pour son ouvrage sur « Mesmer et son secret ».

Hommage au professeur Léon Imbert. — Les élèves de M. le professeur Léon Imbert, doyen de la Faculté de médecine de Marseille, ont décidé de lui offrir une médaille pour commémorer ses 33 ans d'enseignement clinique. Le Comité, qui est constitué sous la présidence de M. le professeur Fiolle, a décidé que tout souscripteur de 100 francs recevrait un exemplaire de la médaille.

Prière d'envoyer les souscriptions par chèque, mandat ou chèque postal (C. C. N° 452-02), à M. J. Paoli, trésorier du Comité, 347, rue Paradis, Marseille.

BULLETIN DES CONGRÈS

Le 28e Congrès de l'Union des Associations d'anciens Elèves des Lycées et Collèges de France se tient en ce moment au Lycée Louis-le-Grand, sous la Présidence d'Honneur de M. Paul Labbé, Vice-Président de l'Alliance Française, et la présidence effective de M. le Professeur Laignel-Lavastine, Membre de l'Académie de Médecine. L'Union représente 215 associations d'anciens élèves représentant plus de 120.000 membres.

Après un rapport de M. Badolle, de l'A. de Lyon, le Congrès a voté la constitution d'une commission interfédérale comprenant des délégués des associations de parents d'élèves, des associations d'anciens élèves et des associations d'anciennes élèves pour l'étude en commun des questions intéressant l'enseignement secondaire.

Parmi les interventions il faut signaler plus particulièrement celles du professeur Laignel-Lavastine, du Dr Deroidde (de Calais), membre du Conseil supérieur, et de M. Maurice Mordagne contre le projet d'orientation professionnelle.

Enfin le Congrès, tout en reconnaissant l'effort d'unification nationale que représente le projet de loi sur la refonte d'ensemble des enseignements du 1er et du 2e degré, émet les vœux suivants :

L'Union des Associations d'anciens élèves,

1° Désireuse de voir conserver son caractère à l'enseignement secondaire, devenu enseignement du 2e degré, lequel a fait ses preuves en formant depuis plus de cent ans les élites de la nation, demande que soit gardé à cet enseignement son esprit, son personnel et son organisation actuels, et que la réforme envisagée soit précisée dans les détails de son application ;

2° Que soient maintenues les classes primaires préparatoires des lycées et collèges ;

3° *D'accord avec nombre d'éducateurs, de médecins et de psychologues qualifiés, repousse, parce que 1° inefficace et 2° dangereuse dans ses conséquences sociales, la création de la classe dite d'orientation.*

Elle rappelle à ce sujet les vœux précédemment votés au Congrès de Strasbourg en mai 1934.

Elle estime, toutefois, que les projets d'aménagement des heures de loisirs ne doivent pas être dirigés uniquement vers le sport et l'éducation physique, mais aussi vers les travaux manuels, qui contribueront à cultiver ou à révéler chez l'enfant des qualités d'observation et d'exécution techniques, également utiles à la pleine réalisation de ses facultés.

L'Association Internationale des Médecins Radiesthésistes (Secrétariat n° 9, rue Etex, Paris 18e) nous fait savoir que le premier Congrès international de Radiesthésie biologique se tiendra à Paris les 14-15-16 octobre prochain, dans le cadre de l'Exposition Internationale.

Programme :

1° Etude radiesthésique des divers domaines biologiques; Biologie végétale ; Biologie animale ; Médecine et thérapeutique.

2° Etude radiesthésique des phénomènes physiques à action biologique (Bio-Physique).

Cotisation individuelle 50 fr. français, donnant droit aux entrées à l'Exposition, aux séances plénières du Congrès, ainsi qu'à des réductions diverses (Chemins de fer, etc...).

Nécrologie. — Le professeur P.-J. Langer, directeur de la clinique pédiatrique de Prague.

— Le professeur Prudencio de Pena, titulaire de la chaire de clinique chirurgicale des Enfants, à Montevideo.

LE BIOTROPISME BISMUTHIQUE

Par M. R. MASSIÈRE
Médecin des Hôpitaux de Bordeaux

A côté des accidents toxiques et d'intolérance déterminés par les médicaments antisyphilitiques se placent les curieuses manifestations du biotropisme.

La notion de biotropisme a été introduite en pathologie par Milian qui en a donné la définition suivante :

Le biotropisme est le processus biologique qui détermine l'apparition de phénomènes infectieux dus au réveil d'un microbisme latent par une influence extérieure.

L'influence extérieure déterminante peut être due à des agents chimiques ou physiques, à des substances organiques ou à des microbes. Le biotropisme chimique dans le traitement de la syphilis a été surtout étudié pour les arsenicaux et en particulier pour les arsénobenzènes. On trouve peu de cas d'accidents biotropiques par le bismuth et cependant le biotropisme bismuthique peut être particulièrement net comme dans l'observation qui suit.

Observation. — Sujet de 62 ans entré à l'hôpital pour un ulcère situé à la face antéro-interne de la jambe droite. Cette ulcération irrégulière de contours et d'aspect sanieux n'a aucune tendance à la guérison par le repos et la détersion par divers médicaments. Les réactions sérologiques Bordet-Wassermann, Kahn, Menicke sont nettement positives.

L'examen complet du malade montre qu'il présente de multiples amyotrophies particulièrement localisées à la ceinture scapulaire et aux masses musculaires des jambes. On note une hyporéflexie nette, il n'existe ni trouble de la sensibilité ni signes de la série tabétique.

En résumé, chez un sujet atteint d'ulcère de jambe syphilitique coexistent des amyotrophies avec diminution des réflexes, traces probables d'une poliomyélite ancienne.

Un traitement bismuthique est institué. A la huitième piqûre, apparition d'albumine dans les urines, puis d'hématurie. On cesse le traitement et l'on voit se dérouler en quelques jours les accidents suivants :

Double parésie des membres inférieurs, puis paraplégie complète avec abolition des réflexes et troubles sphinctériens ; paralysie des muscles des gouttières vertébrales, parésie des membres supérieurs, troubles de la déglutition, troubles respiratoires et mort subite par syncope bulbaire.

Ce tableau neurologique est celui d'une paralysie ascendante du type Landry.

Quelles sont les hypothèses possibles en présence de tels phénomènes ?

a) Accidents toxiques bismuthiques ;

b) Neuro-récidive ;

c) Biotropisme : direct par le tréponème ; indirect par virus neurotrope.

L'atteinte rénale est certainement due à la toxicité du bismuth sur le parenchyme rénal. C'est une néphrite bismuthique. Mais il n'est pas possible d'expliquer le syndrome de paralysie ascendante par une intoxication bismuthique.

Quels sont en effet dans l'état actuel de nos connaissances les accidents nerveux déterminés par le bismuth ? Ce sont l'asthénie, les vertiges, l'hémiparésie passagère et la polynévrite bismuthique (cas de Gaté et Charpy, Soc. Méd. des Hôpitaux de Lyon, 13 janvier 1931). Nous n'avons trouvé nulle part des cas de neuro-récidives à la suite du traitement par le bismuth.

Le syndrome de Landry que nous avons observé paraît donc rentrer dans le cadre des manifestations biotropiques. S'agit-il de biotropisme direct ou indirect ?

Il y aurait biotropisme direct si le bismuth avait exalté la virulence du tréponème et si celui-ci était à l'origine de l'atrophie musculaire observée ; dans ce cas la paralysie ascendante avec phénomènes bulbaires serait d'origine syphilitique.

Les amyotrophies syphilitiques ont été décrites par Raymond. Elles sont dues à un processus de méningo-myélite diffuse et s'accompagnent le plus souvent de manifestations sensitives. Le syndrome de Landry est rarement réalisé par la syphilis, bien que cette maladie ait été incriminée dans la paralysie ascendante par Gilbert et Lion, par Crouzon et Villaret. Le biotropisme direct n'est donc pas impossible mais il paraît peu probable.

Par contre les médullo-virus comme celui de la poliomyélite sont dans l'immense majorité des cas la cause du syndrome de Landry. Notre observation est par suite probablement un cas de biotropisme indirect. Le bismuth a exalté la virulence du germe neurotrope autre que le tréponème qui était à l'origine de l'amyotrophie et c'est ce médullo-virus qui a déterminé la paralysie ascendante.

Le biotropisme indirect a été surtout invoqué pour expliquer des cas de stomatites, des érythèmes morbilliformes, scarlatiniformes, et urticariens bismuthiques. On a également signalé des ictères parathérapeutiques et des furonculoses par biotropisme bismuthique. Les observations neurologiques de biotropisme bismuthique sont des cas de zonas.

Notre observation confirme l'existence du biotropisme bismuthique déterminant la réactivation d'un virus neurotrope.

Il est intéressant de rechercher comment un agent chimique comme le bismuth peut détruire l'immunité acquise vis-à-vis d'un virus neurotrope ayant antérieurement atteint le névraxe et déterminé des amyotrophies.

On peut considérer le problème de deux façons. Il peut y avoir modification du terrain ou exaltation directe de la virulence de germes qui, après avoir déterminé des lésions du système nerveux, sont devenus latents et vivent comme des saprophytes.

Dans le cas que nous avons observé il y a eu précession d'un syndrome de néphrite bismuthique sur les phénomènes biotropiques. On sait que le rein malade peut produire des substances douées d'un pouvoir lésionnel sur les éléments anatomiques. Peut-il y avoir altération du système nerveux sous l'influence de ces néphrotoxines et par suite libération de germes jusque-là fixés par des cellules intactes ? Cette interprétation du biotropisme, à supposer qu'elle soit exacte, ne serait valable que pour le cas particulier.

Y a-t-il au contraire exaltation directe de germes devenus latents ?

L'influence du milieu sur les microbes est bien connue, il suffit parfois de faibles traces d'une substance pour modifier profondément une culture. Par exemple des traces de thymol ou de naphtol activent de façon considérable la croissance du bacille pyocyanique cultivé dans du bouillon de bœuf. Il faut se souvenir à propos du biotropisme de l'extrême sensibilité des spores vis-à-vis de la composition du milieu. Les expériences déjà anciennes de Raulin montrent que les spores d'aspergillus Niger ont une croissance singulièrement accrue par la présence dans le milieu nutritif de zinc dilué à 1 pour 50.000. Ch. Richet et Chassevent ont réalisé un véritable biotropisme in vitro ; ils ont observé que certains sels métalliques stimulaient à très faible dose la vitalité de cultures de bacilles lactiques.

La physico-chimie des bactéries permet peut-être d'entrevoir le mécanisme du biotropisme déterminé par une substance chimique comme le bismuth. Les bactéries possèdent des charges électriques qui interviennent sur leurs propriétés biologiques. Les cultures se modifient en présence d'électrolytes déterminés ; il existe une relation entre la charge électrique des bactéries et les propriétés de culture. La dissémination, la vitalité des microbes sont influencées par des phénomènes électrostatiques. Des expériences ont été faites pour décharger les bactéries par des sels de métaux polyvalents comme le sulfate de cadmium ou le nitrate de lantane. Girard et Audubert diminuant progressivement par des ions de lantane la densité électrostatique des bactéries, ont montré qu'un abaissement de un tiers amène une hypervégétation considérable de la culture. Ces expériences permettent de penser que l'introduction de sels de bismuth, modifiant la charge électrique de microbes à l'état de vie ralentie, est susceptible de leur rendre leur pouvoir pathogène.

Quoi qu'il en soit des théories explicatives, le biotropisme bismuthique vis-à-vis de virus neurotropes semble bien démontré par notre observation clinique.

La possibilité de réveils biotropiques déclenchés par des injections de bismuth entraîne une conclusion pratique.

Avant de commencer un traitement il faut examiner minutieusement le malade et dresser un inventaire précis des divers syndromes morbides qu'il peut présenter. Il est nécessaire d'approfondir le passé pathologique.

En cours de traitement il faut s'assurer par de fréquents examens qu'il n'existe aucun signe de réveil d'infections anciennes vis-à-vis desquelles le malade semble parfaitement guéri.

Luchon dans l'histoire de l'hydrologie, réflexions et hypothèses sur l'action des eaux minérales, suivies d'une étude sur le radio-vaporarium sulfuré de Luchon, technique, clinique, résultat, par R. et P. Molinéry (Bulletin de l'Union médicale latine). Grand in-8° de 122 pages, chez René Lépine, 39, rue d'Amsterdam, à Paris.

A la recherche de l'unité, par E. Techoueyres, Directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Reims. 1937. Un vol. grand in-8° de 184 pages. Prix : 32 fr., chez J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris (6°).

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LA DIGESTION CHEZ LE NOURRISSON NORMAL (1)

par M. L. Babonneix,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Fonctions motrices. — Bouche et pharynx. — Dans l'acte de téter interviennent non seulement les lèvres, mais encore les muscles masticateurs et la langue. Arrivé à l'arrière-bouche, le lait est dégluti, et, avec lui, un peu d'air, qui est éructé, une fois la tétée achevée.

Œsophage. — Les aliments ne font qu'y passer. D'après MM. Lelong et P. Aimé, « toute déglutition œsophagienne s'accompagne d'une déglutition d'air, la quantité d'air dégluti dépendant essentiellement de la consistance du bol alimentaire ingéré ».

L'estomac, de faible capacité, est d'abord distendu par l'air dégluti en même temps que le lait, mais, bientôt, il se ressaisit et, par une série de mouvements péristaltiques vigoureux, pousse le chyme vers le pylore. L'évacuation dure de deux à trois heures : elle est plus rapide avec le lait de femme et certains aliments de régime : babeurre, bouillies maltées ; plus lente avec le lait de vache. MM. Lelong et P. Aimé n'admettent pas, avec MM. G. Leven et Barré, que l'estomac du nourrisson se remplisse à la manière d'une poche inerte, le liquide ingéré se substituant à l'air préexistant et se rassemblant dans le bas-fond, tandis que l'air est refoulé vers la grosse tubérosité et vers le cardia. Pour eux, l'aérophagie du nourrisson normal ne s'accompagne pas de rétention gastrique à jeun ; de plus, elle est prandiale, et non interprandiale. L'air ainsi absorbé est évacué après le repas, par le pylore, à condition que l'enfant soit bien placé : décubitus latéral gauche pendant la première demi-heure qui suit la tétée, décubitus latéral droit pendant le reste de la période interprandiale. M. Coffin avait déjà, avec M. Ed. Lesné, constaté l'absence de poche à air gastrique à jeun.

Le passage duodénal est très rapide.

Le jéjunum et l'iléon sont animés de mouvements péristaltiques puissants, grâce auxquels, dans un délai de trois à six heures, les aliments absorbés sont éliminés. C'est dans ce segment surtout qu'a lieu la résorption des produits assimilables.

Ce qui n'est pas résorbé arrive au gros intestin à l'état semi-fluide et n'y progresse plus que lentement. L'eau est reprise par la muqueuse, les matières sont éliminées par l'anus : à l'état normal, il y a deux ou trois selles par jour, molles, de consistance homogène.

Très souvent, dans les premiers mois, le péristaltisme est troublé : exagéré, il accélère le transit, d'où coliques et diarrhée ; ralenti, il aboutit à la constipation.

D'une façon générale, le transit intestinal est beaucoup plus long chez l'enfant au biberon que s'il est au sein.

Fonctions sécrétoires. — Trois phases : *buccale, gastrique* et *intestinale.*

Phase buccale. — En principe, la salive n'intervient pas, puisqu'elle ne contient aucun autre ferment que la ptyaline et que le lait ne renferme pas d'amylacés.

En réalité : 1° déglutie, elle retarde la coagulation de la caséine par la présure, et donne un caillot subissant plus facilement l'action de l'HCl, si bien, qu'indirectement, elle

(1) Cf. Marfan, *Traité de l'allaitement*, Masson, in-8°, p. 194; M. Lelong et P. Aimé. Etude physiolo-radiologique de l'aérophagie du nourrisson, *Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris*, 19 mars 1935, p. 230-249; L. Babonneix, *Les régimes chez l'enfant*, Paris, 1936, in-8°, p. 89-96 et R. Mathieu. *Pédiatrie*, in *Encyclopédie médico-chirurgicale*, in-4°, 4027, p. 1-5.

favorise la digestion des protides (Allaria) ; 2° conformément aux théories actuelles, son activité saccharolytique augmente rapidement si on a soin d'administrer au nourrisson de petites quantités d'amidon.

Phase gastrique. — Le suc gastrique du nourrisson contient, dès la naissance :

1° Des *composés chlorés :* ils se combinent à la caséine pour constituer des composés chloro-organiques qui, à la fin de leurs transformations, dégagent de l'HCl libre, auquel se joignent des acides de fermentation ; ajoutons que le lait de vache pur contenant une forte proportion de sels alcalino-terreux et de caséine, lesquels jouent le rôle de substances-tampons et absorbent une grande partie des ions libres de l'HCl, l'estomac des nourrissons normaux le digère en sécrétant une quantité plus considérable de cet acide (Marriott).

2° Des *ferments solubles :* un agissant sur les graisses, deux agissant sur la caséine, l'un, la présure, pour la coaguler, l'autre, la pepsine, pour dissoudre et peptoniser le coagulum, l'acidité totale, dont dépend le pouvoir peptique (Ed. Lesné et Coffin), étant plus grande pour le lait de vache que pour le lait de femme (Garot). L'une et l'autre n'attaquent les peptones qu'en milieu acide, constatation sur laquelle se sont appuyés MM. Marriott et Davidson, Faber, pour expliquer les heureux effets des laits acidifiés.

Transformation des albumines. — La *caséine* est donc, en premier lieu, coagulée par la *présure*, qui existe toute formée dans l'estomac du nourrisson, tandis que, chez l'adulte, elle n'existe pas. On sait que lorsqu'on ajoute de la *présure* à du lait chauffé à +37°-40°, celui-ci commence par s'épaissir et par s'opacifier, puis on y voit apparaître de petits flocons qui, bientôt, se soudent les uns aux autres. Il se prend alors en une masse spongieuse, le *caillot*, avec des alvéoles et des travées. De par le phénomène de la *synérèse*, celles-ci se rétractent, expriment le sérum qui se trouvait dans celui-là, le *lacto-sérum* ou *petit-lait*, liquide transparent qui contient la plupart des sels du lait, le lactose et, en plus de la lactalbumine et de la lactoglobuline, une albumine spéciale.

Dans les conditions habituelles, cette coagulation, qui consiste en une *floculation*, précède immédiatement l'attaque de la caséine par le ferment protéolytique du suc gastrique. Quel en est le mécanisme ?

Elle est le fait d'un ferment spécial contenu dans la présure et qui existe tout formé dans l'estomac du nourrisson : la *caséase* (ancien *labferment*, dit encore *chymosine*). En présence des sels de calcium (1), cette diastase dédouble la caséine (ou plutôt le caséinogène) en deux nouvelles matières protéiques (Hammarsten, Arthus et Pagès) :

Une protéose, qui reste dissoute dans le lacto-sérum (*lacto-sérum protéose*) ;

Une albumine qui, sous l'influence des sels de chaux, se précipite (*caséum* ou *paracaséine*).

La présure agit différemment selon qu'il s'agit de lait de femme ou de lait de vache.

La caséine du lait de femme coagule lentement, incomplètement et difficilement, le caillot étant peu abondant, peu rétractile, pauvre en graisse, formé de flocons ténus, surtout si la présure est d'origine bovine (de Toni), ce qui montre le rôle que jouent, dans ces actions, les questions de spécificité (Marfan).

La caséine du lait de vache coagule facilement ; le caillot est volumineux, compact, riche en graisse, formé de gros flocons. Ajoutons toutefois, avec le prof. Marfan, que le caillot de lait de vache tend à prendre les mêmes caractères que le lait de femme s'il est bouilli, pasteurisé, stérilisé ou seulement coupé.

(1) Particularité qui rapproche la coagulation du lait de la coagulation du sang.

Ces données sont d'autant plus importantes qu'il est admis aujourd'hui (Brennemann, Rice, Washburn, Jones et Courtney) qu'un lait formant un caillot fin est préférable à tout autre pour l'alimentation du nourrisson : tout procédé conférant au lait de vache cette propriété doit donc être considéré comme particulièrement précieux, et en particulier l'homogénéisation.

Cette coagulation demande un quart d'heure pour s'accomplir. Dès qu'elle est achevée, le petit-lait, contenant une protéose soluble, passe dans l'intestin, ou est résorbé sur place. Quant au caillot, il est liquéfié ou peptonisé par la pepsine.

La *pepsine* se trouve déjà dans l'estomac du nouveau-né, mais elle ne possède alors qu'une faible activité (L. Meyer et Nassau) et, *in vitro*, elle ne digère bien que le lait de femme. Quant à la caséine du lait de vache, elle ne peut agir sur elle que si elle est suffisamment diluée. Elle est plus abondante si le nourrisson est au biberon que s'il est au sein (Allaria, Aushammer, Bosenstern, Finizio, W. K. Ramsey).

La *lactalbumine* et la *lactoglobuline* passent, avec le petit-lait, dans l'intestin grêle.

Transformation des graisses. — La plus grande partie est dédoublée dans l'estomac, grâce, principalement, à la lipase qu'il contient dès la naissance, accessoirement, à la lipase du lait. Le reste séjourne longtemps dans cette cavité, à l'état d'émulsion.

Éléments autres que le lait. — Dissoute dans le petit-lait, la *lactose* passe telle quelle dans l'intestin grêle, de même que les *sels* et l'*eau* du lait.

Phase intestinale. — Arrivé dans l'*intestin*, le chyme lacté y est soumis à l'action de trois sucs :

Intestinal, qui contient plusieurs ferments :

Les uns agissant sur les *glucides : saccharase* (ancienne *invertine*), *lactase*, *amylase*, *maltase ;* et dédoublant, la première, la saccharose en sucre interverti, constitué par un mélange, à parties égales, de glucose et de lévulose, la seconde, le lactose, en glucose et galactose, la troisième, les amidons, en dextrines et en maltose, la dernière, le maltose, en deux molécules de glucose ;

Un agissant sur les *protides : l'érepsine*, qui achève la dislocation : 1° des albumoses en polypeptides ; 2° de la caséine en amino-acides, dont la leucine et la tyrosine ;

Pancréatique, activé par la sécrétine, qui renferme lui-même trois ferments :

Trypsine, provenant de l'activation, sous l'influence de l'entérokinase contenue dans le suc intestinal, du trypsinogène, lequel existe dès la naissance, et qui, agissant en milieu neutre ou alcalin, opère la dégradation des protéines, cette dégradation s'opérant en trois temps : 1° protéoses ; 2° polypeptides ; 3° amino-acides, et étant beaucoup plus complète pour le lait de femme que pour le lait de vache :

Amylase ;
Maltase ;
Lipase.

Bile, qui a pour rôle :

a) D'augmenter l'action de certains ferments pancréatiques (amylase, lipase) ou intestinaux (lactase) ;

b) De favoriser la digestion de certains sucres ;

c) De contribuer à la digestion des graisses ;

d) De précipiter, pour les redissoudre, albumines et peptones.

Nous pouvons maintenant étudier les résultats de la digestion du lait.

Dans l'*intestin grêle*, il y a finalement :

Pour les *protides*, absorption directe, par l'épithélium, de la lactalbumine et de la lactoglobuline du lait de femme, absorption de la caséine, sous forme d'amino-acides, qui se combinent, en partie, dans la paroi intestinale, en partie

dans le foie, pour reconstituer les polypeptides dont l'organisme se servira pour construire des albumines spécifiques ;

Pour la *lactose*, dédoublement en glucose et galactose qui, absorbés par la muqueuse intestinale, se rendent au foie pour s'y déposer sous forme de glycogène ; fermentation microbienne pour le reste, d'où production d'acides s'opposant aux putréfactions d'origine protéinique ;

Pour les *lipides*, dédoublement partiel en glycérine et en acides gras qui se combinent aux alcalis pour former des savons solubles : glycérine, savon et acides gras sont absorbés par la muqueuse intestinale. Quant au reste, il échappe à l'action de la lipase et se retrouve dans les selles.

D'après le professeur Marfan, dans le duodéno-jéjunum s'exercerait l'action des sucs intestinal, pancréatique et de la bile, tandis que dans l'iléon, prédomine l'action de la lactase et de l'érepsine.

Dans les premières portions du *gros intestin*, la paroi absorbe l'eau, les sels et une partie des produits de digestion venant de l'intestin grêle. Ceux qui ne sont pas absorbés et qui sont de nature protéique deviennent la proie des microbes, qui leur font subir une putréfaction très marquée s'il s'agit d'enfants nourris au lait de vache, à peu près nulle s'il s'agit d'enfants au sein.

Fonctions d'excrétion. — L'intestin élimine, par les matières :

Une petite quantité d'eau ;

La moitié environ de la chaux, l'autre étant évacuée par les urines ;

Les sels insolubles du phosphore, les sels solubles passant par les urines.

Chez l'enfant au sein, les selles normales ont une couleur jaune d'or, une consistance molle, une odeur aigrelette, elles ne contiennent pas de grumeaux volumineux. Il y en a deux ou trois par 24 heures. Au microscope, quelques gouttelettes de graisses neutres ; mais pas de savons alcalins.

Chez l'enfant nourri au lait de vache, les matières sont plus pâles, plus consistantes, d'odeur fade, de réaction alcaline ; elles contiennent de petits grumeaux blanchâtres ou jaunâtres. A l'examen histologique, on y trouve des globules graisseux, des débris amorphes et, si l'enfant a pris du lait écrémé cru, de volumineuses masses de caséine.

En somme, la digestion diffère beaucoup selon qu'il s'agit d'un nourrisson au biberon ou au sein. Chez celui-ci, perfection et rapidité de la digestion gastrique et intestinale ; chez celui-là, caractère incomplet, lent et tardif du même processus. Chez l'enfant au sein, selles peu abondantes, jaune d'or, demi-molles, de réaction acide, ne contenant (H. Tissier) que du *B. bifidus*. Chez l'enfant au biberon, selles abondantes, blanchâtres, pâteuses, de réaction alcaline, de flore polymicrobienne.

Fermentations et putréfactions intestinales (1). A l'état normal, lorsque les selles arrivent au cæcum, la majeure partie des lipides a été résorbée, les fibres musculaires sont presque complètement digérées, et il subsiste seulement :

a) La plus grande partie des *glucides*, représentés par toute la cellulose, les trois quarts de l'amidon et divers produits de dégradation ;

b) Quelques *protides*, représentés par des restes de tissu conjonctif auxquels viennent s'adjoindre les sécrétions coliques riches en nucléo-protéides.

Les premiers vont subir l'attaque des agents des fermentations saccharolytiques, les seconds, celle des agents des putréfactions protéolytiques.

(1) R. GOIFFON. *Manuel de coprologie clinique*, 2e édition, Paris; P. OURY et TERNIAL. Selles, *Monde médical*, 15 mai 1929, numéro 748, pp. 551-552; R. DUBOIS et R. MATHIEU. Alimentation des nourrissons bien portants, *Encyclopédie médico-chirurgicale*, sect. *Pédiatrie*, Paris, 1934, in-4°, 4.027, pp. 3-4.

Les agents des FERMENTATIONS SACCHAROLYTIQUES sont représentés par :

1° L'entérocoque ;

2° Les bacilles qui produisent de l'acide lactique : *bifidus*, qui se trouve à l'état isolé dans le gros intestin des enfants nourris au sein, colibacille, *bacillus lactis aerogenes*, tous Gram-négatifs (*flore bleue*) ;

3° Les micro-organismes qui produisent de l'acide butyrique aux dépens des hydrates de carbone.

Ajoutons-y le *Bacillus amylobacter*, qui agit sur la cellulose.

Les germes des PUTRÉFACTIONS D'ORIGINE PROTÉOLYTIQUE, la plupart Gram-positifs (*flore rouge*), sont :

1° Des anaérobies stricts ;

2° Des anaérobies facultatifs ;

3° Des colibacilles.

De l'action sur les glucides des *microbes de fermentation* saccharolytique résulte le formation d'acides organiques : acide lactique surtout, d'où acidification du contenu intestinal et exagération, sous son influence, du péristaltisme intestinal. Mais, au fur et à mesure qu'elle progresse dans le côlon, la matière fermentescible s'épuise ; parallèlement, la flore qui vivait à ses dépens se raréfie, puis disparaît.

Les microbes de putréfaction vivent aux dépens des protides, qu'ils dégradent jusqu'au terme final NH^3.

A l'état habituel, ces deux flores antagonistes équilibrent leurs effets, l'acidité des premières étant neutralisée surtout par la formation d'ammoniaque, accessoirement, par l'alcalinité des sécrétions coliques, riches en sels alcalino-terreux.

Bien qu'il s'agisse là d'un schéma, le colibacille figurant dans les deux flores (Debré et Goiffon, L. F. Meyer et Nassau), il est bon de savoir comment agissent, sur elles, les divers aliments. Pour M. R. Mathieu, il faut distinguer :

1° *Ceux qui excitent le péristaltisme du grêle et favorisent le développement de la flore saccharolytique* : décoction d'avoine, extrait de malt, farines d'avoine et d'orge, lactose, légumes insuffisamment cuits, maltose, soupe de Keller ; les selles ont alors une odeur aigre, une réaction acide, contiennent un excès d'acide organique et, à l'examen microscopique, on y trouve une riche flore iodophile ;

2° *Ceux qui traversent lentement le grêle et favorisent le développement de la flore protéolytique* : albumines, céréales torréfiées, chaux (sels de), dextrines, dextrines-maltoses, riz, viande, tournesol. Les selles, d'odeur fade et fétide, à réaction alcaline, contiennent un excès d'ammoniaque ; la flore iodophile y est peu abondante ;

3° *Ceux qui s'opposent également à l'excès des fermentations et des putréfactions* : eau de riz additionnée de caséinate de chaux ou de soude, crème de riz additionnée de tournesol.

Les microbes sont donc les agents presque exclusifs des digestions du gros intestin (1), et la selle normale, à son émission, doit être neutre ou légèrement alcaline.

(1) Abstraction faite de l'amidon, sur lequel continue à agir l'amylase pancréatique.

Contribution à l'étude de la syphilis du bourgeon incisif dans la syphilis héréditaire (thèse) par le docteur Pierre DALIGAND. Grand in-8° de 94 pages, chez Bosc frères, M. et L. Riou, 42, quai Gailleton, à Lyon, 1936.

Bulletin de la Statistique générale de la France et du Service d'observation des prix, tome XXVI, fascicule I, octobre-décembre 1936. In-8° de 168 pages, chez Félix Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, à Paris.

Les névropathies d'origine nerveuse (thèse), par Roger FELDSTEIN. In-8° de 84 pages, à Paris, chez Le François, 91, boulevard Saint-Germain, 1936.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 22 MAI 1937)

Recherches sur la fixation du complément avec divers antigènes streptococciques au cours des infections à streptocoques chez l'homme. — MM. R. Demanche et M. Lévy-Bruhl ont éprouvé comparativement divers antigènes pour la mise en évidence d'anticorps streptococciques par la séro-fixation du complément : émulsions microbiennes en eau physiologique, eau iodée, eau distillée, lysats obtenus par voie chimique, toxine streptococcique, extraits acétonique, chloroformique, alcoolique. C'est cette dernière préparation qui leur a donné les résultats les plus satisfaisants. Sur 24 cas d'infection streptococcique généralisée (endocardite subaiguë ou lente, infection puerpérale) ou localisée (pleurésie purulente, abcès du sein), la réaction s'est montrée 16 fois positive, alors qu'elle était constamment négative chez les sujets atteints d'infections non streptococciques (fièvre typhoïde, pneumonie, septicémie staphylococcique) ; un résultat négatif a de même été obtenu dans l'érysipèle et dans la scarlatine.

Des sérums expérimentaux de chevaux immunisés contre le streptocoque ont fourni, avec ce même antigène, des réactions nettement positives.

En conclusion, l'extrait alcoolique de corps microbien permet la mise en évidence d'anticorps au cours des infections à streptocoques ; par la fixation du complément, cette réaction fournit un élément intéressant pour le diagnostic.

Evolution de la glycémie et des réserves glycogéniques au cours de l'urémie expérimentale du lapin. — MM. Maurice Villaret, L. Justin-Besançon, A. Rubens-Duval et P. Barbier ont étudié les troubles du métabolisme glucidique chez des lapins soumis à une intoxication azotée brutale et rapide, par néphrectomie bilatérale ou ligature des deux uretères. Ils ont observé des modifications assez variables du sucre libre du sang, qui semble s'élever dans les premières heures, pour retomber ensuite au taux normal. La glycémie protéidique s'élève progressivement. Les réserves glycogéniques diminuent de façon considérable, non seulement le glycogène hépatique, dont il ne reste parfois que des traces indosables, mais aussi, à un degré moindre, le glycogène musculaire.

Enfin, les méthodes histo-chimiques leur ont montré la disparition du glycogène des cellules à la périphérie du lobule hépatique et son accumulation dans les cellules centro-lobulaires.

M. Rathery rappelle qu'il a autrefois, chez le chien, obtenu des résultats identiques.

L'évolution de la glycémie dans l'insulinothérapie massive. — M. M. Gaultier a étudié les variations de la glycémie de déments précoces non diabétiques traités par la méthode de Sakel. Il n'y a pas de relation absolue entre les chiffres de glycémie et la production ou la sédation des accidents nerveux produits par l'insuline. Une période préparatoire variable de 3 à 10 jours, selon les sujets, est nécessaire pour que l'insuline produise des accidents nerveux. Ce sont les variations des réserves du glycogène tissulaire que l'auteur invoque pour expliquer la variabilité des réactions nerveuses à l'insuline.

L'action de l'hormone gonadotrope sur la corticale surrénale. — MM. Al. Crainiceano, Louis Copelman, Eugène Banu et Sarbou. Le principe cancéreux qui s'élimine par l'urine paraît être l'*hormone gonadotrope*, fréquent dans les tumeurs, et qui serait responsable des modifications survenues dans la glande cortico-surrénale.

Etude comparative du mode d'action des agents sympathomimétiques et sympatholytiques sur l'excitabilité des appareils vasomoteurs. — M. A. Chauchard et Mme P. Chauchard montrent, à l'aide de la méthode chronaximéritrique, que l'action périphérique sympathomimétique favorise également la vasoconstriction et la vasodilatation (diminution du temps de sommation), alors que l'action sympatholytique entrave la vasoconstriction (augmentation du temps de sommation) et favorise la vasodilatation (diminution du temps de sommation), d'où l'explication de l'inversion des effets de l'adrénaline.

Action des agents sympatholytiques (yohimbine, ergotamine) sur l'excitabilité des appareils vasoconstricteurs. — MM. D. T. Barry et A. Chauchard et Mme Chauchard, étudiant l'effet de l'yohimbine et de l'ergotamine sur les systèmes vasoconstricteurs rénaux, montrent que ces substances ont une action adrénolytique qui précède leur action sympathicolytique portant d'une part sur l'organe d'aboutissement, d'autre part sur les fibres nerveuses.

Effets de l'extrait hypophysaire et de l'adrénaline sur les franges de l'épithélium pigmentaire de la rétine de la grenouille. — M. Dubois-Poulsen. L'injection d'extrait hypophysaire provoque une paralysie des franges en position d'expansion. Elles ne réagissent plus à la lumière et à l'obscurité. L'adrénaline semble inverser les réactions normales à la lumière et à l'obscurité.

Pouvoir complémentaire du sérum de cobaye. — MM. L. Nattan-Larrier, L. Grimard et J. Dufour. Le sérum de cobaye, comme les sérums du lapin, du chien et du mouton, devient anticomplémentaire par le chauffage à 56°-62°. Le pouvoir anticomplémentaire qu'acquiert ainsi le sérum du cobaye est toujours moins fort que celui qu'acquiert par vieillissement le sérum humain. Il est détruit par le chauffage à 70°. On doit tenir compte de ces faits lorsqu'on cherche une sensibilisatrice dans le sérum du cobaye.

Essais de traitement par la sérothérapie spécifique de l'intoxication tétanique chez le cobaye. — MM. L. Lemétayer et P. Uhry. L'injection de sérum antitétanique faite 24 ou 48 heures après l'injection de toxine a exercé, dans les conditions de nos expériences, une action préventive manifeste ; si des contractures tétaniques apparaissent, elles restent localisées et l'animal survit.

Ces recherches confirment l'importance, pour le pronostic, de la mise en œuvre non seulement d'une sérothérapie précoce mais également d'une sérothérapie intensive. Précoce, elle permet d'éviter l'apparition des manifestations tétaniques ; intensive, elle peut faire espérer la guérison d'un tétanos déclaré.

Essais comparatifs de traitement par la sérothérapie spécifique, l'urotropine ou le somnifène de l'intoxication tétanique chez le cobaye. — MM. P. Uhry et E. Lemétayer. L'adjonction à la sérothérapie spécifique de substances telles que l'urotropine ou le somnifène ne modifie nullement l'évolution de l'intoxication tétanique, qui est comparable à celle observée sur les sujets témoins traités par le sérum seul. Cette évolution reste, dans tous les cas, commandée par la précocité et la massivité de l'injection de sérum spécifique.

Sur l'antigène O-endotoxine des pyocyaniques. — MM. A. Boivin et L. Mesrobeanu isolent de divers pyocyaniques des complexes glucido-lipidiques qui, injectés au lapin, provoquent l'apparition d'anticorps capables de précipiter spécifiquement ces complexes, d'agglutiner spécifiquement les bactéries d'où ils proviennent et de protéger spécifiquement la souris contre quelques doses mortelles des complexes en question. Dans le cas des pyocyaniques, comme dans le cas de *salmonelle* antérieurement étudié par les au-

teurs, le complexe glucido-lipidique apparaît comme représentant à la fois l'antigène somatique O complet des bactéries et le constituant principal de leur endotoxine.

Présentation d'ouvrage. — MM. PASTEUR-VALLERY-RADOT, G. MAURIC et Mme HOLTZER présentent à la Société un volume qui vient de paraître, intitulé : *L'anaphylaxie expérimentale et humaine*, qui relate le résultat des expériences sur l'anaphylaxie qu'ils ont poursuivies depuis 1929.

(SÉANCE DU 29 MAI 1937)

L'alexine chez le nouveau-né. — MM. L. NATTAN-LARRIER, L. GRIMARD et J. DUFOUR. Le sérum du cordon des nouveau-nés ne contient pas d'alexine dans plus d'un tiers des cas, et en renferme une quantité extrêmement faible dans un autre tiers. Ce fait explique peut-être 1° les difficultés que l'on éprouve pour conférer aux très jeunes enfants une immunité active ; 2° la faible résistance qu'ils opposent à certaines infections ; 3° pourquoi la méthode de Hecht pour le diagnostic de la syphilis ne peut être employée chez le nouveau-né.

Modifications de l'électrocardiogramme au cours de l'anoxhémie aiguë chez le chien. — MM. Léon BINET, M.-V. STRUMZA et J.-H. ORDONEZ ont repris l'étude du cœur par l'électrocardiographie au cours de l'anoxhémie aiguë, sur des chiens anesthésiés au chloralose. Les tracés électrocardiographiques montrent cinq ordres de troubles traduisant la souffrance du cœur : 1° l'inversion de l'onde T à une anoxhémie correspondant à 8.000 m. ; 2° l'augmentation à une altitude de 14 ou 15.000 m. de la force électromotrice et de la durée de cette ondulation redevenue positive ; 3° la diminution très marquée de la hauteur de la flèche R ; 4° la disparition de l'onde P pendant l'apnée déclenchée par l'anoxhémie ou l'apparition d'une dissociation auriculo-ventriculaire ; 5° l'apparition, lors d'un retour brusque à une atmosphère normale, d'une tachycardie sinusale.

De l'action de l'ozone sur les coquillages et poissons. — MM. H. VIOLLE et E. ROSE. Des poissons et mollusques, soit d'eau douce, soit d'eau de mer, peuvent vivre dans des eaux dans lesquelles passe un courant d'air ozoné, et pendant un laps de temps supérieur à celui qui est nécessaire à la destruction des microbes résidant éventuellement dans cette eau ambiante. On peut, en outre, par cette méthode, obtenir une réduction des germes parasitant les coquillages immergés en ces eaux dans lesquelles on fait barboter un courant d'air ozoné.

Sur la croissance des tumeurs chez des souris recevant des injections de rhenium. — M. LACASSAGNE présente une note de Mme DOBROVOLSKAIA-ZAVADSKAIA et M. RAYNAUD, établissant l'inefficacité du perrhénate de soude injecté à des souris atteintes de cancers non ulcérés.

Histophysiologie des lipides pulmonaires. Le poumon gras par gavage. — MM. L. BINET, J. VERNE et J.-L. PARROT décrivent les altérations du poumon de l'oie au terme du gavage. Il est le siège d'une surcharge lipidique considérable et d'une infiltration par les éléments figurés du sang, parmi lesquels figurent en grand nombre les éosinophiles. Les auteurs insistent sur l'absence d'oxydation des lipides et surtout sur l'intégrité du chondriome et des noyaux : il ne s'agit pas d'une dégénérescence, mais d'une simple surcharge. Chez les mêmes animaux sacrifiés à jeun par saignée, les capillaires sanguins du foie, du rein et du muscle pectoral sont encombrés d'abondants corpuscules lipidiques ; mais, alors que le foie subit la surcharge graisseuse classique et que le muscle accumule les lipides exclusivement dans le tissu cellulaire interfasciculaire, le rein reste étranger à cette surcharge générale.

Composition antigénique de la bactérie charbonneuse. — MM. W. SCHAEFER et G. SANDOR. La bactéridie charbonneuse et les vaccins pastoriens se composent de deux antigènes distincts, dont l'un appartient à la capsule et l'autre au corps bacillaire de la bactéridie. Les variantes rugueuses de ces souches, si elles ont complètement perdu le pouvoir capsulogène, contiennent uniquement l'antigène somatique. Un antigène sérologiquement identique à l'antigène capsulaire de la bactéridie charbonneuse se trouve dans certaines races muqueuses du groupe « *Mesentericus* ». L'antigène somatique de la bactéridie charbonneuse, par contre, paraît être strictement spécifique.

M. le prof. L.-L. ACHARD, président, adresse un souvenir ému à la mémoire de M. ROCKFELLER, dont les libéralités ont été si précieuses à la science française.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 20 AVRIL 1937)

Abcès du cerveau otitique. Guérison par ponction et trépanation décompressive. — MM. PAISSEAU et DAVID présentent une enfant de 8 ans opérée depuis un an d'un abcès otitique. Après trépanation décompressive fronto-pariétale sans ouverture de la dure-mère, le pus fut évacué par ponction et l'enfant guérit à la suite de cette simple intervention, sans qu'il ait été nécessaire d'avoir recours dans un second temps à l'extirpation en bloc de la tumeur formée par l'abcès, ainsi que le préconise Cl. Vincent.

Sclérodermie à évolution rapide chez une enfant de 5 ans. — MM. René MARTIN, BONNEFOY et DELAUNAY rapportent l'observation d'une sclérodermie en bandes au niveau du thorax, en plaques sur les membres, évoluant depuis moins d'un an et faisant de cette petite malade une véritable infirme. Les articulations tibio-tarsiennes sont complètement ankylosées, mais cette ankylose dépend uniquement de l'épaississement des parties molles ; le squelette ne présente que des lésions de décalcification. Les auteurs ont fait une étude très complète chimique, biologique, radiologique et électrique des muscles et des os et notent en particulier une hypercalcémie à 0 gr. 135 par litre de sérum.

Ils discutent les indications thérapeutiques et se proposent d'avoir recours à la parathyroïdectomie associée à la stellectomie et à la sympathectomie lombaire.

Un cas d'arachnodactylie. — M. ROEDERER présente un garçon de 14 ans atteint de dolichosténomélie et chez lequel on retrouve l'accroissement de la taille et de l'envergure, l'allongement et l'amincissement des os des membres, le faible développement musculaire, l'absence de graisse sous-cutanée, la dolichocéphalie, une malformation vertébrale considérable, un entonnoir thoracique, les dysmorphies des mains et des pieds (aspect de pattes d'araignée et pied creux avec camptodactylie), et enfin une myopie accentuée. Cette dysmorphie paraît congénitale.

Chancre tuberculeux de la face chez un nourrisson. — M. H. JANET, Mme ODIER-DOLFUS et M. E. WOLINETZ présentent un enfant de 2 ans atteint d'une ulcération torpide datant de près de trois mois et siégeant à la racine du nez à gauche de la ligne médiane, accompagnée d'une adénopathie sous-maxillaire suppurée. La cuti-réaction positive et la présence de bacilles de Koch dans la sérosité de l'ulcération et dans le pus de l'adénopathie ne laissent aucun doute sur la nature tuberculeuse de l'affection. Il s'agit vraisemblablement d'un cas de primo-infection cutanée consécutive au contact avec une grand'mère phtisique six semaines auparavant.

Pelade chez un enfant à cou long ayant huit vertèbres cervicales. — MM. H. JANET et WOLINETZ présentent un enfant de 6 ans atteint depuis l'âge de 2 ans d'une pelade typi-

que. Ils ont été frappés par la longueur du cou de cet enfant et ont pu constater qu'il avait 8 vertèbres cervicales. Ils se demandent si cette anomalie cervicale n'a pas pu causer une irritation du sympathique cervical et être ainsi à l'origine de la pelade.

Kyste gazeux du poumon chez un enfant de 6 ans. — MM. Armand-Delille, Boyer et Habas présentent un enfant de 6 ans chez lequel on a porté le diagnostic de pneumothorax sur le vu d'une radiographie montrant l'hémithorax droit complètement déshabité. La cuti-réaction est d'autre part positive. Mais l'absence de début brusque, la latence complète, l'absence de poussée liquidienne au cours de l'évolution leur firent plutôt penser à un kyste gazeux du poumon, et leur diagnostic fut confirmé par des tomographies pratiquées par M. Maingot. Ils insistent sur la difficulté du diagnostic en pareil cas.

Apnée grippale. — MM. Ribadeau-Dumas et Gharib rapportent l'histoire d'un enfant de 13 jours vivant en milieu grippal et qui fit à plusieurs reprises des crises d'apnée sur lesquelles le carbogène eut une influence remarquable. Ultérieurement, cet enfant fit un œdème pulmonaire d'origine grippale.

Apnée du nouveau-né. — MM. Marquézy et B. Dreyfus ont observé chez un enfant de 14 jours des crises d'apnée typique qui se sont répétées toutes les 10 minutes environ pendant 36 heures. Chacune de ces crises, d'une durée de quelques secondes à cinq minutes, était caractérisée par une apnée totale avec état de mort apparente et cyanose. Dans l'intervalle, l'enfant était normal. Il n'y avait aucun signe d'hémorragie méningée. L'enfant ne présenta plus aucune crise pendant 2 mois et demi lorsque apparurent des accidents analogues. La croissance est par ailleurs normale.

Phlegmon du thymus. — MM. Langlois et Thibaudeau.

(SÉANCE DU 11 MAI 1937)

Un cas d'uretère supplémentaire avec abouchement vaginal. — MM. Boppe, Clément et Marcel.

L'avenir des dilatés bronchiques envoyés à La Bourboule. — M. Hallé. On observe en général, dès la première cure, la disparition des poussées fébriles et des bronchites répétées. Les cures ultérieures confirment cette amélioration. Dans un certain nombre de cas, le traitement semble amener une guérison apparente.

Eruption purpurique chez un nourrisson atteint de mastoïdite. — MM. Armand-Delille et Wolinetz signalent le contraste entre ces manifestations, qui font soupçonner l'existence d'une septicémie et la conservation d'un excellent état général avec apyrexie.

Deux cas de polyradiculo-névrite avec dissociation albumino-cytologique. — MM. Giraud et Boudouresque (de Marseille) rapportent deux cas de ce syndrome, survenus tous deux chez des enfants hérédo-syphilitiques.

Les laryngo-trachéo-bronchites aiguës chez l'enfant. — MM. Le Mée et André Bloch rappellent les principaux caractères du syndrome que les auteurs américains ont décrit sous le nom de laryngo-trachéo-bronchites aiguës de l'enfant. Il s'agit d'une affection à début brusque et à marche rapide, d'aspect dramatique, caractérisée par l'apparition d'un œdème compliqué de sécrétions épaisses frappant tout l'arbre respiratoire inférieur (trachée, bronches et bronchioles), aboutissant en quelques heures à l'obstruction totale et à la mort. Le diagnostic est facilité par la laryngoscopie directe, qui devrait être systématiquement pratiquée chez tous les enfants atteints de dyspnée laryngée. Le pronostic est effroyablement grave. Il paraît cependant amélioré par une trachéotomie faite avec une technique spéciale et suivie de l'aspiration à plusieurs reprises des sécrétions bronchiques. Il faut de plus réhydrater soigneusement ces enfants, et il paraît contre-indiqué de leur faire de la morphine ou de l'atropine. Les auteurs apportent 71 observations à l'appui de leur communication.

Abcès du poumon consécutif à une hernie étranglée chez un nourrisson de deux mois. — MM. Grenet et Aimé rapportent l'observation d'un nourrisson de deux mois qui, à la suite d'un étranglement herniaire tardivement et difficilement réduit, fit un abcès du poumon gauche. Celui-ci guérit spontanément après une vomique, et on put suivre sur des clichés successifs les progrès de la guérison. Les auteurs insistent sur le jeune âge de l'enfant et l'étiologie tout à fait particulière et d'ailleurs classique, l'infection s'étant de toute évidence propagée au poumon par voie sanguine.

Les surprises de l'examen systématique du thorax à la radioscopie. — MM. Le Mée, Polacco et Soulas rapportent l'observation d'une fillette de 2 ans ayant avalé une pièce de monnaie et ne l'ayant pas restituée. Malgré les anamnésiques et la persistance de troubles œsophagiens, on jugea inutile de pratiquer à ce moment un examen radioscopique, et la fixation du corps étranger dans l'œsophage fut méconnue pendant 2 ans. Récemment, à l'occasion d'un examen systématique pratiqué dans un dispensaire, on constata que la pièce était effectivement fixée à la partie moyenne de l'œsophage, où elle s'était enkystée entre deux points sténosés, créant une poche diverticulaire médio-thoracique. Il existait d'autre part une dilatation sus-stricturale importante et restée également méconnue.

Du rôle de la laryngoscopie directe dans la thérapeutique du croup. — MM. Le Mée, Troncin et Soulas estiment qu'il est utile de faire, avant toute tentative de tubage dans le croup, une laryngoscopie directe. Cette intervention très simple et facilement réalisable au lit du malade permet d'extraire les fausses membranes, de supprimer les troubles asphyxiques et d'attendre l'action de la sérothérapie. Cette méthode leur a notamment donné un beau succès thérapeutique chez un enfant de 6 ans.

Ils signalent également les autres indications de la laryngoscopie directe, en cas notamment de laryngo-trachéite aiguë, de petits corps étrangers trachéaux et dans le « goutte-à-goutte bronchique » pratiqué dans un but de bronchographie lipiodolée.

(SÉANCE DU 15 MAI 1937)

Pneumonie centrale avec température oscillante. — MM. Florand, Lièvre et Duperrat rapportent, à propos des difficultés du diagnostic de la pneumonie, un fait observé dans le service de M. Huber. Il s'agissait d'un enfant de 7 ans qui présenta dans le délai de 7 jours cinq accès fébriles successifs. Le sixième jour apparut, dans l'espace intercapsulo-vertébral, un souffle tubaire, et les jours suivants on put voir sur les clichés radiographiques une petite ombre juxta-hilaire homogène confirmant ce diagnostic de pneumonie.

Néphrite hypertensive grave au 24e jour d'une scarlatine. — MM. Broca, Fontaine et Seringe présentent un enfant de 10 ans qui, au 24e jour d'une scarlatine bénigne, fut pris subitement de convulsions avec amaurose, obnubilation et agitation extrême. La tension artérielle monta en même temps à 15 1/2. Tous ces signes disparurent en quelques jours après une saignée et l'institution d'un régime sec, et, un an après ces accidents, les épreuves de Volhardt ont montré l'intégrité de la fonction rénale.

Activité du mouvement pédiatrique polonais. — M. le professeur Michalowicz.

Résection diaphysaire totale du tibia pour ostéomyélite aiguë. — MM. SORREL, LONGUET et GUICHARD.

Incontinence anale par fécalome — MM. SORREL, GUICHARD et RONGET présentent une enfant de 10 ans chez laquelle un volumineux fécalome suffit à provoquer une incontinence anale. L'intervention fit disparaître tous les accidents.

Forme fruste de maladie cœliaque associée à une recto-colite hémorragique. — MM. WEILL-HALLÉ, LAMBLING et Mlle PAPAÏOANNOU présentent un garçon de 12 ans nettement hypotrophique, atteint de recto-colite hémorragique et purulente, et chez lequel l'abondance des matières fécales leur fit penser à la possibilité d'une forme fruste de maladie cœliaque, malgré l'absence des signes cardinaux de la maladie.

Un cas de maladie de Schuller-Christian. — MM. BOISSERIE-LACROIX, SERVANTIE, DUPUY et LAVIAL (de Bordeaux) ont observé un cas typique de maladie de Schüller-Christian chez un enfant de 8 ans. Le déficit hépatique paraissait être le plus important dans le tableau clinique.

Syndrome de Neurath-Cushing. — MM. DUMOLARD et SARROUY rapportent l'observation d'un enfant de 14 ans, mesurant 1 m. 61 et pesant 91 kilogr., atteint par ailleurs d'hypoplasie génitale. Les auteurs soulignent l'importance de la musculature et de la vigueur physique de cet enfant.

Laxite articulaire anormale. — M. TRÈVES.

Tumeur cérébrale. — MM. BABONNEIX et DELAITRE présentent une tumeur cérébrale apparue chez une fillette de 11 ans, caractérisée au début par une réaction méningée bientôt suivie de paralysie faciale gauche, de paralysies bilatérales de la musculature extrinsèque de l'œil et de kératite neuro-paralytique double. L'enfant mourut subitement le lendemain de son entrée à l'hôpital et, à l'autopsie, on trouva une tumeur du volume d'une noix adhérant à la face postérieure du rocher gauche, et qui était vraisemblablement un myélosarcome. Les paralysies craniennes droites s'expliquaient sans doute par hypertension intra-cranienne.

Méningite purulente primitive à streptocoque hémolytique guérie par la para-amino-phényl-sulfamide. — MM. René MARTIN et DELAUNAY.

Ostéoarthropathie fébrile chronique chez une enfant de 9 ans. — M. DELTHIL présente une fillette de 9 ans atteinte de polyarthrite avec ankylose progressive apparue vers l'âge de 2 ans, et s'accompagnant de fièvre et d'un bon état général. Toutes les recherches biologiques sont négatives, et les radiographies montrent seulement une décalcification générale avec diminution d'épaisseur des os et estompage des contours articulaires. Ce cas paraît d'origine infectieuse inconnue.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1937)

Influence des injections de certains extraits splénosurrénaux sur l'évolution de maladies infectieuses aiguës. — M. J.-C. BAYLE, qui a obtenu ainsi 101 succès sur 102 cas de la grippe sévère de 1918, présente les effets de ces injections sur des courbes thermiques de pneumonies, bronchopneumonies, congestions pulmonaires asphyxiques, érysipèles, fièvres puerpérales, typhoïdes ostréaires graves : atténuation rapide de la virulence, abréviation du cycle, convalescence courte. Trois cas où le traitement a été commencé *in extremis* (pouls incomptable, filant) ont également guéri.

L'auteur pense qu'il s'agit d'une véritable immunisation de l'organisme.

Essais de traitement de l'hypertrophie de la prostate par l'acétate de testostérone. — MM. Guy LAROCHE, F. MARSAN et E. BOMPARD apportent les résultats de leur tentative de traitement de l'adénome prostatique et de ses complications par une nouvelle hormone synthétique : l'acétate de testostérone.

Ils ont utilisé cet ester à des doses journalières de 30 à 50 mgr.

Ils rapportent des cas de rétention chronique complète datant de 5 à 32 jours chez des malades âgés, et pour lesquels une insuffisance cardiaque avérée, des œdèmes étendus, de l'ascite ou un état cachectique semblaient rendre l'intervention des plus hasardeuses.

Chez 6 sujets la rétention céda entre le deuxième et le sixième jour du traitement. Les mictions, d'abord extrêmement fréquentes et d'abondance minime, se sont graduellement espacées à mesure qu'elles devenaient plus importantes et que le résidu décroissait.

Le recul du temps est nécessaire pour apprécier la valeur de ces améliorations, mais déjà l'on peut retenir que deux sujets, traités il y a six mois, ne présentent actuellement ni dysurie, ni pollakiurie, ni résidu.

Sur la rétention chronique incomplète, les résultats sont plus difficiles à préciser. Cependant, chez certains sujets on a constaté la diminution ou la disparition du résidu avec atténuation ou suppression des troubles de la miction, sous l'influence d'injections répétées d'hormone.

L'emploi de cet acétate n'a jamais déterminé le moindre trouble, et n'a apporté aucune modification des constantes sanguines.

Les auteurs ont constaté, au contraire, une remarquable reprise de l'état général.

La fibrillation cardiaque et le phényléthylbarbiturate d'yohimbine. — MM. H. BUSQUET et Ch. VISCHNIAC étudient les effets de cette substance comme préventif de la fibrillation ventriculaire de diverses origines : électrique, thermique et par hypertension. Sur le cœur isolé de lapin, l'addi-

tion du dérivé barbiturique au liquide nourricier augmente la résistance des ventricules à la trémulation provoquée par un courant faradique. La résistance est d'autant plus grande que la proportion du produit est plus forte dans la solution nutritive. D'autre part, le cœur isolé de lapin, qui fibrille lorsqu'il est irrigué par le liquide de Ringer-Locke porté à 47°, conserve des contractions coordonnées quand ce liquide surchauffé est additionné de phényléthylbarbiturate d'yohimbine. Enfin, chez le chien, le dérivé barbiturique, même administré par la bouche, prémunit contre la syncope adrénalino-chloroformique qui, on le sait, tue l'animal par trémulations ventriculaires. Cette dernière expérience légitime l'hypothèse que le produit pourrait être utile, avant l'anesthésie chirurgicale chez l'homme, pour prévenir la syncope grave du début de la chloroformisation, attribuée à une décharge brusque d'adrénaline. Enfin, l'action préventive générale du médicament contre la fibrillation suggère l'idée de l'utiliser aussi chez les sujets atteints d'angine de poitrine, dont la mort subite est due à une trémulation ventriculaire.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE

Nous rappelons à nos lecteurs que les adhésions au Congrès international de l'insuffisance hépatique sont reçues au secrétariat général du congrès : 24, boulevard des Capucines, Paris (9e) jusqu'au 1er août.

Parmi les questions qui seront étudiées au cours de cette importante manifestation médicale, celle de l'exploration fonctionnelle de l'insuffisance hépatique retiendra certainement l'attention. Un intéressant rapport est présenté à ce sujet par le professeur Glaessner, de Vienne.

Cette question du diagnostic fonctionnel, quoique bien vieille, est toujours d'actualité. Depuis l'épreuve de la glycosurie alimentaire de Colrat succédant aux travaux de Claude Bernard, physiologistes et cliniciens cherchent à diagnostiquer les déficits cellulaires hépatiques et à en mesurer l'importance. Tous les jours, de nouvelles épreuves sont proposées dont beaucoup, passées au crible de la critique des chercheurs de tous pays, retombent bien vite dans l'oubli. Cependant, peu à peu, de ce colossal effort collectif et continu, de la comparaison des résultats obtenus par physiologistes et cliniciens, se dégagent un certain nombre de faits précis et indiscutables.

Du congrès consacré à l'étude de l'insuffisance hépatique naîtra sans doute un accord entre les savants de tous les pays qui y prendront part.

NOTES POUR L'INTERNAT

ARTÈRE UTÉRINE (1)

BRANCHES COLLATERALES

L'artère utérine, dans sa portion pariétale, ne donne pas de branches.

Dans la base du ligament large, elle donne :

— Le *rameau du ligament large*, qui peut monter verticalement aller s'anastomoser avec l'utéro-ovarienne ;

— Des *rameaux urétériques* nés au croisement et divisés en T ;

— Des *rameaux vésicaux*, ou artère vésicale inférieure, nés en dehors ou au niveau du croisement et englobant l'uretère ; ils irriguent le bas-fond vésical et la portion terminale de l'uretère ;

— L'*artère cervico-vaginale* (qui, à cause de son important volume, a pu être considérée comme une branche de bifurcation) ; elle naît en dedans du croisement, va au col et au flanc du dôme vaginal. Elle donne :

— Des *rameaux cervicaux*, antérieurs et postérieurs, irriguant la portion intra-vaginale du col ;

— Des *rameaux vaginaux*, plus nombreux et plus importants, divisés en deux plans entourant l'uretère ; un *plan postérieur* de rameaux grêles irriguant le cul-de-sac vaginal postérieur sur une très petite hauteur, l'artère vaginale étant la vaginale longue. Un *plan antérieur* de rameaux irriguant le cul-de-sac antérieur et la face antérieure du vagin ;

— Des *rameaux vésicaux*, pour le bas-fond.

Quand, et cela est assez fréquent, les rameaux vésicaux naissent par un tronc commun et unique avec les rameaux vaginaux, la description de Farabeuf de l'artère génito-vésicale, *à quadruple expansion*, est réalisée :

— Branche *vésico-vaginale* en bas (artère vésicale inférieure + artère vaginale supérieure) ;

— Branche *cervico-marginale* en haut (artères du col + artères du corps).

Dans sa portion marginale, l'artère utérine donne :

— Des rameaux pour le ligament large ;

— Les *artères du col*, au nombre de 5 à 6 ; elles sont *longues*, flexueuses, *naissent par paire* (une pour chaque face ou un tronc vite bifurqué) ; elles entourent le col sans le pénétrer (d'où possibilité de la dilatation au cours de l'accouchement, possibilité de l'amputation conoïde du col sans hémorragie importante) ;

— Les *artères du corps*, au nombre de 8 à 10 ; elles sont *courtes*, elles se divisent en deux branches, une pour chaque face, et s'enfoncent aussitôt en vrille jusqu'à la garde dans le muscle (Farabeuf) ; elles *pénètrent dans le corps*. Enfin, les artères de l'utérus de chaque côté ne s'anastomosent pas (d'où possibilité de l'*hémisection utérine*) ;

— Les *artères du ligament rond*, qui communiquent avec la branche de l'épigastrique, mais de façon insignifiante ; les artérioles du ligament rond sont destinées surtout aux fibres lisses de ce ligament et au péritoine.

BRANCHES TERMINALES

Selon la description de Fredet et Rieffel, nous décrirons trois branches terminales :

— Une *branche interne*, artère *rétrograde du fond*, qui est le plus souvent double ou représentée par plusieurs artères ; c'est l'artère de *l'insertion placentaire*. Elle donne quelques petits rameaux (artère *tubaire interne*), pour la portion juxta-utérine de la trompe ;

— Une *branche antérieure*, artère principale de la trompe ; c'est l'artère *tubaire moyenne ;* elle chemine dans le mésosalpynx depuis le commencement de la trompe jusqu'au pavillon. Un peu sinueuse, elle reste à 2 centimètres au-dessous de la trompe, passe en arrière du corps de Rosenmüller (l'irrigue) et s'anastomose avec l'artère *tubaire externe*, branche de l'utéro-ovarienne ;

— Une branche *postérieure ou ovarienne*, qui chemine parallèlement et au-dessous du ligament utéro-ovarien ; elle donne à la moitié interne de l'ovaire et s'anastomose à plein canal avec une branche de l'utéro-ovarienne.

Ainsi, les artères utérines présentent des anastomoses verticales au bord de l'utérus, mais pas d'anastomoses transversales (le territoire du col communique à peine avec celui du corps) ; elles s'anastomosent largement avec les spermatiques, l'artère funiculaire et surtout avec la vaginale longue de renfort.

ROGER-JEAN CHEVALLIER.

(1) (Fin) Voir *Gaz. Hôp.*, nos 54 du 7 juillet et 58 du 21 juillet.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 61. — SAMEDI 31 JUILLET 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de médecine de Bordeaux. — Le Conseil de la Faculté a présenté pour la chaire de chimie biologique : en première ligne, M. le professeur agrégé Machebœuf ; en seconde ligne, M. Boulanger ; pour la chaire de physiologie : en première ligne, M. le professeur agrégé R. Fabre ; en seconde ligne, M. le professeur agrégé de Grailly ; pour la chaire de matière médicale : en première ligne, M. le professeur agrégé Vitte ; en seconde ligne, M. Roque.

Faculté de médecine de Lyon. — Le concours du clinicat s'est terminé par les nominations suivantes :

Chef de clinique médicale (Prof. Savy) : MM. Jeune et Riou.

Chef de clinique chrurgicale (Prof. Tixier) : M. Charton.

Chef de clinique infantile (Prof. Mouriquand) : docteur Wenger.

Chef de clinique ophtalmologique (Prof. Bonnet) : docteur Bonnamour.

Les chaires d'anatomie pathologique (dernier titulaire : M. Favre) et de chirurgie opératoire (dernier titulaire : M. Patel) de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon sont déclarées vacantes.

Faculté de médecine de Nancy. — Sont nommés chefs de clinique médicale : M. Pierre Briquet, en remplacement de M. Giraud, à dater du 1er juillet 1937 (service de M. le professeur Richon) ; M. Louis Pierquin, en remplacement de M. Grandpierre, à dater du 1er novembre 1937 (service de M. le prof. Perrin).

Ecole de médecine d'Angers. — M. le docteur Thouvenin, professeur de pathologie chirurgicale à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Angers, a été nommé professeur de clinique chirurgicale.

Ecole de médecine de Dijon. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, s'ouvrira le lundi 7 février 1938 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

Un concours pour l'emploi de chef des travaux de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Université de Dijon, s'ouvrira le vendredi 12 novembre 1937, au siège de cette Ecole.

Distinctions honorifiques. — MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'argent :* M. le médecin lieutenant-colonel Louis Thomas, détaché au ministère de la Santé publique ; M. Jean Cauvy, interne à l'hôpital Trousseau ; M. André Guny, interne à l'hôpital de la Pitié ; M. Jean Sebileau (La Roche-sur-Yon) ; M. Paul Barre (Casablanca) ; M. Francisque Jaubert (Casablanca) ; M. Edmond Secret (Fès) ; M. Jean Michel, médecin lieutenant à Zarsis (Tunisie).

Médaille de bronze : M. Jean Bouysson (Marseille) ; M. Sébastien Cantini, interne à l'hôpital d'Aix ; M. René Voisin, externe des hôpitaux de Marseille ; M. Roger Lefrançois (Villard-de-Lans) : M. Pierre Ribaud (Eybens, Isère) ; M. Lucien Nilus (Abreschwiller) ; M. Pierre Tison (centre anticancéreux de la région du Nord) ; M. René Croste (Bayonne) ; M. Adolphe Leufflen (Masevaux) ; M. René Sprecher, interne des hospices de Lyon ; M. Michel Alexiou (Paris) ; M. Jacques Bruneau, externe à l'hôpital Hérold ; M. Jean Coupin, externe à Necker-Enfants malades (Paris) ; Mme

Antoinette Hector, interne à l'hôpital Hérold (Paris) ; Mlle Félicie Kletter, externe à Trousseau (Paris) ; M. André Pougin (Paris) ; M. Ichek Sszpidbaum, externe aux Enfants-Assistés (Paris) ; M. Jean Audebert (Sbeitla, Tunisie).

Le Congrès international de l'enseignement médical à Berlin. — Du 21 au 24 août, le 3e congrès international de l'enseignement médical se réunira à Berlin. Il commencera par une conférence du chef des médecins allemands, le docteur Gerhard Wagner, sur la situation du médecin dans l'Allemagne nouvelle. Il y aura notamment des rapports sur la lutte contre le cancer comme objet de l'enseignement médical, des visites de l'hôpital Rudolf-Hess et du musée de l'hygiène de Dresde. Les congressistes pourront faire des voyages d'études à Cologne, Francfort, Nüremberg, Munich, ainsi que dans des villes d'eaux comme Aix-la-Chapelle, Wiesbaden, Hamburg, Nauheim, Baden-Baden.

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE (Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas). — M. le professeur BRINDEAU et M. le docteur LANTUÉJOUL, agrégé, feront du lundi 2 août au samedi 7 août un cours selon le programme ci-dessous.

Lundi : La césarienne basse (avec films), M. BRINDEAU ; mardi : La symphysectomie à la Zarate (avec films), M. LANTUÉJOUL ; mercredi : Le forceps Demelin (avec films), M. LANTUÉJOUL ; jeudi : La myomectomie au cours de la puerpéralité, M. BRINDEAU ; vendredi : L'évacuation de l'utérus par voie haute dans la grossesse jeune, M. LANTUÉJOUL ; samedi : Le dosage des hormones au cours de la puerpéralité, M. BRINDEAU.

Droit d'inscription : 100 francs.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, et salle Béclard (A.D.R.M.), tous les jours, de 9 h. 30 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

COURS DE BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE. — Sur l'invitation du docteur J.-M. Le Mée, chef du service O.-R.-L. à l'hôpital Necker-Enfants-Malades, le docteur Chevalier Lawrence Jackson, professeur de clinique broncho-œsophagoscopique à Temple University de Philadelphie, commencera, le 1er septembre 1937, un cours théorique et pratique de broncho-œsophagoscopie, avec la collaboration des docteurs Maurice Bonnier, Fernand Eeman, A. Soulas et J. Vialle, anciens assistants de la Clinique broncho-œsophagoscopique de Philadelphie.

Les leçons théoriques et les démonstrations cliniques auront lieu le matin, dans la nouvelle installation de broncho-œsophagoscopie du pavillon Blumenthal, à l'hôpital Necker-Enfants-Malades.

Les exercices pratiques auront lieu l'après-midi à l'Ecole d'anatomie des Hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin (docteur Robineau, chirurgien honoraire des hôpitaux, directeur).

Le cours sera fait en français et en anglais ; il comprendra 10 leçons et sera terminé le 11 septembre 1937.

Pour la bonne organisation des exercices pratiques, le nombre des participants est limité à 12.

Droit d'inscription : 2.000 fr. — Un diplôme sera délivré à la fin du cours.

Pour tous renseignements et inscrption, s'adresser au docteur Zha, assistant du Service d'oto-rhino-laryngologie, hôpital Necker-Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, Paris.

LIVRES NOUVEAUX

Le retentissement nerveux des phénomènes de choc, par Paul de FONT-REAULX, Paris. Victor Degrange, 1937.

A l'origine de divers syndromes nerveux cliniquement dissemblables, on peut trouver un mécanisme pathogénique commun : celui que met en jeu l'injection sérique. Il s'agit là de phénomènes de choc qui ont déterminé des lésions nerveuses, phénomènes essentiellement différents de l'intoxication.

L'auteur en a étudié le retentissement tantôt direct : œdème, hémorragies, atteintes cellulaires, réactions méningées, tantôt indirecte : troubles vasculaires, syringomyélie, infection. Il s'est ensuite attaché à reproduire par une expérimentation ingénieuse des tableaux semblables à ceux que montre la clinique. Il a pu ainsi réaliser des lésions anatomiques polymorphes en mettant en jeu une anaphylaxie aiguë. La recherche était d'autant plus délicate qu'il suffit souvent d'une irritation minime pour obtenir des lésions graves. L'auteur a su faire apprécier à sa juste importance le rôle de la barrière hémato-encéphalique pour la protection du système nerveux.

Il a apporté ainsi une contribution des plus originales et qui permet les plus grands espoirs pour l'avenir, à l'étude des réactions allergiques et de la place qu'elles tiennent en pathologie nerveuse. L'importance pratique d'une telle étude n'est pas moindre, puisque sérothérapie et vaccinothérapie tiennent une place de plus en plus importante dans la pratique médicale et qu'il importe au plus haut point de connaître un mécanisme pour en prévenir des actions secondaires indésirables.

L. BABONNEIX.

Le traitement des manifestations cardiaques dans la maladie de Basedow, par le docteur André LEMAIRE, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux de Paris, 1937, 1 vol. gr. in-8° de 44 pages. (Collection *Les Thérapeutiques nouvelles.*) J.-B. Baillière et Fils, éditeurs. Prix : 14 fr.

Il y a peu de temps encore, l'examen du cœur d'un goitreux exophtalmique ne laissait percevoir qu'une tachycardie banale, quelques extrasystoles, des palpitations ; ces signes ne demandaient d'autre traitement que celui du goitre exophtalmique lui-même ; aussi une étude comme celle que nous présentons eût-elle paru inutile.

En moins d'un an, un brusque changement d'opinion s'est opéré, ce qui permet d'affirmer qu'on assiste actuellement à une révision totale des notions qui semblaient parfaitement assises.

C'est avec cet esprit nouveau que l'auteur a développé, dans ce livre, les différents modes de traitement et les manifestations cardiaques de la maladie de Basedow.

L. G.

Nécrologie. — Le docteur Decay, de la direction du S.S. des troupes coloniales à Hanoï.

Le docteur Marie-Joseph Lefâvre, à Chaillac.

— Le docteur Laveylie, d'Arras, décédé accidentellement.

REVUE GENERALE

LES FORMES NEURO-MÉNINGÉES DE LA SPIROCHÉTOSE D'INADA ET IDO

PAR MM

HENRI ROGER
Professeur à la Faculté de Médecine de Marseille

JEAN VAGUE
Interne des hôpitaux

Une riche symptomatologie nerveuse accompagne habituellement la forme hépatorénale de la spirochétose d'Inada et Ido, et nul ne peut ignorer aujourd'hui l'importance du syndrome méningé dans le tableau clinique de cette infection, ni même l'existence de ses formes méningées, formes mises en évidence depuis quelques années par de nombreux travaux.

Dès les premières publications, et surtout dès l'ouvrage de Martin et Pettit, la maladie des auteurs japonais fut considérée comme nettement délimitée au point de vue étiologique, clinique et anatomo-pathologique. Il s'agissait à peu près toujours d'une hépatonéphrite et même exclusivement de celle que nous qualifions aujourd'hui d'hyperplasique ; en pratique, le spirochète ne déterminait presque jamais d'autre forme anatomo-clinique.

De multiples publications, parmi lesquelles les principales étaient dues à Costa et Troisier, ébranlèrent quelque peu cette conception trop étroite ; mais ce fut surtout l'ouvrage de J. Troisier et Y. Boquien en 1933 qui, en révélant la fréquence relative de la Spirochétose méningée, nous apprit à voir dans le parasite d'Inada et Ido autre chose qu'un virus à tropisme hépatorénal exclusif. Depuis, d'autres travaux nous ont dévoilé l'existence des formes viscérales de la spirochétose, soit pures, soit associées à l'hépatonéphrite ; le type hyperplasique habituel de cette dernière ne semble même pas en être aujourd'hui la seule forme anatomo-clinique, et nombreux sont les aspects sous lesquels cette affection de mieux en mieux connue peut se présenter à nous. De plus en plus, le Spirochète se rapproche de nombreux autres germes par sa faculté de pouvoir déterminer, à côté ou en dehors de ses lésions habituelles, d'autres atteintes viscérales, auxquelles les descriptions primitives ne nous avaient pas accoutumés.

A l'opposé de la conception première de la Spirochétose ictéro-hémorragique, nous devons donc considérer aujourd'hui la Spirochétose d'Inado et Ido comme représentant essentiellement une septicémie due au germe des savants japonais, septicémie dont la traduction la plus directe et la plus fréquente sera certes une hépatonéphrite, mais dont les localisations pourront aussi se porter sur presque tous les appareils. Comme au cours des autres septicémies, ces localisations pourront être isolées, absolument pures, ce sont les formes les plus rares ; plus habituellement rencontrerons-nous ces manifestations viscérales associées à l'inflammation hépatorénale, venant parfois la compliquer, mais pouvant aussi en précéder les premiers symptômes.

Parmi les localisations diverses de la Spirochétose, les localisations nerveuses nous paraissent actuellement les plus fréquentes et les plus variées. Signalées dès les premiers travaux de la Grande Guerre par Costa et Troisier, Bloch et Hébert, Sacquépée et Boidin, et même en partie décrites quelques années auparavant, sans qu'on ait pu préciser leur étiologie véritable, par Laubry et Parvu, Laubry et Foix, Widal, Lemierre, Cattani et Kindberg, Rist et Rolland, Caussade et Logre, Guillain et Ch. Richet Fils, Okuro, ces formes nerveuses furent l'objet depuis 1918 d'un certain nombre de travaux parmi lesquels le plus important est l'ouvrage de J. Troisier et Y. Boquien sur la Spirochétose méningée.

Mais parallèlement aux formes méningées pures ou associées sortirent aussi de l'ombre les localisations nerveuses du Spirochète aux divers étages de l'axe cérébro-spinal avec les publications françaises de Kahn et Debré, Boidin, Villaret, Bénard et Blum, Troisier, Mlle Erber et Monnerot-Dumaine, Leconte et Mlle Joltrois ; les travaux étrangers de Schinozaci, Ino-Kubo, Sala pour ne noter que les principaux.

Tout récemment enfin, des observations de Cochez et Fichet, J. Marie et P. Gabriel, Labbé, Boulin, Unry et Ullman, Troisier, Bariéty, Mlle Erber, Brouet et Mlle Sifferlen, G. Guillain et P. Lereboullet, Hamburger, Quellien et Baruk, Brahic, Recordier et Vague, Halbron et Klotz, Mollaret, Terroir et Mlle Erber, Moreau et R. David, Tamalet, de Lavergne, Accoyer et Helluy, Rimbaud, Jenbon et Mlle Bracque-Bordenave, Noothowen van Goor, la mise au point de Roch au XXIVe Congrès français de Médecine, sont venues apporter à la question des formes neuroméningées de la Spirochétose des précisions qui lui manquaient encore.

C'est, après l'appareil hépatorénal, sur les espaces sous-arachnoïdiens que se porte avec prédilection le Spirochète des auteurs japonais, mais nous verrons que, à part ces *formes méningées*, d'autres localisations nerveuses plus rares peuvent aussi s'observer et que la Spirochète est capable d'exercer ses ravages sur les plus grandes parties des territoires du névraxe (f. *encéphaliques*, *médullaires*, *névritiques*, *myalgiques*).

Rappelons ici, une fois pour toutes, que l'ÉTIOLOGIE des formes nerveuses est identique à celle des formes hépatorénales. Il apparaît que seul le Spirochète ictérohémorragique peut être mis en cause et que le rôle des spirochètes dits aquicoles incriminés par Ullenluth et Zuelzer, Bessemans et Thiry ne peut être retenu d'une manière certaine ; c'est ce qui ressort en tout cas des divers travaux de P. Mollaret et B. Erber. La contamination paraît se faire par les mêmes voies, parmi lesquelles la *voie hydrique* est certainement la plus importante.

La durée d'incubation semble beaucoup plus courte (5 jours) dans ces derniers cas que dans ceux où l'infection par le spirochète emprunte une autre voie : 15 jours alors (De Lavergne). Aucune cause prédisposante n'a pu être véritablement mise en valeur.

I. — LES FORMES MENINGEES

Depuis la remarquable mise au point de Troisier et Boquien en 1933, quelques travaux nouveaux ont complété nos connaissances sur les formes méningées de la Spirochétose. Ils nous ont appris que, dans ce chapitre de la Pathologie comme dans la plupart des autres, il existe entre les formes en apparence les plus opposées de multiples aspects de transition.

On peut aujourd'hui considérer de la façon suivante ces formes méningées :

1° La septicémie à spirochètes peut se localiser à peu près uniquement sur la leptoméninge ; nous aurons alors des « *formes méningées pures sans ictère ni azotémie* ».

2° L'atteinte prédominante des méninges peut s'accompagner de symptômes traduisant la participation hépatique ou rénale au processus morbide. Ce seront alors les « *formes méningo-hépato-rénales anictériques ou ictériques* ».

3° Enfin, la symptomatologie méningée pure peut se voir sans aucun symptôme liquidien, alors que d'autres troubles biologiques plus importants, tels que l'hyperazotémie, stigmatisent le rôle du foie et du rein à l'origine des troubles observés : « *Formes à symptomatologie méningée sans réaction liquidienne* ».

A. Forme méningée pure

Elle a été parfaitement décrite dans la monographie de Troisier et Boquien, dont les publications récentes n'ont que fort peu modifié les conclusions.

Le nombre des observations publiées est à notre connaissance de 25 ; on relève 14 cas de formes méningées absolument pures dans l'ouvrage de Troisier et Boquien, la forme décrite par ces auteurs sous le nom de formes à poussées successives en représentant un type parfait et devant être comprise dans ce groupe ; depuis 11 autres en ont été publiées : deux par Cochet et Fichet, une par Noothoven van Goor, une par Harbron et Klotz, une par F. Troisier, Bariéty, Mlle Erber, Brouet et Mlle Sifferlen, deux par F. Marie et P. Gabriel, une par Guillain et Lereboullet, trois par De Lavergne, Accoyer et Helluy (1).

L'aspect clinique en est d'une remarquable uniformité ; son observation doit être complétée par la recherche du syndrome liquidien et biologique.

1° Le syndrome clinique. — *a*) **Le début** est toujours brusque, en pleine santé, survenant plus souvent le soir, au cours du repas (Debray et Jonesco), parfois la nuit, plus rarement au matin (Apert et Broca). Les cas sont exceptionnels du début en deux temps, le syndrome méningé ne se constituant alors qu'après deux à trois jours d'un épisode d'allure grippale : asthénie, frissons (Laignel-Lavastine, Boquien, Meersemann, Fiess et Connnel, De Lavergne).

(1) On peut rapprocher de ces observations un cas de Haslé, Toullec et Vancel (obs. 9) : syndrome méningé très discret ; 9,2 lymphocytes avec 0,32 gr. d'albumine dans le l.c.r. ; preuves étiologiques insuffisantes (spirochéturie à l'examen direct). Von Kramer rapporte également trois cas de syndrome méningé aigu anictérique survenus après une baignade, mais n'a pas pratiqué de ponction lombaire.

b) Habituellement c'est donc en quelques heures que le malade parvient à la **période d'état** de son affection et que le syndrome méningé est constitué : une céphalée diffuse, parfois à prédominance frontale, continue avec paroxysmes, une rachialgie intense qui peut manquer toutefois (Debray et Jonesco), des myalgies généralisées prédominant aux mollets, des douleurs paraombilicales (Sacquépée et Boidin) attribuées par ces auteurs à l'irritation solaire, des arthralgies, de la constipation, des vomissements, affectant souvent le type cérébral et observés dans 80 % des cas d'après Troisier et Boquien réalisent un ensemble commun à toutes les méningites aiguës et ne peuvent servir à en distinguer la spirochétose.

Du plus vif intérêt, parfois caractéristiques, sont les symptômes révélés par l'examen ; ce dernier permet d'observer une triade maintenant classique, bien mise en évidence par Troisier et Boquien : un syndrome méningé, l'herpès, l'injection conjonctivale.

Le Syndrome méningé ne fait jamais défaut ; son intensité est des plus variables ; il ne présente aucun caractère particulier qui puisse permettre de le différencier des syndromes méningés aigus. Sa durée est à peu près proportionnelle à son intensité ; elle est en moyenne d'une semaine, ses limites étant comprises entre quelques heures (Meersemann, Friess et Connel), et 17 jours (Costa et Troisier). Raideur de la nuque et signe de Kernig sont en général modérés, le signe de Brudzinski est parfois mentionné dans ses deux variétés, l'hyperesthésie cutanée est fréquente ; la raie méningitique est notée dans 23 % des cas, d'après Costa et Troisier.

L'Herpès s'observe chez un tiers des malades ; son apparition est le plus souvent précoce ; habituellement péribuccal, il n'est pas rare de le voir siéger sur les paupières, en particulier la paupière supérieure.

L'Injection conjonctivale est à peu près spécifique chez nous de la Spirochétose. Si ailleurs qu'en France elle peut se voir dans la fièvre jaune ou les fièvres récurrentes, dans nos pays elle signe presque le diagnostic de Maladie d'Inada et Ido. On connaît sa valeur et sa fréquence dans la forme hépato néphritique; elle ne manque pas non plus au cours de la plupart des formes méningées pures ; la partie supérieure de l'œil est plus particulièrement infectée ; la durée de ce symptôme s'étale sur huit à quinze jours.

L'interrogatoire et l'examen révèlent d'autres *signes oculaires*, qui appartiennent plus spécialement à la série méningée : photophobie, douleur à la pression des globes oculaires. Les autres symptômes oculaires sont plus rares ; l'iritis, fréquente dans les formes hépatorénales, n'a été observée qu'une fois par Troisier et Boquien.

L'examen neurologique est par ailleurs à peu près négatif. Les réflexes tendineux sont normaux, parfois vifs, plus rarement diminués ou abolis comme dans la forme hépatorénale, où il est courant de noter de l'hyporéflectivité.

Les signes généraux sont ceux que nous connaissons à la spirochétose. La température évolue comme dans l'hépatonéphrite ; elle est habituellement élevée, atteignant souvent 40°. Troisier et Boquien soulignent

la fréquence de la courbe diphasée au début de la maladie ; une chute assez brusque de la température étant suivie d'une réascension presque immédiate et rapide ; cet aspect diphasé ne doit pas être confondu avec la rechute ultérieure qui survient plus tard et s'installe beaucoup plus lentement. Le pouls est dissocié d'avec la température dans la moitié des cas environ ; aucune des irrégularités qui s'observent dans les autres méningites et particulièrement dans la méningite tuberculeuse n'a été notée. La tension artérielle est bonne, légèrement diminuée.

« *Le Syndrome vasculo-sanguin* » de la spirochétose méningée est habituellement réduit au minimum, à part l'injection conjonctivale. L'épistaxis assez fréquente survient surtout dans les quatre premiers jours ; les autres troubles sont insignifiants. Il n'y a pas de signe d'hémogénie. On peut noter une anémie légère. Il existe de la leucocytose avec polynucléose ; la myélocytose neutrophile de la forme hépatorénale est rare et discutée (1 myélocyte : Garnier). Wilmans et Renaux ont retrouvé vers la fin de la maladie l'éosinophilie qu'on observe d'habitude à la dernière période de l'hépatonéphrite à spirochètes. Il n'est pas rare de constater au moment de la convalescence de la leucopénie avec neutropénie.

« *La poursuite de l'examen* » peut nous révéler une très discrète hépatomégalie ; un point phrénique droit (20 % des cas : Troisier et Boquien), une rate percutable dans un tiers des cas, rarement une intumescence ganglionnaire (on connaît l'affinité habituelle du spirochète pour le système lymphatique) ; du côté pulmonaire, un peu de bronchite, de la dyspnée sine materia toujours discrète. Les reins ne sont ni douloureux ni palpables. Si alors nous examinons l'appareil hépatorénal au point de vue de son fonctionnement et de sa réaction au processus infectieux, que notons-nous ? Une oligurie relative comme dans toutes les pyrexies aiguës, oligurie qui aboutira ultérieurement à une crise polyurique, soit avant la rechute, soit beaucoup plus tard ; dans les urines de l'albumine à un taux très faible et ce dans 40 % des cas seulement, albuminurie qui par ailleurs ne durera pas autant que la maladie. Costa et Troisier ont pu trouver des cylindres granuleux, Meersemer des globules blancs ; il n'y a ni sels ni pigments biliaires et l'urobilinurie est inconstante et tardive.

L'examen du sang enfin ne révélera *pas d'hyperazotémie* ou une azotémie des plus discrètes ne dépassant pas 0,50, c'est-à-dire un taux normal pour une maladie fébrile aiguë. Il n'y a donc au cours de la spirochétose méningée ni rétention azotée, ni hyperproduction uréique, pas plus d'hyperazotémie qu'il n'y aura d'hyperuréorachie. *La spirochétose méningée pure n'est pas une hépatonéphrite.*

c) **L'évolution** de la spirochétose méningée est calquée sur celle de la spirochétose ictéro-hémorragique. La fièvre tombe vers la fin de la première semaine, en même temps que s'atténue le syndrome méningé et qu'apparaît une crise polyurique. C'est habituellement du quatorzième au vingt-troisième jour que survient la rechute. Il s'agit, comme y insistent Troisier et Boquien, d'une véritable rechute ; la température s'élève à nouveau, encore que cette ascension soit rarement très prononcée, les températures les plus rarement notées étant de 38,5. Mais surtout le syndrome méningé réapparaît, quoique plus atténué cette fois (dans certaines formes fébriles pures, il a pu ne se manifester qu'à ce moment-là) ; les conjonctives réapparaissent injectées ; on peut observer des épistaxis ; l'examen viscéral est, comme au cours de la première phase, à peu près négatif. La forme méningée de la spirochétose a donc une rechute qui, elle aussi, est purement méningée et les rechutes hépatorénales (elles existent) avec subictère, azotémie, albuminurie, ne permettent pas de ranger les cas où on les observe dans la spirochétose méningée pure. La durée de la rechute est de 6 à 12 jours : il n'est pas rare de la voir se répéter trois à quatre fois (Debray et Jonesco) ; on peut aussi ne pas l'observer (De Lavergne, Accoyer et Helluy).

Ajoutons que nos connaissances sont aussi limitées sur les causes de cette rechute que sur celles de la recrudescence fébrile dans la forme hépatorénale ; les diverses théories invoquées pour l'expliquer s'appliquent aussi bien aux formes méningées. En particulier, ni l'azotémie ni les sels biliaires ne peuvent être retenus. Signalons cependant que de plus en plus le phénomène de la rechute semble représenter une caractéristique biologique des infections à spirochètes, et partant, en liaison étroite avec le germe même beaucoup plus qu'avec les réactions individuelles de l'organisme infecté.

Quoi qu'il en soit, un dernier caractère clinique est propre à la spirochétose méningée, c'est son habituelle bénignité. Si les cas de mort sont malheureusement encore trop fréquents par hépatonéphrite à spirochètes, la spirochétose méningée pure a jusqu'à présent toujours guéri. Elle laisse souvent un malade très affaibli, voué à une longue convalescence, qui conserve de sa maladie une maigreur et une anémie souvent persistantes. Il n'est pas rare enfin qu'une alopécie diffuse ou en clairières soit une marque plus ou moins durable de l'infection par le spirochète.

2° Le syndrome liquidien et les réactions biologiques. — Au cours de l'hépatonéphrite à spirochètes, la réaction méningée est à peu près constante. Le liquide hypertendu retiré par ponction lombaire présente une réaction albumino-cytologique d'importance variable, de l'hyperuréorachie, de l'hyperglycorachie; il contient, comme le sérum, des pigments et des sels biliaires. Cette réaction s'observe dès la phase préictérique (De Monchy).

Le L.C.R. de la spirochétose méningée est tout à fait différent de ce type. Le liquide toujours clair est habituellement *hypertendu. L'hypercytose* très variable est constante ; la moyenne en est de 2 à 300 éléments par mm^3 au cours de la première semaine. Tapie et Bonhoure en ont compté 1.300 au 15e jour. La formule en doit être retenue, car elle est d'une grande importance par les diagnostics différentiels qu'elle peut soulever. Presque toujours mixte, fréquemment à polynucléaires au début, elle évolue ultérieurement vers la lymphocytose pure, donnant ainsi le change avec l'image liquidienne de toutes les

réactions méningées. De Lavergne, Accoyer et Helluy tout récemment mettent en évidence le caractère secondaire de la réaction méningée, le L.C.R. pouvant être encore normal au 2e et même au 4e jour. Harvier et Mlle Weber, Troisier et Boquien rappellent la fréquence avec laquelle on trouve des hématies dans le L.C.R., même en l'absence d'un syndrome hémogénique. Au point de vue du pronostic, si les formes à réaction cellulaire importante paraissent les plus graves, les rapports sont tout de même assez lâches entre l'hypercytose et la gravité de l'évolution.

L'*Albuminorachie* est en partie dissociée d'avec l'hypercytose, les taux de 0,40 à 0,50 étant parmi les plus fréquents. Les *chlorures*, rarement dosés, paraissent normaux dans les cas où leur étude a été pratiquée ; rappelons que leur taux est habituellement diminué dans la forme hépatorénale et dans la méningite tuberculeuse.

Troisier et Boquien remarquent que l'*hyperglycorachie*, quoique fréquente, est moins marquée que dans l'hépatonéphrite ; elle est notée dans la plupart des observations récentes, son taux le plus courant oscillant autour de 0,60.

Il est fâcheux que l'uréorachie n'ait été que rarement recherchée ; elle est cependant normale dans les observations qui la mentionnent, et il est peu probable qu'elle soit élevée dans les autres, l'azotémie ne dépassant pas elle-même son taux physiologique. *Azotémie, uréorachie normales* sont des éléments importants de différenciation des formes méningées pures de la spirochétose, démontrant que le processus infectieux est nettement localisé aux espaces sous-arachnoïdiens.

L'action du spirochète se portant électivement sur les méninges, c'est dans le l.c.r. qu'il faut rechercher spécialement *le germe* en cause et ses traces. Malgré ce, dans les cas où cette recherche a été faite, l'examen direct n'a jamais montré la *présence de germes.* L'inoculation par contre est positive 4 fois sur 9 d'après Troisier et Boquien, exactement dans les mêmes proportions qu'au cours de la spirochétose ictéro-hémorragique ; elle a été positive dans l'observation 2 de Cochez et Fichet, négative dans un cas de F. Marie et P. Gabriel, négative aussi dans une observation de Guillain et Lereboullet ; la durée d'incubation chez l'animal est plus courte après injection de liquide qu'après injection de sang. L'inoculation a d'autant plus de chances d'être positive qu'elle est faite plus précocement.

A ces examens, il faut ajouter encore dans l'étude du l. c. r. deux recherches : celle des agglutinines et la réaction du benjoin colloïdal.

a) Recherche des agglutinines. — Rappelons tout d'abord que la réaction n'est positive qu'avec le spirocheta ictero-hemorragiœ et non avec les spirochètes aquicoles, dont la réaction se distingue lorsqu'on observe leur agglutination par le caractère lâche et imprécis de cette dernière et l'absence du phénomène de zone (Mollaret et B. Erber). Ce fait à lui seul pourrait presque suffire à nous fixer sur l'étiologie réelle de la spirochétose méningée.

Alors que dans le sang, l'épreuve du séro-diagnostic est positive à des taux considérables, pouvant s'élever à 1/5.000.000, dans le l. c. r. la séro-agglutination ne se fait habituellement qu'à des taux très bas, oscillant autour de 1/200, souvent plus bas (1/100 de Lavergne), ne dépassant jamais 1/50.000 et ne se maintenant que fort peu à ce degré. Toujours la réaction du liquide apparaît après celle du sang ; comme pour cette dernière, son taux s'élève progressivement jusqu'à la convalescence.

La raison de cette dissociation paradoxale du pouvoir agglutinant du liquide et du sérum a été donnée par P. Mollaret, B. Erber et J. Ferroir dans leurs travaux récents sur la perméabilité méningée au cours de la spirochétose. Alors qu'au cours de nombreuses réactions méningées la fuchsine traverse aisément la barrière méningée, il n'en est pas de même dans la spirochétose où : « la barrière méningée même malade conserve son rôle protecteur vis-à-vis du système nerveux ». Les agglutinines formées dans le sang, ne passent que très peu nombreuses dans le l. c. r. Pour Mollaret et Mlle Erber, « rien ne sépare, au point de vue physio-pathologique, les réactions méningées des spirochétoses ictérigènes de celles des spirochétoses méningées pures ». Cela du reste ne signifie pas que l'action du spirochète ne se porte pas électivement dans ces cas sur les espaces sous-arachnoïdiens, les agglutinines même alors ne trouvant pas leur origine au niveau de la leptoméninge.

b) Quant à la *réaction du benjoin colloïdal*, elle a été trouvée positive dans la zone méningitique par Harvier et Mlle Weber. P. Mollaret et J. Ferroir, l'ayant recherchée récemment dans la forme hépatorénale, ont trouvé une précipitation, une fois dans la zone méningitique, une autre fois dans la zone syphilitique chez un autre malade indemne de toute syphilis.

Si l'étude du l. c. r. constitue un des éléments principaux du diagnostic, les autres réactions biologiques sont cependant indispensables à pratiquer. La recherche directe du spirochète dans les urines, l'inoculation des urines au cobaye (avec les précautions indispensables que nous connaissons), la recherche des agglutinines dans le sang, l'hémoculture sur sérum de lapin dilué au 1/10 (Baermann et Zuelzer) ou sur milieu de Martin, la réaction des immunisines, donnent des résultats absolument identiques dans l'hépatonéphrite et dans la méningite à spirochètes.

Dans un cas récent de Troisier, Bariéty, Mlle Erber, Brouet et Mlle Sifferlen, le sérodiagnostic au T.A.B. se montra fortement positif au bacille d'Eberth, négatif pour les paratyphiques. Le malade avait été vacciné au vaccin polyvalent. Mais les auteurs remarquèrent avec raison que la possibilité d'une réactivation du séro-diagnostic vaccinal ne pouvait se poser, du moment que les paratyphiques A et B n'étaient pas agglutinés. Les divers examens biologiques mirent en cause le spirochète ; il s'agissait par ailleurs d'une spirochétose méningée absolument caractéristique. Aussi, avec les auteurs faut-il se demander si la contamination à la fois par le spirochète et le bacille typhique n'est pas à incriminer dans les autres cas de méningotyphus qui ont été décrits, le spirochète jouant alors bien entendu le rôle principal à l'origine des manifestations méningées.

Des observations qui précèdent, il est aisé de conclure que la spirochétose méningée pure occupe une place bien à part dans les formes de la spirochétose par le caractère strict de sa localisation. Septicémie primitive incontestable, la maladie d'Inado et Ido est capable de se localiser et de se localiser uniquement sur la leptoméninge, c'est ce qu'elle fait dans sa forme méningée pure, au cours de laquelle aucun autre symptôme clinique ou biologique ne vient révéler la lésion d'un autre organe.

B. Forme méningo-hépato-rénale

Jusqu'ici nous n'observions dans la Spirochétose méningée pure aucune atteinte du foie et du rein. Dans les formes dont la description va suivre, une hépatonéphrite plus ou moins prononcée accompagne les phénomènes nerveux rapprochant ainsi ce groupe de la spirochétose ictéro-hémorragique.

Troisier et Boquien décrivent dans leur monographie une forme méningo-subictérique et une forme rénale, la deuxième caractérisée par l'absence d'ictère ou la présence d'un très léger subictère seulement, et d'une azotémie plus ou moins fruste. En fait, ce que nous savons aujourd'hui de la pathogénie des azotémies au cours de la spirochétose et même des azotémies aiguës en général, doit nous faire incriminer beaucoup plus le foie que le rein à l'origine de cette augmentation de l'urée sanguine. Forme subictérique et forme azotémique traduisent toutes deux la participation hépatique au processus infectieux. Toutes deux sont hépatiques et probablement hépato-rénales. Aussi en distinguerons-nous trois types, les formes méningo-hépato-rénales anictériques, les formes subictériques, les formes ictériques, ces dernières nous rapprochant, comme nous l'avons vu plus haut, de la forme ictéro-hémorragique de la spirochétose.

a) FORME MÉNINGO-HÉPATO-RÉNALE-ANICTÉRIQUE. — Cette forme paraît extrêmement rare ; il semble que l'observation de Sacquépée et Boidin citée par Troisier et Boquien doive appartenir en effet au groupe que nous verrons plus loin de spirochétose à symptomatologie méningée, mais sans syndrome liquidien. Harvier et Charron ont rapporté en 1926 le cas d'une spirochétose à symptomatologie méningée clinique avec réaction liquidienne compliquée ultérieurement d'hyperazotémie et de néphrite hématurique, mais ces deux séries de troubles paraissent avoir évolué séparément.

Plus récemment, nous devons à Lemierre et Laplane une observation de syndrome méningé aigu avec azotémie à 0,80 dans laquelle manque malheureusement l'examen du l. c. r. Tout dernièrement enfin, Rimbaud, Janbon, Mlle Labraque et Bordenave rapportaient un cas de spirochétose rentrant dans ce groupe : syndrome grippal avec azotémie à 1 gr., oligurie et albuminurie lors de la première poussée ; apparition lors de la recrudescence fébrile d'une réaction méningée clinique et liquidienne : 216 éléments dont 38 % de polynucléaires, 1 gr. 45 d'albumine, 7 gr. de chlorures, 0 gr. 49 de glucose; régression rapide; le chiffre de l'azotémie abaissée à 0,35 plus tard n'est pas connu au moment même de l'apparition du syndrome méningé ; séro-diagnostic positif. Les symptômes hépato-rénaux et méningés semblent donc avoir été successifs dans cette observation, beaucoup plus que simultanés, en sorte que les cas où le spirochète atteint à la fois les méninges et l'appareil hépato-rénal sans produire d'ictère peuvent être considérés aujourd'hui comme des cas d'exception.

b) FORME MÉNINGO-SUBICTÉRIQUE. — Il en existe huit observations, cinq rapportées par Troisier et Boquien, une de Lemierre, une autre de Cochez et Fichet, une enfin de J. Marie et P. Gabriel. Le subictère est habituellement localisé aux muqueuses, ne colorant que fort peu les téguments ; sa durée est courte, il apparaît du 4e au 10e jour.

Le foie est un peu augmenté de volume, les selles sont colorées, les urines peuvent contenir des pigments (3 fois sur 8 : un cas de Troisier et Boquien, un de Cochez et Fichet, un de J. Marie et P. Gabriel). Costa et Troisier ont trouvé de la bilicyanine ; les réactions des sels biliaires sont positives dans la moitié des cas. L'urobilinurie est constante. Les urines contiennent de l'albumine en faible quantité, des cylindres granuleux et des hématies. L'azotémie s'élève légèrement aux environs de 0,50. Costa et Troisier ont noté une diminution de la constante uréo-sécrétoire. Il n'est pas rare d'observer un petit syndrome hémogénique et les épistaxis sont signalées dans la moitié des observations.

Les symptômes méningés sont les mêmes que dans les formes précédentes. L'évolution est aussi bénigne, vers la guérison.

L'un de nous a publié avec Paillas l'observation d'une méningite lymphocytaire aiguë bénigne, qui fut suivie d'une rechute fébrile avec ictère léger. Quoique nous n'ayons pu effectuer dans ce cas aucune recherche sérologique, nous avons eu l'impression clinique d'une spirochétose ictéro-hémorragique.

c) Avec les FORMES MÉNINGO-ICTÉRIQUES, nous rejoignons la spirochétose ictéro-hémorragique dont nous connaissons les réactions méningées et leur constance. Cette fois, aux signes méningés s'ajoute le syndrome de l'hépatonéphrite plus ou moins complet, sur la description duquel nous n'avons pas à insister ; les signes liquidiens sont les mêmes, mais l'uréorachie s'élève parallèlement à l'azotémie. L'évolution est ici beaucoup plus grave, le pronostic dépendant des lésions hépatiques et rénales beaucoup plus que de l'atteinte méningée.

Le type de cette variété de spirochétose est fourni par une observation de Troisier, Bariéty et Brouet dans laquelle à une hépatonéphrite avec azotémie s'élevant jusqu'à 4,80, s'est surajouté un syndrome méningé intense et une réaction pyramidale (réflexe cutané-plantaire en extension bilatérale). Le liquide céphalo-rachidien était d'abord clair et de formule mixte, puis purulent au moment de la mort ; seuls des cocci qu'il a été impossible de différencier ont été trouvés dans le liquide. Il paraît manifeste que ces germes ont été la cause de la purulence du l. c. r., mais le syndrome méningé primitif était bien en relation avec la présence du spirochète dans les espaces sous-arachnoïdiens.

Comment alors ne pas évoquer ici, en présence de ces formes, les complications des autres septicémies, comme les septicémies à pneumocoques que les travaux de Savy et Thiers nous ont appris à connaître sous le nom de méningo-hépato-néphrites, au cours desquelles l'atteinte méningée par le germe en cause s'associe à la complication hépato-rénale ? N'y a-t-il pas là matière à réflexion sur la possibilité pour le même germe de donner plus particulièrement une complication hépatorénale ou méningée, parfois les deux associées ?

Et il nous reste maintenant à parler d'un autre type de spirochétose méningée ou plutôt à symptomatologie méningée, c'est le type le plus rare, puisqu'il n'en existe que deux observations, l'une de Sacquépée et Boidin, l'autre de Brahic, Recordier et Vague, c'est :

C. La forme méningée sans réaction liquidienne

La symptomatologie est identique, à première vue, à celle de la forme méningée pure et de la forme méningo-hépato-rénale anictérique. C'est-à-dire que l'affection débute comme une méningite aiguë à laquelle peuvent se surajouter l'herpès et l'injection conjonctivale. Identique également à celle de la forme méningée pure est son évolution, bénigne, vers la guérison après une rechute. La torpeur cependant semble un peu plus marquée et dans un cas personnel évoluant, il est vrai, chez un éthylique, l'obnubilation intellectuelle et la confusion mentale empêchaient même tout interrogatoire.

Les symptômes caractéristiques sont fournis par les examens biologiques ; urines rares et légèrement albumineuses, azotémie toujours élevée (3,33 gr. dans l'observation de Sacquépée et Boidin, 1,95 dans la nôtre), l. c. r. normal sans réaction chimique ni cytologique. Un cas de Moreau (thèse de R. David) peut s'en rapprocher avec cependant 12 éléments dans le l. c. r., une albuminorachie normale et 2 gr. d'azotémie.

Si la symptomatologie méningée frappe donc au premier abord dans ces observations, il n'en est pas moins vrai qu'on ne trouve aucun signe biologique de la présence du spirochète dans les espaces sous-arachnoïdiens, et qu'il doit falloir chercher ailleurs, très vraisemblablement dans les perturbations du métabolisme protidique, la cause et la raison de la réaction méningée. Inutile d'ajouter que la séméiologie identique de cette forme avec la première que nous avons étudiée, ne nous laisse aucun moyen de diagnostic entre ces deux types, le seul examen du l. c. r. permettant de les différencier.

Et c'est ainsi que la clinique d'une part, les signes biologiques de l'autre, nous donnent à la fois la raison de la classification que nous venons d'énoncer et même des notions pathogéniques du plus haut intérêt pour la compréhension de la spirochétose. Cette infection peut tout en donnant lieu à la même symptomatologie, soit se localiser presque uniquement sur les espaces sous-arachnoïdiens, soit constituer une hépatonéphrite anictérique à forme méningée, les formes méningo-subictériques et méningo-ictériques réalisant les termes de passage des formes atypiques à la spirochétose hépato-rénale du type ictéro-hémorragique.

Si les formes méningées que nous venons d'étudier s'observent avec une relative fréquence, par contre les formes que nous allons voir sont absolument exceptionnelles et leur connaissance présente plus d'intérêt du point de vue pathogénique et nosographique que de celui de la clinique proprement dite. Elles nous démontrent, en effet, que, dans certaines conditions, du reste très imprécises, le spirochète est capable de franchir la barrière méningée et de déterminer des lésions ou tout au moins des troubles névraxiques, passagers ou durables.

C'est ainsi que nous décrirons successivement les formes encéphaliques (mentales, myocloniques), myélitiques, névritiques ou polynévritiques, myalgiques.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 JUILLET 1937)

M. H. VINCENT est désigné pour représenter l'Académie dans la Section de médecine expérimentale au Conseil supérieur de la recherche scientifique.

Fièvre jaune. — MM. EMILE ROUBAUD, JACQUES COLAS-BELCOUR et GEORGES-JEAN STEFANOPOULO étudient la transmission de la fièvre jaune par un moustique paléarctique répandu dans la région parisienne, l'*Aëde geniculatus* Oliv.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 27 JUILLET 1937)

Cent ans de mortalité infantile. — MM. LESAGE et MOINE présentent une étude sur un siècle de mortalité infantile de 0 à 1 an.

Ils montrent que les trois courbes de mortalité (enfance générale, enfants abandonnés, enfants protégés), présentent une descente très nette à des dates diverses. On note que ces trois courbes tendent à se stabiliser depuis quelques années.

Fait curieux, la courbe des mort-nés présente une allure du même genre.

Un nouveau groupe de paralysants du sympathique. — Pour remédier à l'hyperexcitabilité du sympathique à laquelle on attribue la responsabilité de nombreux troubles morbides, la thérapeutique disposait seulement jusqu'à ce jour, d'une part, d'un très petit nombre d'alcaloïdes provenant de l'ergot de seigle et du yohimbe, d'autre part, de quelques dérivés synthétiques possédant tous une chaîne latérale reliée au noyau par un atome d'oxygène.

Après avoir rappelé ces données, M. le prof. Gabriel POUCHET présente une note de M. Raymond HAMET, sur une nouvelle catégorie de paralysants du sympathique, qui appartiennent à la même série chimique que l'adrénaline, laquelle est — comme on sait — l'excitant naturel de ce même sympathique. Il est fort curieux de constater que des corps chimiquement très voisins peuvent avoir sur le sympathique des effets rigoureusement opposés.

L'utilité de la méthode psycho-galvanique pour l'exploration du système nerveux. — MM. G. Marinesco, N. Jonesco-Sisesti et L. Copelman. En groupant les résultats observés sur 200 sujets, les auteurs arrivent à la conclusion que le réflexe psycho-galvanique est diminué chez les parkinsoniens postencéphalitiques et chez les mélancoliques ; il est exagéré chez les émotifs et les hystériques ; il est d'une grande instabilité chez les basedowiens, où il se normalise avec la guérison de la maladie.

Le réflexe psychogalvanique est une méthode objective de grand avenir destinée à rendre des services à la psychologie normale et pathologique et même en cas de médecine légale.

Le chondriome dans les neurones des ganglions rachidiens chez le chien poliomyélitique. — M. Hosselet et Mlle Erber (note présentée par M. A. Pettit.) — Jusqu'à ce jour, la mort de la cellule nerveuse n'avait pas été étudiée avec le soin nécessaire ; on se contentait d'une étude grossière. Par l'expérimentation et par la mise en œuvre des plus récents procédés cytologiques, Mlle B. Erber et M. Hosselet viennent de combler cette lacune ; ils établissent avec précision le mécanisme de ce phénomène et montrent le rôle des divers organites du cytoplasma et du noyau cellulaire dans ce processus, chez le singe mort de poliomyélite.

Brouillards inhalés et réactions pulmonaires. — MM. E. et H. Biancani, M. et G. Delaville, poursuivant leurs recherches sur les brouillards médicamenteux inhalés, montrent les remarquables propriétés réactionnelles du tissu pulmonaire.

Les diphtéries familiales. — M. Cassoute (de Marseille). — L'observation de trente-six familles dans lesquelles se sont produits soixante-dix-neuf cas de diphtérie a montré dans presque le tiers de ces familles, des diphtéries graves ou malignes, en même temps que des diphtéries communes ou bénignes ; dans certains cas même, des diphtéries malignes ont coïncidé avec des simples porteurs de germes.

L'auteur a également noté des localisations différentes chez les enfants d'une même famille.

Il ne semble donc plus possible d'admettre que la toxicité et la virulence du bacille sont les facteurs essentiels de la malignité et de la gravité d'une diphtérie, car on ne s'expliquerait pas alors comment les membres d'une même famille, atteints en même temps, par un même bacille, ont présenté des formes cliniques différentes. D'autre part, rappelant les travaux de Roux, Yersin, Ramon, Debré, Thiroloix, M. Cassoute conclut qu'il ne faut pas négliger l'importance du terrain qui concourt dans une large mesure chez l'animal comme chez l'homme réceptifs, à l'installation et au développement de l'infection toxique due au bacille de Loeffler.

La souche africaine de la maladie d'Anjeszky. — MM. Remlinger et Bailly.

Sur les conditions expérimentales à respecter dans l'étude de la composition protido-lipidique des bactéries acido-alcoolo-résistantes. — MM. A. et R. Sartory et J. Meyer.

Importance du contrôle humoral dans le traitement de l'intoxication par des sels mercuriels. — MM. Slatineanu, Balteanu, Sibi, Marza et Paraschivesco.

Une épidémie de mine de spirochétose ictéro-hémorragique. — MM. Janbon, Erber, Sollier et Quiet.

Vacances. — La prochaine séance aura lieu le 5 octobre 1937.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(Séance du 29 mai 1937)

Traitement chirurgical du cancer pulmonaire. — M. Pascalis.

Etudes cliniques du cancer du poumon préparatoires à l'exérèse. — M. P. Ameuille montre que les recherches cliniques sur un cas présumé de cancer du poumon prennent une allure toute spéciale si l'on se propose comme but d'agir d'une façon efficace, c'est-à-dire d'extirper le cancer. Il faut vaincre les difficultés de découverte précoce d'une maladie longtemps latente en ses débuts ; il faut obtenir la preuve et si possible la preuve par examen microscopique, qu'il s'agit d'un cancer ; il faut s'assurer qu'il est extirpable, c'est-à-dire qu'il n'a pas fait de métastases inopérables, ni contracté d'adhérences indissociables. Les difficultés pour le clinicien de répondre à tous ces desiderata du chirurgien obligeront souvent celui-ci à faire une thoracotomie exploratrice, qui sera suivie ou non d'extirpation.

Les possibilités de la pleuroscopie. — M. V. Hinault attire l'attention sur les remarquables résultats qu'on peut attendre de la section des adhérences pleurales dans le cas de pneumothorax resté inefficace, et expose la technique de cette méthode. Mais il insiste particulièrement sur le fait que cette thérapeutique est seulement une des possibilités de la pleuroscopie, dont le domaine est beaucoup plus étendu. Elle complète la radiologie qui juge par différences de « densité optique », alors que l'endoscopie pleurale, en mettant véritablement le poumon sous l'œil de l'observateur, introduit la notion de la couleur et de la consistance.

Aspects radiographiques de quelques néoplasies intrathoraciques. — M. Marcel Joly.

Intervention précoce dans les abcès putrides du poumon. — M. Marc Iselin expose les idées de Neuhof (de New-York), qui entraînent des conclusions diamétralement opposées aux règles généralement admises. Cet auteur a montré que l'abcès est primitif et non pas secondaire à la fonte d'un bloc pneumonique ; que très précisément, à partir de cet abcès par embolie bronchique, vont se développer d'autres abcès en quelques jours. Les lésions sont si disséminées que l'intervention est très aléatoire. Il faut donc intervenir dès que l'abcès est visible sur la radiographie, c'est-à-dire le 10e, 12e jour, même plus tôt si c'est possible. Neuhof publie 39 cas avec 2 morts seulement, ce qui est remarquable.

(Séance du 11 juin 1937)

A propos du cancer pulmonaire. — M. Rosenthal émet sur ce sujet quelques réflexions du point de vue clinique et thérapeutique.

M. Soulas montre la gravité de l'intervention chirurgicale dans ces cas.

M. Auguste Nembours insiste sur la nécessité et la difficulté d'un diagnostic radiologique précoce.

A propos de l'abcès du poumon. — M. Hinault n'est pas d'avis qu'il faille opérer rapidement les abcès du poumon, certains guérissent médicalement.

M. Soulas est du même avis.

Présentation de malade atteint de névralgie faciale. — MM. Laignel-Lavastine et Held présentent un malade, ancien comitial, qui a été guéri d'une névralgie faciale violente et rebelle par un traitement par le gardénal.

M. Alquier fait des réserves sur la véracité de ce diagnostic et demande quelques précisions.

M. Galiot demande s'il n'y a eu aucun signe de syphilis.

Cholestérol et cancer. — M. Taguet.

A propos des os et des arêtes dans l'œsophage. — M. Guisez établit qu'une des conditions pour qu'un petit os ou une arête reste fixé dans l'œsophage, c'est que ce petit corps étranger ait piqué ou perforé la paroi œsophagienne. De là la gravité toute particulière de cette variété d'accident, sur laquelle on ne saurait trop insister. Si ces corps ne sont pas enlevés très rapidement, et comme ils sont très septiques, ils déterminent des phénomènes de suppuration qui, sans doute, peuvent se collecter, mais aussi diffusent très rapidement vers le médiastin.

Le diagnostic clinique par la dysphagie douloureuse conserve toute sa valeur et il ne faut pas perdre un temps précieux en essayant de déceler ces petits os sous la radiographie qui, souvent, ne donne rien pour eux et surtout pour les arêtes. L'œsophagoscopie a amélioré considérablement le pronostic, et dans la statistique de l'auteur qui porte sur 215 cas de corps étrangers de cette nature, qui sont les plus fréquents chez l'adulte, la mortalité globale ne dépasse pas 2 p. 100, et il s'agissait alors toujours de cas opérés très tardivement.

L'usage du brise-os, imaginé par l'auteur dans les cas de corps fortement enclavés, rendra les plus grands services.

Sténose du pylore et azotémie. — MM. G. Luquet et H. Bertreux.

La rétroactivité neutro-tonique conjonctivo-lymphatique. — M. Alquier montre que cette rétroactivité est une réaction active qui présente des caractères d'un réflexe analogue à la vaso-motricité, dont elle est l'homologue pour la circulation lymphatique. Son insuffisance permet les œdèmes mous et atones, son hypertonie explique les spasmes et enraidissements de ce qu'en France nous appelons la cellulite.

Ostéothérapie des brèches osseuses. — M. L. Courtillier a créé le mot ostéothérapie dans le but de réunir sous cette dénomination tout ce qui concerne le traitement que l'on fait sur les os, tant au point de vue médical que chirurgical. Il a remarqué que le traumatisme qui écrase, déchire et brise les tissus, qu'il appelle polymicrotraumatisme, est celui qui favorise le mieux la régénération osseuse. Il en tire la déduction que si l'on veut combler des brèches osseuses, ou consolider des pseudarthroses, il faudra se servir de greffons meurtris et brisés.

La transfusion sanguine agent hémostatique. — M. Stillmunkes.

(SÉANCE DU 26 JUIN 1937)

Traitement des lésions cutanées consécutives à la piqûre de l'aoûtat. — M. L. Legrand étudie le Rouget ou Aoûtat, qui se rencontre dans les régions à sol crayeux où abonde le Polygonum aviculare. Sa piqûre produit un prurit insupportable accompagné d'érythème ortié.

L'auteur, à la suite d'observations contrôlées pendant plusieurs années, a mis au point un traitement simple, propre et efficace, qui consiste à frictionner les régions lésées avec une solution titrée de sous-acétate de plomb liquide.

Résultats de la novocaïnisation locale (méthode de Leriche) dans les traumatismes et dans la métatarsalgie. — M. A. Trèves, sur un nombre considérable d'injections intraligamentaires dans les entorses, n'a observé que de rares incidents : deux fois le résultat immédiat a été nul (entorses tibiotarsiennes) ; deux fois le retour de la douleur a été assez intense pour nécessiter une piqûre de morphine (contusion et entorse de l'épaule) ; dans deux cas, enfin, il s'est produit une réaction inflammatoire assez intense, qui a cédé au bout de 48 heures (entorses tibiotarsiennes). Ces rares incidents, dont il est bon d'avertir les malades, n'enlèvent rien à la valeur de la méthode, dont les résultats sont remarquables, même dans les cas anciens, où il faut seulement répéter parfois les injections. Dans quatre coccygodynies très douloureuses, remontant de 8 jours à plusieurs mois, la guérison a été obtenue après une à cinq injections. Enfin, un malade atteint d'une grave métatarsalgie, datant de 4 ans et demi, a été complètement guéri après une seule injection.

M. Rosenthal signale un cas de névralgie intercostale guéri par la même méthode.

M. Massart constate également les bons effets de la méthode, sans qu'à son avis son mode d'action soit bien connu.

M. Wallet a traité plusieurs fois des maladies de Morton par ce procédé, mais n'a pas eu toujours de bons résultats.

M. Gallois a également ainsi traité des sciatiques.

La maladie de Bouillaud. Infection post-allergique. — M. Georges Rosenthal.

Pathogénie de l'appendicite. — M. Pascalis, s'appuyant sur d'importantes statistiques opératoires, montre que la stagnation intra-appendiculaire entraîne l'enchaînement folliculite-lymphangite-adénite ; que la lymphangite, en s'éteignant, entraîne une méso-appendicite rétractile qui coude le vermis et crée une cavité close, — que la cavité close existe dans la crise aiguë avec perforation. Ainsi s'accordent et se complètent les théories de Dieulafoy et de Reclus.

Résection de la presque totalité du lobe droit du foie avec cholécystectomie simultanée pour kyste hydatique du lobe droit du foie opéré il y a 10 ans. — M. Cresson.

Y a-t-il une médication contre l'hypertension ? — M. Fildebman, dans cette communication de thérapeutique pratique, s'applique à attirer l'attention des praticiens sur une méthode de traitement du syndrome *hypertension* qui donne, entre ses mains et entre les mains de nombreux praticiens, des résultats excellents depuis une dizaine d'années. L'hémocrinothérapie (injection intra-musculaire d'un mélange du sang du malade avec un extrait total de glande, le plus souvent d'ovaire ou de pancréas) abaisse la tension artérielle des hypertendus, rapidement et sans inconvénient. Les bons effets persistent pendant des années, dans la plupart des cas, après une seule série de douze injections. En cas de récidive, une nouvelle série donne le même résultat. Quarante et une observations de l'auteur et cinq appartenant à M. Pruche, l'auteur de la *Cardiologie du Praticien*, viennent à l'appui de ces déductions.

M. Pruche, appuyant ces idées, estime que cette méthode donne d'excellents résultats dans toutes les hypertensions spasmodiques.

M. Hirchberg demande sur quels tests se baser pour le choix de la glande à employer.

Les aléas de la recherche du sang occulte. — M. L. Pron voit, à côté de facteurs qu'on peut négliger, deux éléments importants d'erreur, soit positive, soit négative : la grande différence de sensibilité des réactifs employés, celle-ci variant de 1 à 1.000, et la fréquence des parasites intestinaux qui provoquent des lésions de la muqueuse. Depuis plus de 20 ans, il recherche le sang occulte uniquement dans le liquide gastrique, soit après repas d'épreuve, soit bien plus souvent dans le liquide catarrhal ou de stase de jeûne.

Humanisme et médecine, par Joseph Okinczyc, professeur agrégé à la Faculté de médecine. Petit in-8° de 140 pages, chez Labergerie, 11, rue Cujas, à Paris (5e), 1936.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 62. — MERCREDI 4 AOUT 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de Médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat en médecine.* — La première épreuve écrite du Concours pour les prix de l'Externat et la nomination des Internes aura lieu le mercredi 13 octobre 1937, à 9 heures, au Parc des Expositions, Porte de Versailles, Paris (15e). (Entrée des candidats : Porte de Versailles.)

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de Santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 13 à 17 heures, depuis le mercredi 1er septembre jusqu'au mardi 21 septembre 1937 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au Concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Hôpitaux de Nantes. — Après concours, M. le Dr A. Charbonnel a été nommé médecin suppléant des hôpitaux de Nantes.

Faculté de Médecine de Paris. — *Modification au règlement du concours de l'adjuvat.* — L'article 2 de l'arrêté du 30 avril 1935, modifié par les arrêtés du 12 novembre 1935 et du 28 décembre 1936, est modifié à nouveau ainsi qu'il suit :

Le nombre des aides d'anatomie est fixé à 15.

Pour s'inscrire au concours de l'adjuvat, il faut être Français et étudiant en médecine. Chaque étudiant ne pourra s'inscrire que quatre fois consécutivement et devra avoir déposé un certain nombre de pièces dont le nombre et la nature seront fixés chaque année par le conseil de la faculté trois mois avant l'ouverture du concours.

L'article 4 de l'arrêté du 30 avril 1935 est modifié ainsi qu'il suit :

1° ....

2° Une leçon sur une question d'anatomie descriptive tirée au sort.

Quinze minutes sont accordées aux candidats pour réfléchir à la question et quinze minutes pour la traiter.

3° ....

Faculté de Médecine de Lille. — M. Paucot, professeur d'accouchements et hygiène de la première enfance (emploi d'agrégé pérennisé d'Etat, chaire d'Université, est transféré, à compter du 1er novembre 1937, dans la chaire d'obstétrique (budget de l'Etat) à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lille (dernier titulaire : M. Bué).

M. Gérard, professeur de pathologie externe (budget de l'Etat), est transféré à compter du 1er novembre 1937, dans la chaire de clinique des maladies des voies urinaires à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lille (dernier titulaire : M. Potel).

Faculté de Médecine de Nancy. — La chaire de chirurgie infantile et orthopédie (dernier titulaire : M. Froelich) de la faculté de médecine de l'université de Nancy, est transformée, à compter du 1er novembre 1937, en chaire de pathologie chirurgicale.

M. Barthélemy, agrégé libre, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de pathologie chirurgicale à la faculté de médecine de l'université de Nancy.

M. Santenoise, professeur d'hygiène thérapeutique et climatologie, est transféré, à compter du 1er novembre 1937, dans la chaire de physiologie à la faculté de médecine de l'université de Nancy (budget de l'Etat) (dernier titulaire : M. Lambert).

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. — *Officier :* M. le Dr Laborie, à Carlux. — *Chevalier :* Mme le Dr Landowska, chef de clinique à la faculté de médecine ; MM. les Drs Auzimour, à Paris ; Dragon, à Oraison ; Ducos, à Château-Picon-Bordeaux ; Foata, à Marseille ; Frémont, à Nogent-le-Rotrou ; Froelicher, à Sissonne ; Ganillard, à Paris ; Gendre, à Bordeaux ; Guesdon, à Flers ; Hamburger, à Paris ; Léon-Kirsdberg, à Paris ; Lacour à Saint Maurice d'Epinal ; Lefort, à Paris ; Macé, à Guingamp ; Picot, à Chaumont ; Rousset, à Saint-Jean-Pied-de-Port ; Mme le Dr Sanz de Santa-Maria, à Paris ; MM. les Drs Tabaraud, à Saumur, et Vacher, à Saint-Denis.

EDUCATION NATIONALE. — *Grand-Croix :* M. Charléty, recteur de l'Université de Paris. — *Commandeur :* M. le Dr Louis Dumas, professeur à la Sorbonne.

Distinctions honorifiques. — *Mérite maritime.* — M. le médecin général Lancelin a été nommé officier du Mérite maritime.

Marine. — Sont nommés :

Directeur du service de santé de la 2e région maritime à Brest, M. le médecin en chef de 1re classe Plazy, médecin chef de l'hôpital Sainte-Anne, promu médecin général de 2e classe.

Directeur du service de santé de la 4e région maritime à Bizerte, M. le médecin général de 2e classe Donval, chef du service de santé à Lorient.

Chef du service de santé à Lorient, M. le médecin en chef de 1re classe Le Berre, directeur du service de santé de la 4e région maritime, à Bizerte.

Médecins présents à Paris pendant les vacances.

Médecine générale. — Dr Marcel Perrault, 8, rue Perronet (7e), présent pendant les vacances. — Dr E. Schlesser, 99, bd Exelmans (16e), idem. — Dr Andard, 70, avenue des Ternes (17e), présent jusqu'au 1er septembre.

Médecine infantile. — Dr Emile Gilbrin, 260, bd Saint-Germain, présent pendant les vacances. — Dr Maurice Kaplan, 12, rue César-Franck (15e), présent pendant les vacances.

Dermato-vénéréologie. — Dr Belgodère, médecin adjoint de Saint-Lazare, 69, rue Rochechouart, sera présent en août et septembre.

Chirurgie. — Dr P.-A. Digeon, 1, place Victor-Hugo (16e), sera absent jusqu'au 15 août.

Electro-radiologie. — Dr R. Delapchier, 98, rue de Rennes, présent à Paris jusqu'au 15 août et absent du 15 août au 15 septembre.

Ophtalmologie. — Dr Paul J. Petit, 19, rue de Bourgogne (7e), présent à Paris jusqu'au 10 septembre. — Dr Jean Voisin, 2, rue de Narbonne (7e) (Littré 72-92), présent à Paris jusqu'au 15 septembre.

CHRONIQUE

LES VOIX LATINES

Une conférence du professeur Achard à propos du tricentenire de Descartes. — Sous les auspices de l'UMFIA ou Union médicale latine, le professeur Achard, membre de l'Institut, membre d'honneur de l'UMFIA, a bien voulu donner, à l'occasion des Journées internationales de la Santé publique, une belle conférence, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, en l'honneur du tricentenaire de Descartes, le mercredi 7 juillet.

Après que Dartigues l'eût salué au nom de l'UMFIA, M. le professeur Achard, dans une forme admirable, a parlé de l'influence de Descartes sur la médecine et la biologie.

M. Achard expose d'abord les phases successives par lesquelles passe la connaissance des maladies : on observe les symptômes, puis on cherche à les expliquer, à déterminer leur cause et l'on peut alors instituer un traitement rationnel. Or, c'est par ces mêmes phases que passe, sans qu'il s'en doute, l'esprit des cliniciens en présence d'un malade, et c'est aussi cette méthode naturelle que suit l'étudiant qui apprend et de même l enfant nouveau-né, ce « débutant intégral », qui fait connaissance avec le monde extérieur avant qu'on lui apprenne aucune science abstraite.

Pour connaître vraiment la maladie, le médecin doit faire une analyse détaillée des symptômes, puis en faire la synthèse en rétablissant en pensée tout le processus à partir de la cause jusqu'aux symptômes.

Il y a plusieurs écueils à éviter, dont l'un des plus dangereux est de mettre une hypothèse à la place d'un fait qui manque et d'avoir foi dans cette hypothèse.

Examinant l'œuvre de Descartes en ce qui concerne la médecine, M. Achard remarque qu'il ne s'est pas toujours conformé aux préceptes excellents qu'il a formulés. Il a donné trop de créance à beaucoup d'hypothèses imaginées et Claude Bernard a fort bien relevé ces imperfections.

Peut-être faut-il expliquer ces contradictions par la foi qui inspirait Descartes. Unir sous le même crâne la foi et la raison n'est pas chose facile. Chez Descartes, la paix régnait entre les deux voisines et il n'abandonnait jamais tout à fait sa foi quand il raisonnait, ni sa raison quand il croyait.

En concluant, M. Achard reconnaît en Descartes un des libérateurs de la pensée humaine qui a eu le mérite et le courage, quatre ans après l'abjuration imposée à Galilée, de proclamer dans un langage admirable la souveraineté de la raison sur le dogme et la tradition

---

Nécrologie. — Le docteur Maurice Farcy, à Amiens.
— Le docteur Lejonne, ancien chef de clinique de la Faculté, victime d'un accident de montagne, à la Bérarde (Isère). Les obsèques ont eu lieu à Paris le 29 juillet.

LE FACTEUR PSYCHOTHÉRAPIQUE DE L'OPOTHÉRAPIE

Par M. Gregorio MARAÑON
professeur à l'Université de Madrid

A côté de la psychothérapie délibérée, spécifique, que les spécialistes pratiquent, tous les médecins font, dans la pratique courante, une psychothérapie involontaire, non spécifique, qui dépend de leur prestige personnel et du prestige des traitements qu'ils appliquent. Conditionné par cette psychothérapie le traitement exercé par le clinicien est d'autant plus efficace qu'il en tient moins compte ; c'est lorsque le clinicien est le plus convaincu que son procédé et ses médicaments sont, effectivement, capables de guérir.

Cette efficacité psychothérapique, involontaire, des médecins pleins de foi, nous explique pourquoi, fréquemment, des praticiens d'intelligence médiocre et de culture élémentaire, obtiennent un grand succès professionnel ; et, d'autre part, mérité, parce que, réellement, ils guérissent ou soulagent beaucoup de malades qui résistent au médecin intelligent et bien informé qui, par cela même, est plus sceptique.

Les hommes spirituellement supérieurs atteignent les grands succès dans la pratique médicale, seulement quand les entoure le prestige de la renommée ou lorsqu'ils possèdent des qualités d'attraction personnelles, qui compensent leur logique scepticisme.

Cette psychothérapie involontaire que nous pourrions nommer aussi bilatérale, parce que le médecin participe d'elle, nous l'observons tous les jours dans les écoles médicales qui pratiquent un traitement déterminé. Celui qui l'a inventé et ses disciples convaincus, obtiennent, en effet, des résultats thérapeutiques, que n'atteignent pas les autres praticiens, ceux qui emploient les mêmes remèdes et les mêmes méthodes, par voie d'essai, sans conviction préalable.

Nous pouvons en trouver dans notre propre histoire l'égale démonstration. A nous tous, il nous est arrivé de croire, de bonne foi, à l'efficacité d'un médicament ; et effectivement, observer d'utiles résultats ; mais, si nous perdons notre confiance en lui, par suite de nouvelles lectures ou expériences, alors il ne nous sert plus à rien, bien que nous le prescrivions avec la même technique et à des malades entièrement identiques. Dans ma vie professionnelle je me souviens du cas, particulièrement démonstratif, du sérum antithyroïdien. Lorsque je commençai à exercer ma profession, je croyais comme à un dogme que le sérum des animaux thyroïdectomisés contenait des substances antithyroïdiennes, qui étaient susceptibles de neutraliser l'hyperthyroïdisme spontané des malades. Pendant plusieurs années j'observai, avec le sérum, des améliorations et même des guérisons indéniables. Je me rappelle quelques cas dans lesquels, lorsqu'on suspendait le traitement, l'état des patients, certainement, empirait ; ils avaient plus de tachycardie, maigrissaient, etc. A une certaine époque, je commençai à faire des études expérimentales avec le sérum antithyroïdien, dont les résultats (et les méditations auxquelles ils m'induisirent) me convainquirent bientôt que dans ces ampoules de 2 ou 3 centimètres cubes de sérum, il n'y avait, il ne pouvait y avoir, de substances antithyroïdiennes quelconques. Ce qui contribua puissamment à cette conviction fut que, par une confidence, je pus me mettre au courant de ce que dans le Laboratoire où on produisait un des sérums antithyroïdiens me donnant le meilleur résultat, un technicien maladroit, et peu honnête, faisait l'extirpation de la thyroïde de façon incomplète ; et parfois, il simulait l'opération ; et, cependant, les résultats heureux étaient toujours les mêmes.

Mais dès que je fus persuadé que l'action de ce sérum était illusoire, je n'ai plus obtenu avec lui aucun résultat, bien que je continuasse à le prescrire pendant quelque temps, dans les mêmes conditions et avec le même apparent enthousiasme que précédemment.

Cet exemple m'amène au thème qui fait l'objet de cette note : l'efficacité psychothérapique des médicaments hormonaux.

Cette efficacité est, tout d'abord, supérieure à celle qu'apporte avec elle, toute autre médication. Après 26 ans d'une pratique endocrinologique des plus copieuses, je suis convaincu que dans chaque opothérapie il y a lieu de considérer un tant pour cent élevé d'effets purement psychothérapiques et que l'oublier constitue une grave erreur scientifique ; erreur qui est une des causes de l'état chaotique de ce secteur de la thérapeutique. Dans quelques-uns des livres récents d'opothérapie, il est fait allusion à ce facteur, mais toujours sans lui donner son véritable rang. Dans d'autres, on ne le mentionne même pas.

Les raisons du grand composant psychothérapique de toute opothérapie sont variées. En premier lieu, le fondement même de l'opothérapie, son caractère simpliste de substitution des organes malades par les mêmes organes sains, qui satisfait pleinement la mentalité schématique des malades. Ce n'est pas en vain, que pour cette raison la médication à base d'organes est une des plus anciennes dont se souvienne l'histoire, et l'on trouve encore ses vestiges en marge de l'endocrinologie actuelle, dans le folklore médical de beaucoup de peuples incultes.

En second lieu, une bonne partie des malades des glandes endocrines ont leur vie affective profondément troublée et sont, en conséquence, spécialement sensibles à toutes les influences psychothérapiques : il en est ainsi de toute la nombreuse série des malades à perturbations de l'ovaire, et, surtout, chez les hyperthyroïdiens. La participation des sécrétions internes dans le mécanisme neuro-végétatif de l'émotion, est indéniable. C'est pourquoi il y a diverses maladies endocrines dans lesquelles les émotions figurent comme une des plus importantes étiologies, et aussi où les altérations de l'émotivité forment partie de leur symptomatologie fondamentale. Nous connaissons bien, par exemple, les hyperthyroïdismes, les myxœdèmes, les aménorrées, les insuffisances surrénales, les diabètes insipides, les glycosuries, etc., ayant pour origine une intense commotion émotive. La négativité émotionnelle fait partie du cadre clinique du myxœdème et de

la maladie d'Addison ; l'hyperémotivité est constante dans l'hyperthyroïdisme, dans le syndrome climatérique, etc. Dans ces conditions on comprend la sensibilité de tels malades devant le composant psychothérapique de nos traitements, et surtout de l'opothérapique.

Si nous fixons seulement notre attention sur l'hyperthyroïdisme, nous rencontrons d'innombrables vérifications de cet exposé. Je me suis déjà référé à l'action surprenante qu'eut, durant plusieurs années, le sérum antithyroïdien. On pourrait en dire autant de tous les médicaments qu'on a essayés dans cette maladie, inclus les non opothérapiques, comme la quinine, le salicylate, la belladone, l'iode, etc. ; plusieurs, d'action indéniable, mais, sans doute, augmentée par la suggestion ; et d'autres, sans doute dépourvus de toute action, hormis la psychothérapie. On peut dire de même des procédés physiothérapiques, comme l'électricité, la diathermie, la radiothérapie, etc., et y inclure la propre chirurgie qui, certainement, agit en partie aussi psychothérapiquement. Les chirurgiens modernes et particulièrement les nord-américains de l'école de Crile, insistent beaucoup sur la nécessité de soumettre les opérés, avant l'intervention chirurgicale, à un traitement psychothérapique dont ils disent, et avec raison sans doute, qu'ils ont ainsi beaucoup diminué les risques opératoires et augmenté les avantages de la thyroïdectomie. Ils ne se rendent probablement pas compte jusqu'à quel point est certain ce bienfait de la psychothérapie, en relation avec le bénéfice pur de l'intervention. Les chirurgiens spécialistes de la thyroïde obtiennent des cures admirables beaucoup plus que par la technique particulière qu'ils possèdent, parce qu'ils ont un enthousiasme spécial qui, sans le savoir, se communique à l'opéré. Il est clair que cela arrive aussi aux médecins internistes, enthousiastes de leurs remèdes ; mais c'est aux chirurgiens parmi lesquels il y a lieu de le faire spécialement observer ; parce qu'ils croient, eux, et les autres médecins et les malades, que la thérapeutique chirurgicale est la plus radicale et la plus objective, en marge de toute influence suggestive.

De ce point de vue un autre groupe de malades endocrins très intéressant, est celui des femmes ayant des troubles ovariques. La menstruation peut disparaître, docilement, par suite d'une frayeur ou d'une préoccupation, et réapparaître quand la malade se tranquillise. Il est évident qu'il faut tenir compte de l'influence de ces facteurs psychiques, quand nous jugeons les médicaments qui agissent sur la menstruation. Il suffit que nous nous souvenions tous de la quantité de femmes ayant vu revenir leurs règles absentes, et se guérir de leurs malaises généraux d'insuffisance ovarienne, après avoir pris pendant peu de jours quelques gouttes de ces extraits glycérinés d'ovaire dont nous savons aujourd'hui qu'ils étaient dépourvus de toute action thérapeutique. Les hormones actuelles, la folliculine et la lutéine, sont à coup sûr efficaces ; mais il serait rigoureusement antiscientifique de méconnaître la possible et probable action psychothérapique qui les accompagne et qui nous explique les divergences des auteurs au sujet des doses, des voies d'introduction, etc.

Citer plus d'exemples est inutile. Il suffit de nous rappeler qu'il y a plus d'un demi-siècle qu'on emploie toutes classes d'opothérapies avec des succès cliniques; mais ce n'est que dix ou quinze ans après que nous avions possédé des opothérapies ou des hormones isolées, véritablement actives sauf la thyroïdine ; et encore parmi celles que nous employons actuellement, il y en a beaucoup, telles que la majorité des extraits hypophysaires, dont l'efficacité réelle est très inférieure à leur prestige et qui, cependant, procurent chaque jour des résultats évidents, non pas en rapport avec cette efficacité réelle, mais avec le prestige, fils de l'actualité et, en partie, de la mode. Les médecins, après la lecture de tant d'articles et de livres dans lesquels est décrite l'action multiple et merveilleuse de l'hypophyse, sont fervemment convaincus de son efficacité. Les visites aux Laboratoires dans lesquels on présente l'imposant répertoire des machines, les essais biologiques sur les animaux, etc,. contribuent à leur donner cette conviction qu'ils transmettent au malade, quelquefois en opposition avec toutes les données physiologiques. Par exemple, j'ai vu des femmes avec aménorrée, guéries par l'opothérapie hypophysaire, mais du lobe postérieur ou avec l'hormone de la croissance ; c'est-à-dire, avec des hormones qui n'ont rien à faire avec la fonction génitale.

L'utilité de dire ces choses, et de ce qu'elles soient dites par un clinicien ayant de longues années d'expérience, s'appuie par-dessus tout sur l'idée d'appeler l'attention sur le danger qui existe à déduire des conclusions scientifiques du simple résultat de ces traitements. Le résultat d'un traitement, quel qu'il soit, est toujours la source la plus incertaine de connaissances scientifiques, mais l'insécurité augmente davantage sur le terrain de l'opothérapie.

Mais au point de vue pratique, il n'y a pas d'inconvénient à tenir compte de cette efficacité psychothérapique de nos drogues hormonales, à la condition que le clinicien sache où finit l'efficacité réelle et où commence la psychothérapie. Il est certain que cette différenciation n'est pas toujours facile ; mais vouloir la tenter, avec une sévère critique, est, justement, ce qui distingue le vrai médecin du simple guérisseur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuali pratici di Medicina biopsicologia, du Prof. Ditt. Casimiro Frank, Libero Docente di Neuropatologia nella R. Università di Roma. N° 9. « Nuova teoria e pratica di Ringiovanimento generale con speciale riguardo alle funzioni sessuali ». A Rome, chez Edouardo Tinto, éditeur, 1936. Prix : 20 lires.

Variétés sur le diagnostic radiesthésique médical, par le docteur Alfred Roux. Un volume de 168 pages in-8° carré. Prix 15 francs, chez Le François, 91, boulevard Saint-Germain, à Paris (6e), 1936.

Une expérience suggestive de radiesthésie, par le docteur Robert Rendu. Deuxième édition, revue et augmentée. Petit in-16 de 39 pages, chez Camus, éditeur, 3, avenue de la Bibliothèque, à Lyon, 1936.

VIIe SESSION DE L'OFFICE INTERNATIONAL DE DOCUMENTATION DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES

(Sinaïa, 8-10 juin 1937) (1)

L'Office international de documentation de Médecine et de Pharmacie militaires, dont le siège est à Liége et dont les comptes rendus des travaux paraissent dans le *Bulletin international des Services de Santé des Armées de terre, de mer et de l'air*, a tenu sa septième session du 8 au 10 juin 1937, à Bucarest, Sinaïa et Brasow (Roumanie).

La première séance, présidée par le lieutenant-général Sir James A. HARTIGAN, directeur général du Service de Santé de l'armée britannique, a été successivement réservée à deux conférences, l'une du médecin général Schickelé (France), intitulée « *Le Service de Santé dans les unités motorisées* », l'autre du médecin colonel des Cilleuls (France), relative aux « *améliorations récentes apportées à l'hygiène du casernement français* ».

Le médecin général SCHICKELÉ s'est attaché à montrer que la motorisation et la mécanisation des armées n'imposent au fond aucune charge nouvelle aux Services de Santé des armées. Elle implique seulement des modalités particulières de fonctionnement où la souplesse, la mobilité, l'interchangeabilité des formations sanitaires auront une place prépondérante.

Le traitement des blessés à l'avant sera de moins en moins réalisable ; il faudra se contenter seulement de faire œuvre d'emballage et d'expédition.

C'est à l'arrière qu'incombera le traitement. L'évacuation sanitaire prendra, par conséquent, une part de plus en plus importante dans le fonctionnement du Service de Santé.

A propos des améliorations récentes apportées à l'hygiène du casernement, le médecin colonel DES CILLEULS (France) a rappelé que, dans le passé, on s'est efforcé — à différentes époques — de définir et de préciser le type de caserne qu'il convenait d'appliquer, sans discrimination, à toutes les régions territoriales.

Aujourd'hui, dans les nouveaux casernements, on a subordonné le mode de construction aux nécessités d'habitation. Les progrès portent sur l'assiette du casernement (notamment sur le choix des sols, le chauffage et l'éclairage), la contenance des dortoirs ; les locaux d'alimentation (cuisines et réfectoires) ; les locaux hygiéniques (bains-douches, latrines de nuit) et l'infirmerie.

Les nouveaux aménagements et perfectionnements, en voie de réalisation, assurent au soldat français un logement sain, confortable et agréable à habiter.

La deuxième séance, présidée par le médecin lieutenant-colonel HUME (E.E.), de l'armée américaine, représentant l'Ordre souverain et militaire de Malte, a été consacrée à la présentation des *appareils de transport des blessés à bord dans la marine française* ».

Le médecin en chef SOLCARD, professeur à l'Ecole d'application du Service de Santé de la Marine, a montré combien le transport des blessés à bord d'un bâtiment de combat soulève de multiples problèmes. Si le brancard de l'armée, complété ou non par des sangles, se prête assez bien à l'évacuation d'un blessé d'un bout à l'autre d'un entrepont, il en est autrement quand il s'agit d'extraire ce blessé d'un blockhaus ou d'une tourelle, de le descendre d'une hune ou de lui faire franchir un ou plusieurs entreponts à travers des orifices que la nécessité de la protection horizontale rend de plus en plus petits.

L'appareil de transport doit être rigide, léger, se prêter immédiatement à tous les modes de suspension et de traction, et présenter des dimensions qui lui permettent de franchir les passages les plus réduits.

Trois modèles sont actuellement réglementaires dans la marine : la gouttière Bellile, ou appareil en toile ; la gouttière Auffret et la gouttière-brancard, ou appareils rigides.

La gouttière-brancard est la dernière création du Service de Santé de la Marine. Elle est essentiellement constituée d'un cadre rigide, formé de tubes coulissants, qui permettent de l'adapter à toutes les tailles.

Légère, utilisable en gouttière et en brancard dans toutes les positions, elle protège efficacement les blessés contre les chocs et s'adapte particulièrement au transport des fractures de la colonne vertébrale et des membres inférieurs par la possibilité de réaliser des manœuvres d'extension. Elle se prête parfaitement au transport par avions (type courant) des blessés de toutes catégories.

Le médecin colonel Suhateanu (C.), de l'armée roumaine, a exposé ensuite « *le danger du typhus exanthématique* » ; le pharmacien colonel Ionescu Matiu a résumé « *l'étude du dosage des produits médicamenteux* » et le médecin colonel Wolender, de l'armée suisse, a développé « *l'utilisation des secours volontaires et des hôpitaux civils par le Service de Santé de guerre en Suisse* ».

La troisième séance a eu lieu à Brasow. Le médecin colonel Murat Cankat, de l'armée turque, a traité « *les principes sur lesquels doit se baser le traitement des blessés de guerre dans les campagnes futures, d'après les expériences de la guerre mondiale* ».

Le médecin colonel Radmilo Javanovich, de l'armée yougoslave, a donné ensuite un aperçu détaillé de la « *lutte antituberculeuse dans l'armée yougoslave* ».

Au cours des séances de l'Office international de documentation, le colonel Jinga (P.), breveté d'état-major, chef d'état-major du Service de Santé de l'armée roumaine, a présenté, à titre d'information, un « *projet de création de zones sanitaires pendant la guerre* ».

Le médecin colonel Jones clôtura la session en souhaitant à tous les congressistes de se retrouver en 1938 à la 8e séance de l'Office, qui aura lieu à Washington.

JEAN DES CILLEULS.

(1) Cf. Congrès de Bucarest, *Gaz. Hôp.*, 1937, n° 56, p. 912.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 JUIN 1937)

Sur la sensibilité allergique des animaux pseudo-tuberculeux. — M. Paul BOQUET.

Retentissement sur le système nerveux central de l'irradiation par ondes courtes. — MM. Ivan BERTRAND, P. DE FONT-RÉAUX, D. KOFFAS et R. LEROY montrent que les ondes courtes peuvent à elles seules provoquer chez le lapin d'importantes lésions infiltratives du système central. Une puissance élevée du courant est nécessaire. L'inconstance de ces lésions montre la prépondérance d'un facteur individuel, jusqu'ici irréductible.

Retentissement sur le système nerveux central de l'action combinée d'une injection intraveineuse de protéines microbiennes et d'une irradiation par ondes courtes. — MM. Ivan BERTRAND, P. DE FONT-RÉAULX, D. KOFFAS et R. LEROY.

Thérapeutique cardiaque. — MM. A. CLERC, R. PARIS et JANOT rapportent leurs expériences faites avec un extrait hydroalcoolique de feuilles de caluaba (bignoniacée du Brésil) ; ils ont étudié l'action hypotensive sur les artères va-

so-constrictrices pour le rein et la vasodilatation périphérique, la diminution du volume intéressant aussi la rate et l'intestin. Ils insistent aussi sur l'action dépressive cardiaque, avec ralentissement, parfois dissociation auriculo-ventriculaire tardive et arrêt après l'espacement progressif des battements, tous phénomènes que souligne l'électrocardiogramme.

Sels de sodium et déséquilibre. — M. R. Lecoq montre que le chlorure de sodium et le sulfate de sodium ajoutés en plus ou moins fortes proportions à des régimes complets normalement équilibrés, entraînent chez le pigeon l'apparition de crises polynévritiques, manifestations de déséquilibre alimentaire.

Aux fortes doses, le sulfate de sodium se montre plus déséquilibrant que le chlorure de sodium ; aux doses faibles, au contraire, le chlorure de sodium est plus déséquilibrant que le sulfate de sodium.

L'apport de trop larges doses de chlorure de sodium dans une alimentation ou encore l'usage thérapeutique continu de petites doses de sulfate sodique peuvent ainsi devenir des causes non négligeables de déséquilibre alimentaire.

Influence de l'avitaminose C sur le métabolisme des glucides dans le muscle du cobaye. — M. R. Duffau, étudiant l'influence de l'avitaminose C sur le métabolisme des glucides dans le muscle de cobaye, a observé une augmentation de l'acide lactique conjointement à une diminution des composés réducteurs glucidiques, tandis que le métabolisme du phosphore est peu modifié. Il semble que ces résultats traduisent un défaut de respiration du muscle.

Modifications du taux des lipides et du rapport lipides totaux/cholestérol du sang dans la spirochétose ictéro-hémorragique. — MM. P. Nicaud, M. Laudat et J. Gerbeaux, dans un cas de spirochétose ictéro-hémorragique d'origine hydrique, avaient constaté l'augmentation considérable de la lipidémie atteignant 17 gr. 05, puis 18 gr. 75, alors que le taux du cholestérol atteignait seulement 1 gr. 70, puis 2 gr. 10.

Le rapport $\frac{\text{lipides totaux}}{\text{cholestérol}}$ du sang était ainsi très modifié.

Les auteurs ont pu retrouver des troubles analogues du métabolisme des graisses dans une spirochétose méningée, bénigne, avec léger subictère (lipidémie 12 gr. 20, cholestérolémie, 2 gr. 12).

La même augmentation de la lipidémie et la même dissociation ont été retrouvées chez le cobaye dans la spirochétose expérimentale.

On peut constater les mêmes troubles au cours de certains ictères bénins non spirochétosiques. Par contre, M. Laudat ne les a pas retrouvés dans les ictères par rétention, ni dans les ictères catarrhaux.

L'augmentation de la lipidémie et la modification du rapport $\frac{\text{lipides totaux}}{\text{cholestérol}}$ n'est pas le propre de la spirochétose ictérohémorragique.

Il semble de plus que les lésions hépatiques ne jouent pas un rôle exclusif dans ces modifications du taux des lipides.

Les complications oculaires de la spirochétose ictéro-hémorragique. — MM. P. Nicaud et J. Gerbeaux ont pu observer au cours de la spirochétose une irido-cyclochoroïdite métastatique caractérisée par l'injection périkératique, le rétrécissement léger de la pupille sans synéchies, sans lésions inflammatoires de l'iris avec douleur au niveau du corps ciliaire. Les lésions peuvent devenir bilatérales et plus tardivement, peut apparaître un trouble général du vitré avec corps flottants bruns noirâtres, probablement de nature hémorragique.

L'iritis a déjà été signalée dans la spirochétose, même sous une forme récidivante, mais l'irido-cyclite paraît, au contraire, exceptionnelle et la choroïdite très rare. Cette dernière peut être associée à l'iritis ou à la névrite optique. Il s'agit de lésions bénignes, dont la nature spirochétosique a été démontrée par tous les moyens de laboratoire (sérodiagnostic, sang et liquide céphalo-rachidien, inoculation du sang, du liquide céphalo-rachidien et des urines).

La teneur en chlore et la conductivité électrique des épanchements séreux et du plasma sanguin. — MM. A. Gajdos et E. Panayotopoulos signalent une teneur en chlore et une conductivité électrique plus élevées dans les liquides des séreuses que dans le sérum sanguin. L'augmentation de la concentration ionique globale plaide contre la perméabilité élective des séreuses pour le chlore. Il faut admettre que, sous l'effet des échanges d'eau favorisés par la moindre teneur en protides, il puisse s'établir une lente concentration chlorée dans les liquides des séreuses.

Etude comparative, chez le cobaye et le chien, des phénomènes de J. Bordet (sérum gélosé) et de A. Lumière (suspension barytique) dans leurs rapports avec l'anaphylaxie. — MM. F. Maignon et J. Barrucand.

Recherches comparatives sur la teneur en cholestérol du sérum sanguin, du plasma et des globules rouges, d'après une statistique de 112 observations. — MM. Etienne Chabrol et Jean-Louis Parrot constatent que le sérum sanguin est généralement plus riche en cholestérol que le plasma, et que les oscillations du cholestérol globulaire peuvent aller de 2,50 p. 1000 à 0,65 p. 1000, chiffres extrêmes. Ils n'en remarquent pas moins avec Grigaut que le taux moyen du cholestérol renfermé dans les hématies est beaucoup plus constant que celui du sérum et du plasma. D'autre part, les auteurs font ressortir de leur statistique personnelle que l'abaissement du rapport $\frac{\text{cholestérol plasmatique}}{\text{cholestérol globulaire}}$ est généralement de très mauvais augure chez les sujets dont le cholestérol plasmatique est tombé au voisinage de 1 gr. par litre. Ils soulignent l'intérêt de cette étude comparative qui peut être effectuée par une méthode colorimétrique très simple, sans recourir au dosage du cholestérol par la digitonine, et dont les enseignements se rapprochent de ceux que l'on peut attendre du rapport $\frac{\text{esters du cholestérol du sérum}}{\text{cholestérol total du sérum}}$; on sait que d'après Tannhauser, Epstein, Adler et Loemmel, la disparition des esters du cholestérol serait pour ainsi dire la règle dans les ictères graves et les hépatites dégénératives.

(Séance du 12 juin 1937)

Action du vieillissement sur l'alexine du sérum humain. — MM. L. Nattan-Larrier et L. Grimard. L'alexine humaine résiste moins bien au vieillissement que l'alexine du cobaye. Pour interpréter correctement ce fait, on doit se souvenir, d'une part, que la quantité d'alexine étant plus faible chez l'homme, est plus rapidement épuisée par la destruction progressive due au vieillissement, de l'autre, que le vieillissement, tout en diminuant le taux de l'alexine, augmente celui du pouvoir anti-complémentaire qui fausse les dosages.

Dégénérescences transsynaptiques et atrophies étagées du rhombencéphale consécutives aux lésions anciennes de la calotte mésocéphalique. — MM. G. Guillain, Ivan Bertrand et Mlle Jacqueline Guillain attirent l'attention sur la complexité des dégénérescences consécutives aux foyers anciens de la calotte mésocéphalique, sur les dégénérescences transsynaptiques et les atrophies globales à distance sans sclérose. Ainsi se trouvent réalisés des retentissements inat-

tendus sur des centres éloignés et sur des groupes de neurones indépendants du foyer primitif.

Les auteurs étudient les dégénérescences multiples consécutives à des lésions rubriques : atrophie du faisceau longitudinal postérieur, du faisceau central de la calotte, du pédoncule cérébelleux supérieur, hémiatrophie croisée du cervelet, atrophie des contingents rubro-olivaire et pallido-olivaire, altération de l'olive principale.

Les territoires soumis à de véritables troubles trophiques peuvent être électivement frappés tardivement de foyers de ramollissement.

Vaccination du cobaye contre la tuberculose avec des bacilles morts enrobés dans l'huile de vaseline. — M. A. Saenz. L'inoculation sous-cutanée de bacilles morts enrobés dans l'huile de vaseline, chez le cobaye, retarde l'apparition et la généralisation des lésions de surinfection.

Quand on emprunte la voie intradermique, ce n'est que par l'emploi de doses d'épreuve minime qu'on obtient ce pouvoir vaccinant.

Ces expériences permettent de suivre les relations entre l'allergie et l'immunité. En effet, du fait de l'enrobage dans l'huile de vaseline des bacilles tuberculeux morts, le cobaye présente une allergie aussi intense que celle conférée par les bacilles vivants et virulents. Or, cette augmentation notable du pouvoir allergique ne s'accompagne pas d'une progression parallèle de l'immunité.

Influence des sels biliaires sur l'oxydation de l'acide ascorbique. — MM. M. Loeper, J. Cottet et Mlle Escallier. La bile inhibe dans une certaine mesure l'oxydation de l'acide ascorbique par l'oxygène de l'air. Cette propriété n'est pas due à l'acide cholalique, car l'acide ascorbique s'oxyde avec la même rapidité en présence d'acide cholalique qu'en solution pure.

Variations respectives du glutathion et de l'acide ascorbique dans le foie. — MM. M. Loeper, J. Cottet et Mlle Escallier. Le glutathion réduit du foie diminue en même temps que l'acide ascorbique dans le scorbut expérimental du cobaye. De l'acide ascorbique ajouté au régime scorbutique empêche cette diminution.

Cette différence provient certes de la fixation grâce à la vitamine C, de corps à groupement S. H. bien que l'addition au régime normal des cobayes de cystéine et d'acide ascorbique augmente toujours proportionnellement le taux du glutathion hépatique.

Contribution à l'étude du mécanisme de la bactériolyse « in vitro ». — On sait qu'un sang soumis à l'hémoculture, lorsque sa dilution en bouillon est insuffisante, peut, malgré la présence de microorganismes, donner un résultat négatif, si l'observation ne porte que sur les délais habituels, le résultat ne devenant positif que d'une façon anormalement tardive.

D'après les expériences démonstratives de MM. A. Grimberg, S. Mutermilch, E. Agasse-Lafont et Mlle H. Pellier, une explication peut être trouvée dans le fait suivant. Il y a destruction d'un grand nombre de germes par les substances bactériologiques du sang au cours des trois premières heures de séjour à l'étuve, ce qui a pour conséquence le retard de multiplication des germes restants.

Le réveil tardif de la culture est rendu possible du fait de la consommation totale de l'alexine au cours de la bactériolyse du début, et non, comme on pourrait le penser, de l'accoutumance aux anticorps des germes qui ont survécu.

Interprétation des troubles du métabolisme glucidique au cours de l'urémie aiguë expérimentale du lapin. — MM. M. Villaret, L. Justin-Besançon, A. Rubens-Duval et P. Barbier proposent une interprétation des modifications du métabolisme glucidique et, en particulier, des variations du taux du sucre libre du sang, au cours de l'urémie expérimentale du lapin.

Il n'existe qu'un rapport très relatif entre ces troubles et le degré de la rétention azotée ou la durée de l'intoxication urémique.

Par contre, l'évolution des réserves glucidiques semble commander les variations de la glycémie : lorsque le taux du glycogène hépatique se maintient au-dessus de 1 p. 100, la glycémie libre est élevée ; lorsqu'il s'effondre aux environs de 0,60 et moins, la glycémie libre s'abaisse au niveau normal, et c'est alors que l'on observe les taux les plus élevés de sucre protéidique.

Cette interprétation met en relief l'importance des besoins de l'organisme en glucides au cours de l'urémie : non seulement les réserves glycogéniques du foie et du muscle s'épuisent rapidement, mais aussi, sans doute, les réserves protéido-glucidiques des tissus, dont l'hyperprotéidoglycémie traduit la mise en circulation.

Action de l'oxygène ozonisé sur les propriétés hémolytiques des sérums. — Faisant barboter un courant d'ozone, pendant un temps déterminé, à travers les sérums anormalement dilués, MM. E. Peyre et H. Moricourt ont constaté que le passage de ce gaz détruisait les propriété hémolysantes des sérums. Pour obtenir l'hémolyse, il faut ajouter du sérum hémolytique.

Il semble que, dans ces conditions d'expérience, l'hémolysine soit détruite, alors que le complément demeure intact.

Action de la spartéine sur l'adrénalinoversion produite par le F. 883 et le F. 933. — M. R. Hazard. La spartéine rétablit, malgré la présence du 883 F. et du 933 F. (comme elle le fait pour l'yohimbine et diverses phénoxyéthylamines), un certain degré d'hypertension et de vasoconstriction adrénalinique, que l'éphédrine vient encore renforcer.

Action toxique exercée sur le cœur par les composés mercuriels. — MM. R. Debré, H. Leroux et R. Hazard. Certains composés mercuriels utilisés comme diurétiques peuvent expérimentalement provoquer des accidents d'intoxication cardiaque graves et même très rapidement mortels, pour des doses qui ne sont pas tellement éloignées des doses thérapeutiques utilisées chez l'homme. Aussi semble-t-il nécessaire de surveiller étroitement la posologie des composés de ce genre quand on les administre par la voie intraveineuse.

(SÉANCE DU 19 JUIN 1937)

Chimiothérapie de l'infection méningococcique expérimentale de la souris. — MM. C. Levaditi et A. Vaisman. Le 4-sulfamido-2,4-diaminobenzène et la paraaminobenzène-sulfamide agissent curativement dans l'infection expérimentale de la souris provoquée par les méningocoques A, B et C, dont la virulence pour cette espèce animale a été accrue au moyen de l'adjonction de mucine.

Ultravirus et cancers. — MM. C. Levaditi et R. Schoen. En dépit de tentatives d'adaptation du virus de la peste aviaire à l'organisme du lapin, ce virus, tout en continuant à manifester une affinité marquée pour le carcinome de Pearce, n'annihile pas le potentiel cancérigène de ce carcinome, lequel conserve son intégrité histologique. Il se comporte comme s'il avait végété excessivement chez la souris. L'activité cancérolytique de certains ultravirus semble donc être en rapport avec l'espèce animale porteuse de neoplasme et aussi avec la nature des tumeurs. Le potentiel cancérigène sera anéanti si l'animal cancéreux est éminemment réceptif au virus ; il ne le sera point s'il s'agit d'espèces animales jouissant d'une immunité naturelle, ne fût-ce que partielle.

Mécanime de l'action favorable de la bile sur les hémocultures des germes du groupe coli-typhique. — MM. A. Grimberg, S. Mutermilch, E. Agasse-Lafont et Mlle Pellier. L'effet favorable de la bile sur les hémocultures s'explique par son action inhibitrice intense sur une des substances bactéricides du sang, l'alexine. Ce mécanisme est donc, jusqu'à un certain point, comparable à celui que les

mêmes auteurs ont signalé sur l'action du citrate de soude ou sur celle de la dilution très étendue du sang en bouillon.

Présence de corps œstrogènes dans les hydrosalpinx expérimentaux de la corne tubo-utérite chez la lapine. — MM. H. Vignes et M. Robey. Qu'il y ait ou non castration, le liquide des hydrosalpinx expérimentaux aseptiques contient des substances œstrogènes, mais en quantité moins abondante chez les femelles castrées.

L'automatisme rythmique du muscle de sangsue par le phényléthylbarbiturate de quinine ; sa résistance au chlorure de potassium. — M. H. Busquet. Le phényléthylbarbiturate de quinine met en évidence la rythmicité latente du muscle de sangsue. Celui-ci, immobile dans la solution de Ringer ordinaire, présente un automatisme rythmique si on ajoute au liquide nourricier du phényléthylbarbiturate de quinine à la dose de 1 p. 20.000. Les contractions périodiques sont au nombre de 8 à 10 à la minute ; elles se poursuivent sans interruption pendant 6 à 8 heures. Elles résistent à tous les poisons neuro-végétatifs qui interrompent la rythmicité de l'intestin ou du cœur. Le potassium lui-même, qui arrête instantanément le rythme physiologique du cœur et le rythme barytique du muscle strié, est impuissant à arrêter l'activité pulsatile du muscle de sangsue imprégné de quinine.

Action de la congélation sur le pouvoir anticomplémentaire du sérum. — MM. Nattan-Larrier, L. Grimard et Mlle J. Dufour. Les basses températures exercent une très faible action sur le pouvoir anticomplémentaire des sérums humains ou animaux : on ne peut donc y avoir recours pour éliminer les causes d'erreurs dont les sérums anticomplémentaires peuvent être l'origine. D'autre part, les sérums qui ont été congelés acquièrent aussi facilement le pouvoir anticomplémentaire que les sérums qui n'ont pas été soumis au refroidissement.

Election. — M. Teissier est nommé membre titulaire.

Réunion de Lyon

(Séance du 21 juin 1937)

Réactions morphologiques dans le sérum de lapin cancérisé — M. Kofman. L'efflorescence terminale osmotique est variable suivant qu'elle se développe dans le sérum normal ou cancérisé. Notre méthode permet donc en quelque sorte de matérialiser ce fait que le sérum cancérisé présente une dispersion micellaire différente du normal.

(Séance du 26 juin 1937)

Faits concernant la réaction de Weil et Félix. — MM. P. Giroud et Tannenbaum. Chez le cobaye, l'absence de cette réaction est due à la flore intestinale particulière, où le Proteus est absent. En introduisant chez le cobaye, par voie buccale et anale un Proteus vulgaire et en l'infectant ensuite de typhus, on provoque une réaction de Weil et Félix.

L'infection du cobaye par voie sanguine avec des bacilles tuberculeux du type humain, bovin ou aviaire. — MM. F. van Deinse et R. Schwartz.

Application de la technique des hémocultures en sang citraté et en sang bilié à l'isolement des streptocoques. — MM. A. Grimberg, S. Mutermilch, E. Agasse-Lafont et Mlle H. Pellier.

Histophysiologie des lipides pulmonaires. Le poumon gras par intoxication. — MM. L. Binet, J. Verne et J.-L. Parrot signalent l'existence d'un poumon gras par intoxication, en particulier dans l'intoxication par les champignons et dans l'intoxication phosphorée. La surcharge graisseuse classique du foie n'est pas la seule conséquence de la mobilisation des lipides déterminée par l'intoxication ; ces corps vont aussi s'accumuler dans le poumon qui devient le siège d'une surcharge lipidique sans dégénérescence, particulièrement massive dans le premier cas. Les divers aspects de la surcharge lipidique sont peut-être en rapport avec l'intensité et l'ancienneté de la mobilisation des lipides plutôt qu'avec la nature de l'agent toxique.

Sur le mécanisme de l'augmentation de l'allergie produite par l'enrobage des bacilles morts dans l'huile de vaseline. — M. A. Saenz.

Etude de la sensibilité cutanée des diabétiques. Ses relations avec le système neuro-végétatif. — MM. Schwab et Hadjipavlos.

Erythrodialyse hémolytique. — MM. M. Villaret, H. Bénard, L. Justin-Besançon et A. Abadie étudient par les variations de la conductibilité électrique le départ des sels qu'abandonnent les hématies placées en solution glucosée isotonique additionnée de digitonine. Cette étude renseigne sur une phase initiale de l'hémolyse précédant le départ de l'hémoglobine (phase préhémolytique au sens habituel du mot). Les globules provenant de différents états pathologiques se comportent différemment des globules rouges normaux.

Etude critique de la réaction de fixation du complément appliquée à la recherche des anti-hormones dans le sang. MM. R. Demanche, Guy Laroche et H. Simonnet.

Action neutralisante exercée « in vitro » sur le pouvoir hémolytique du sérum sanguin par le principe gonadotrope. — MM. R. Demanche, Guy Laroche et H. Simonnet

Recherches sur le pouvoir cholestérolytique de la bile technique. — MM. Etienne Chabrol, Jean Cottet et Marcel Cachin.

Le pouvoir cholestérolytique de la bile est-il subordonné à sa richesse en acide cholalique ? — MM. Etienne Chabrol, Jean Cottet et Marcel Cachin.

(Séance du 3 juillet 1937)

Technique de la recherche et du dosage des tréphones. M. L. Grimard. On peut en ayant recours aux cultures de tissus : 1° caractériser ; 2° doser facilement les tréphones dans les produits liquides ou solides destinés à un usage thérapeutique ; 3° les rechercher après les avoir extraits des broyages de tissus desséchés.

Relations entre l'alexine et le pouvoir anticomplémentaire. — MM. L. Nattan-Larrier, L. Grimard et Mlle J. Dufour. Le pouvoir anticomplémentaire ne correspond pas à une modification de l'alexine due au chauffage du sérum. Il n'est pas masqué dans les sérums frais par l'alexine. Son apparition est déterminée dans les sérums, qui en sont primitivement dépourvus, par des facteurs physico-chimiques en relation avec l'action de la température ou du vieillissement.

Effets vaso-moteurs périphériques de quelques sympatholytiques. — MM. M. Villaret, L. Justin-Besançon et Mlle Denise Kohler ont exploré certains effets vasculaires des sympatholytiques en enregistrant simultanément la pression artérielle générale et la pression récurrente prise dans le bout périphérique de l'artère fémorale.

Ils ont étudié comparativement les effets de sympatholytiques naturels (yohimbine, corynanthine) et de sympatholytiques de synthèse (o. méthoxyphénoxy. 1. éthanolamino. 2. éthane ou J. L. 416 ; bi (phénoxy. 1. éthyl) amine ou J. L.

408). Toutes ces substances déterminent des phénomènes d'anisergie au cours de leur action vaso-dilatatrice périphérique.

Titrage biologique des poudres d'ovaire. — M. André CHOAY décrit une technique d'extraction de la folliculine à partir de la poudre d'ovaire et qui est utilisable pour titrer l'activité œstrogène des produits ovariens.

Cette activité est de l'ordre de 20 unités internationales par gramme de poudre, représentant 6 à 7 g. d'ovaire frais.

Sur l'immunisation expérimentale au moyen de staphylocoques vivants et pathogènes. — MM. G. RAMON et R. RICHOU. Le staphylocoque vivant et pathogène se montre bien capable de provoquer le développement de l'immunité antistaphylococcique, suivant un mode identique à celui décrit en ce qui concerne l'immunité antidiphtérique due aux bacilles diphtériques vivants enrobés dans la lanoline.

Les épreuves effectuées au moyen des staphylocoques virulents et vivants montrent que l'immunité antitoxique ainsi acquise est capable de les protéger avec succès contre la toxi-infection staphylococcique expérimentale.

Essais de prévention et de traitement de l'intoxication tétanique chez le lapin, par le carbone intraveineux et la sérothérapie spécifique. — MM. P. UHRY et E. LEMÉTAYER.

Nécrose aiguë du pancréas consécutive à une irritation des ganglions sympathiques cervico-thoraciques. — MM. A. LAPORTE, A. COMPAGNON et H. du DEUT.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 8 AVRIL 1937)

Sur le vaccin jennérien de culture. — M. LE BOURDELLES souligne l'intérêt du vaccin jennérien de culture, tel que le prépare actuellement M. Plotz à l'Institut Pasteur. La technique est simple ; le vaccin est parfaitement pur ; desséché et mis en ampoules, son activité demeure satisfaisante après plus d'un an, ainsi que le montre l'inoculation intradermique au lapin ; il se prête ainsi au stockage et à l'emploi colonial.

A propos de la cellulite torpide inguino-crurale. — M. STEFANINI. Sous la dénomination de cellulite torpide inguino-crurale, Favre le premier, Paul Chevallier et Fiehrer après lui, ont décrit une affection, jusque-là inconnue, caractérisée par une inflammation sclérogène étendue de la région inguinale et du triangle du scarpa, absolument indépendante de toute atteinte ganglionnaire et sans qu'aucun germe ait pu être mis en évidence au sein de ces lésions, dont l'étiologie demeure actuellement inconnue. L'auteur a observé et opéré trois de ses malades porteurs d'une lésion à localisation et à symptomatologie clinique exactement superposables à celles de la cellulite et qui n'étaient en réalité que la traduction d'une réaction de défense localisée de l'organisme à une première atteinte de filariose.

Fistule pancréatique post-traumatique ; traitement de Wohlgemuth, guérison. — MM. VOIZARD et CERNE.

Sur le dépistage radiologique de la tuberculose pulmonaire dans l'Armée. — M. LE BOURDELLES a pu recueillir plus d'un millier d'observations de jeunes soldats tuberculeux dont l'affection venait d'être découverte. Il précise l'interprétation à donner aux images radiologiques douteuses selon qu'il s'agit de séquelles de pleurésie qui imposent des examens radiographiques répétés de contrôle ; de nodules dont l'inactivité est habituelle ; d'images de tramite ou d'alvéolite parcellaire qui impliquent au contraire presque toujours des réserves quant à l'aptitude au service. Ainsi que MM. Codvelle et Meersseman, il estime que les confrontations radiographiques sont le meilleur moyen de juger de l'inactivité lésionnelle dans les cas limites, et que ces sujets doivent subir l'épreuve du temps que permettra la réforme temporaire. La radioscopie systématique à l'incorporation paraît devoir entraîner un fléchissement appréciable de la morbidité tuberculeuse dans l'armée.

La primo-infection tuberculeuse dans l'Armée. — M. MEERSSEMAN, se basant d'une part sur les statistiques hospitalières, d'autre part sur la pratique systématique de la cuti-réaction tuberculinique, conclut que la primo-infection tuberculeuse n'est pas exceptionnelle dans l'Armée, mais qu'elle s'y fait dans la presque totalité des cas d'une manière complètement inapparente, le virage de la cuti-réaction en constituant le seul signe. Cette latence et cette bénignité habituelles, qui s'opposent aux constatations faites dans d'autres milieux, sont indiscutablement en rapport avec la rareté et la pauvreté des causes de contagion que les sujets neufs peuvent rencontrer dans l'Armée.

Organisation matérielle et technique de la radioscopie systématique dans l'Armée. — M. DIDIÉE fait une brève synthèse de l'état actuel de la question, exposant les caractéristiques principales de l'appareillage utilisé et les conditions pratiques de fonctionnement. Il souligne les résultats acquis dans le domaine de la protection des opérateurs et dégage les règles essentielles de fonctionnement technique que l'expérience technique permet de formuler.

A propos de la détérioration des tissus provoqués par la nitro-sulfuration. — M. KERNY signale que, contrairement à une opinion répandue, l'humidité n'est pas indispensable à la formation d'acide sulfurique au cours de la désinsectisation par nitro-sulfuration. La combustion du soufre en présence d'azotate de potasse donne toujours naissance à des quantités notables d'anhydride sulfurique, et les tissus même apparemment secs (surtout le coton), sont détruits à plus ou moins longue échéance.

La désinsectisation du casernement (suite de la discussion). — MM. BRUNEL, TOURNIER, LASSERVE, RAOUL et TARAYRE.

Kyste hydatique du foie à contenu puriforme, traité par la marsupialisation. — MM. PERRIGNON DE TROYES et DU BOURGUET.

Deux cas de fractures parcellaires de la tête radiale. — MM. PERRIGNON DE TROYES et DU BOURGUET.

(SÉANCE DU 13 MAI 1937)

Paralysie des branches collatérales du plexus brachial par élongation accidentelle. — MM. FRIBOURG-BLANC, A. LIEUX et A. LAPEYRE.

Brouette porte-brancard spéciale pour la montagne avec adaptation immédiate pour les terrains enneigés. — M. GARRIC.

Purpura fébrile avec arthrite purulente, puis néphrite hématurique et orchi-épididymite — MM. L. FERRABOUC, P. GUICHÈNE, J. SIMONIN rapportent l'observation d'un sujet de 21 ans ayant présenté ce cas. La ponction articulaire put seule mettre en évidence le germe causal, un staphylocoque blanc.

Documents anatomo-cliniques sur les contusions du coude sans lésion osseuse. — MM. LIEUX et CHAPPOUX rapportent 3 nouveaux cas diagnostiqués et traités opératoirement de traumatisme du coude ayant rompu, sous la peau intacte, toutes les parties molles antéro-internes du coude. Le traitement chirurgical donne des résultats excellents, mais n'est pas indiqué dans tous les cas. Un des blessés, qui malgré l'évacuation de l'hématome, milieu conjonctif jeune ossifiable, et l'immobilisation plâtrée, avait fait un ostéome du brachial antérieur, a vu la tumeur disparaître en 25 jours sous l'influence des massages et d'une mobilisation intensive tant passive qu'active.

Pleurésiee purulentes à streptocoques traitées par le Rubiazol. — MM. LE MER et LISCOET ont eu l'occasion d'utiliser le Rubiazol per os dans le traitement de deux cas de pleurésies purulentes post-grippales à streptocoque hémolytique. Ils rapportent ces deux observations, qui montrent l'action extrêmement favorable du produit. Ces pleurésies purulentes se sont résorbées sans intervention chirurgicale.

119 cas de grippe et d'angine traités par le Rubiazol. — M. Pierre GAILLARD a utilisé le Rubiazol chez 84 grippés atteints pour la plupart de complications pulmonaires (15 bronchopneumonies, 7 pleurésies purulentes et 29 congestions), et chez 35 malades atteints d'angines diverses. Ce médicament lui a paru constituer un précieux adjuvant dans le traitement de la grippe, hâtant la résolution des foyers pulmonaires, et évitant l'éclosion de complications chez les malades traités d'emblée. Son action paraît indéniable dans les angines et dans les rhinopharyngites traînantes observées au décours de la grippe, et rebelles à tout autre traitement.

Lé désinsectisation du casernement : la destruction des punaises. — MM. DES CILLEULS et BELLON apportent les conclusions de la discussion, ouverte depuis plusieurs mois, sur la destruction des punaises du casernement. La désinsectisation est une opération singulièrement complexe, en l'état actuel du casernement. Elle doit être conduite avec compétence et minutie, en liaison effective avec le commandement. Tout procédé réglementaire donne des résultats satisfaisants, quand il s'adresse à des casernements relativement récents. L'efficacité de la nitro-sulfuration est — avant tout — conditionnée par trois opérations à effectuer à des périodes bien déterminées ; cette nécessité ne peut généralement pas être satisfaite. Les résultats obtenus dans les vieux casernements s'avèrent le plus souvent insuffisants. La puissance de la pénétration de la chloropicrine et ses effets destructeurs vis-à-vis des insectes et des œufs, ses possibilités d'utilisation en un seul temps et à n'importe quelle époque de l'année, et les résultats très satisfaisants qu'elle a permis d'obtenir dans les casernements particulièrement infestés, militent en faveur de l'extension de son emploi, compte tenu des précautions qu'exige son maniement plus délicat. La distance minima qu'il convient de respecter, quand le procédé par la chloropicrine est mis en œuvre dans des casernes très rapprochées d'habitations urbaines, reste à déterminer.

Réflexions sur la pratique de la radioscopie systématique. — M. ARLABOSSE.

A propos du traitement des pneumopathies aiguës. — M. MILLET.

A propos d'un cas de glossite aiguë. — MM. BOLOTTE et LANET.

PRATIQUE MÉDICALE

UN VÉRITABLE CERCLE VICIEUX : LA TRIADE SYMPTOMATIQUE " DOULEUR, EXCITATION, INSOMNIE "

d'après le docteur H. FAVIER (1)

Dans la gamme des sédatifs et des hypnogènes, l'allonal occupe une place bien personnelle par son efficacité puissante et étendue, capable d'apaiser l'excitation, l'angoisse, l'anxiété, et aussi de procurer, avec la sédation des algies les plus intenses, un sommeil progressif, tranquille, physiologiquement réparateur : ce qui indique l'emploi de ce médicament non seulement en médecine générale, mais aussi en gynécologie, en pédiatrie, en urologie, en otorhino-laryngologie et surtout en stomatologie.

(1) *Concours médical*, n° 38, Paris, septembre 1936.

LIVRES NOUVEAUX

Problèmes d'hygiène posés par la protection collective contre les attaques aériennes (1), par MM. Paul BRUÈRE et Norbert LERICH.

La protection collective dans l'éventualité des agressions aériennes brusquées pose un certain nombre de problèmes que les auteurs, dont la grande compétence est bien connue, examinent dans ce nouveau volume.

Ils mettent en relief les avantages et les inconvénients du *milieu clos* et de la *ventilation forcée* en circuit ouvert, accentuée jusqu'au *milieu* nettement surpressé.

Le système du *milieu clos*, avec protection simultanée contre les trois périls : toxique, explosif et incendiaire, est en principe préférable, mais difficilement réalisable en raison de son prix très élevé.

L'utilisation du *milieu surpressé* est, en revanche, beaucoup plus facile. Les auteurs donnent à ce sujet de très utiles directives. Ils traitent aussi la question de la protection des aliments, l'évacuation des déchets, la *détoxication des locaux*.

Tous ceux qui comprennent l'importance de la défense passive devront lire cet excellent livre.

L. S.

Conduite à tenir dans la colibacillose urinaire chronique, par le docteur Paul BARON, lauréat de l'Académie de médecine, médecin consultant aux eaux de La Preste.

Cette petite brochure d'une trentaine de pages est écrite par un praticien pour des praticiens. Sans s'encombrer de théories, l'auteur reste dans le domaine du concret et s'il débute par quelques considérations pathogéniques, c'est afin de mieux expliquer l'action de certaines méthodes, et leur efficacité plus constante.

En vente : S. E. P., 16, rue Pavée, Paris. — Une brochure : 5 fr.

Traitement des déviations de la colonne vertébrale et de l'insuffisance respiratoire, par le docteur Marie NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH, ancien interne des hôpitaux de Paris, chargé d'un service orthopédique à l'hôpital des Enfants-Assistés. 2e édition, 1937. 1 volume in-8° (13 × 20) de 80 pages, avec 87 figures (*Bibliothèque de Thérapeutique Carnot et Harvier*, Physiothérapie, 5e volume), J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e). Prix : 20 fr.

L'hygiène infantile est de plus en plus à l'ordre du jour ; la base essentielle d'une bonne santé est assurément une conformation osseuse parfaite, aussi est-il très important de veiller dès le plus jeune âge à la régularité du squelette en général et de la colonne vertébrale en particulier ; c'est ce but que s'est proposé d'atteindre l'auteur.

L'ouvrage est divisé en deux parties : d'une part les traitements relatifs aux déviations de la colonne vertébrale (préventif général, préventif spécial, curatif, corset orthopédique) ; d'autre part les traitements ayant trait à l'insuffisance respiratoire ; cette partie comprend des tableaux indiquant les différents périmètres et diamètres thoraciques ainsi que le volume d'air de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte ; le diagnostic de l'insuffisance respiratoire, les indications thérapeutiques, le traitement par la gymnastique respiratoire.

(1) Un vol. in-8°. Prix 15 fr. Edition des Laboratoires de phantomysation. F. Gauchard, 51, rue de la Bienfaisance, à Vincennes (Seine).

NOTES POUR L'INTERNAT

PARALYSIES DIPHTERIQUES

Les paralysies diphtériques doivent toujours être recherchées journellement chez tout enfant convalescent de diphtérie. Leur fréquence varie d'ailleurs :

Avec les épidémies ;

Avec la gravité de l'angine, et les paralysies sont presque de règle après les angines malignes, très fréquentes après les angines graves ;

Avec la précocité du traitement.

La sérothérapie a fait augmenter la fréquence apparente des paralysies en réduisant le nombre des cas rapidement mortels, mais la fréquence et l'extension des paralysies sont d'autant plus grandes que l'angine a été traitée plus tardivement.

Actuellement, l'emploi systématique de la strychnothérapie à dose élevée dans toutes les angines graves semble avoir diminué la fréquence, l'extension et la durée des paralysies.

Au point de vue du pronostic, la date d'apparition des paralysies a une grosse importance.

Survenant très précocement après le début de l'angine, la paralysie est un élément de pronostic grave.

Le plus souvent les paralysies sont plus tardives et surviennent 10 à 15 jours après le début de la maladie, et quelquefois même plus tard.

ETUDE CLINIQUE

Les paralysies diphtériques débutent toujours par la région où siégeaient les fausses membranes.

L'angine étant de beaucoup la localisation la plus fréquente, on s'explique que la variété courante soit la paralysie du voile.

Mais les paralysies peuvent :

I. Rester localisées au voile ;

II. Se généraliser.

I. *La paralysie du voile du palais.*

Elle peut compliquer toutes les variétés d'angine :

— Angines bénignes communes,

— Angines malignes,

— Angines diphtériques anormales. C'est parfois alors l'apparition de la paralysie qui fait reconnaître la nature diphtérique de l'angine.

En règle, au cours de la diphtérie commune habituelle, il s'agit d'un enfant qui a fait une angine diphtérique d'intensité moyenne.

Les fausses membranes sont tombées.

Il n'y a pas eu de signe de maliguité, pas d'ecchymose de purpura, l'azotémie est restée modérée, la T. A. a toujours été satisfaisante, les réflexes des membres inférieurs sont normaux.

On s'apprête à rendre l'enfant, quand surviennent quelques troubles de la déglutition et de la phonation qui vont attirer l'attention.

S. f. — Les *troubles de la phonation* consistent en enrouement, nasonnement de la voix, le sujet ne peut prononcer les labiales, la voix est malaisée à comprendre.

Cependant, si on pince le nez, le courant d'air expiré ne passant plus par le nez, les troubles s'atténuent.

Les *troubles de la déglutition* sont habituellement un peu plus tardifs, mais ils peuvent être les premiers en date.

Le malade avale de travers ; les liquides et surtout les liquides tièdes refluent par le nez ; le malade est obligé de boire lentement, la tête renversée en arrière.

Les solides sont aussi difficiles à déglutir ; des particules passent dans le larynx, en provoquant des quintes de toux.

On a cité aussi : des *troubles de la respiration*, habituellement peu marqués ;

Des *troubles de l'ouïe* : hypoacousie, bourdonnements d'oreilles.

S. ph. — A l'examen, on constate que le voile du palais est pâle, flasque, traînant sur la base de la langue, inerte.

Si on pince le nez, la luette devient le siège de mouvements antéro-postérieurs provoqués par le courant d'air inspiratoire et expiratoire.

Si on fait parler, dire « A », le voile ne se contracte pas. Il existe donc de gros troubles de la motilité.

De plus, l'enfant ne peut ni souffler, ni siffler, ni gonfler ses joues, à moins que l'on ne pratique l'occlusion des narines.

Cette paralysie flasque s'accompagne d'ailleurs :

De troubles réflexes :

Abolition fréquente du réflexe nauséeux ;

Abolition constante du réflexe pharyngien.

Telle est la symptomatologie de la paralysie localisée du voile au cours d'une diphtérie commune.

Il restera à faire le bilan des signes persistants de la toxémie diphtérique et à s'assurer par l'examen oculaire et la recherche de l'état des réflexes des membres inférieurs, que la paralysie est bien localisée.

On notera donc :

La pâleur,

Les adénopathies,

L'asthénie,

L'hypotension,

Un certain degré d'azotémie, qui peuvent persister à la suite de toute diphtérie un peu sérieuse.

Evolution. — Elle va pouvoir se faire :

— Vers la guérison :

Les troubles de la déglutition disparaissent habituellement très rapidement, le malade apprenant très vite à boire lentement, la tête renversée en arrière.

Les troubles de la phonation sont parfois fugaces, il s'agit de paralysie abortive ; d'autres fois, ils vont pouvoir persister une, deux ou trois semaines, rarement plus.

— Vers l'aggravation et la généralisation :

C'est le fait surtout des diphtéries graves et des diphtéries soignées trop tardivement.

Complications. — Elles sont exceptionnelles.

On a cité des cas de broncho-pneumonie de déglutition, d'asphyxie par passage du bol alimentaire dans la trachée.

Formes cliniques. — Il existe :

Des *formes légères*, échappant souvent à l'observation et ne s'objectivant que par une hypotonicité du voile, qui se laisse déprimer facilement.

Les troubles sensitifs sont peu marqués : la déglutition est habituellement presque normale, l'enfant avale de temps en temps de travers.

L'évolution est rapide vers la guérison.

Des *formes unilatérales*, avec voile asymétrique attiré en avant du côté paralysé, luette déviée vers le côté sain.

Si le malade fait un effort de déglutition, le point le plus élevé de la voûte n'est pas médian mais reporté vers le côté sain.

Il y a des troubles de l'ouïe unilatéraux.

Les troubles de la déglutition ne sont pas très marqués, mais les troubles de la phonation le sont autant que dans les formes bilatérales.

Des *formes parcellaires*, limitées à un groupe musculaire :

— Au péristaphylin externe ;

— Au péristaphylin interne ;

— A l'azygos de la luette avec luette traînante sur la base de la langue et nausées.

(*A suivre.*) J. FERROIR.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 63. — SAMEDI 7 AOUT 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpital intercommunal de Créteil (Seine). — Un concours sera ouvert le vendredi 10 septembre 1937, pour la nomination de sept internes titulaires et de cinq internes provisoires.

Renseignements et inscriptions avant le 1er septembre 1937, au siège du Syndicat intercommunal de l'hôpital de Créteil, 5, rue de Saint-Maur, à Créteil (Seine).

Faculté de médecine de Paris. — M. Lévy-Solal, agrégé libre, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de clinique obstétricale (Pitié) à la Faculté de médecine de l'Université de Paris. (Dernier titulaire : M. Jeannin.)

— M. Chiray, agrégé libre, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologique, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris. (Dernier titulaire : M. Villaret.)

Ecole du S.S. militaire. — Le « Journal Officiel » du 31 juillet publie la liste, par ordre alphabétique, des candidats admis à subir dans les centres et aux dates ci-après les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole du Service de Santé militaire en 1937.

Ecole de Médecine de Besançon. — En raison de la courte durée des études d'anatomie et afin de préparer les étudiants à leurs stages de clinique, il a été institué à Besançon *un cours de vacances d'anatomie avec dissection.*

Ce cours est destiné en principe aux étudiants reçus au P.C.N. Il est ouvert cependant à tous ceux qui veulent soit se perfectionner, soit faire des travaux personnels en anatomie. Le cours a lieu du 15 septembre au 15 octobre. Le droit à verser est de 200 francs, le nombre des inscriptions est limité. Les auditeurs seront admis à fréquenter les cliniques hospitalières où des cours spéciaux seront faits à leur intention. S'adresser pour tous renseignements complémentaires : « Laboratoire d'anatomie de l'Ecole de Médecine », Besançon (Doubs).

Légion d'honneur. — AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Officier :* M. le Dr Davenière, médecin du Ministère des Affaires étrangères. — *Chevalier :* M. le Dr Collangettes, professeur à la Faculté française de médecine de Beyrouth.

Marine. — Ont été promus dans la réserve de l'armée de mer. Au grade de médecin en chef de 2e classe : M. Violle.

Au grade de médecin principal : MM. Arraud et Blanchot.

Au grade de médecin de 1re classe : M. Henry-Destureaux.

Création de certificats. — Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 29 juillet 1937, un certificat d'aptitude à l'inspection médicale des écoles et au contrôle de l'éducation physique est institué aux Universités de Lyon, Nancy, Paris.

Naturalisations. — Le J. O. du 29 juillet publie une loi tendant à étendre le bénéfice de l'article 1er de la loi du 26 juillet 1935 aux chirurgiens-dentistes sarrois naturali-

sés ou ayant fait une demande de naturalisation avant le 1er mars 1935.

L'Ecole Pratique de service social, fondée avant la guerre, en 1913, reconnue administrativement par arrêté ministériel du 25 avril 1933, s'est développée avec l'idée même et la pratique du service social, qui a maintenant conquis droit de cité en France.

Les études de l'Ecole, qui se composent de cours théoriques, de leçons pratiques et de stages dans les institutions officielles et privées les mieux organisées, durent deux ans et sont sanctionnées depuis 1934 par le Diplôme d'Etat de service social.

Le siège social de l'Ecole Pratique de service social est 139, boulevard Montparnasse, Paris (6e). On peut y demander gratuitement tous renseignements utiles sur les conditions d'admission et le programme des études.

VIIe Congrès Français de Gynécologie. — Le VIIe Congrès Français de Gynécologie aura lieu à Nice, du 19 au 23 avril 1938, sous la présidence de M. le Professeur E. Chauvin, de Marseille, et la présidence d'honneur de M. le Professeur V. B. Green-Armytage, de Londres, Secrétaire général, M. le Docteur Maurice Fabre, de Paris.

Question à l'ordre du jour : « *La Blennorrhagie Génitale Féminine* ».

Rapporteur général : M. le Docteur L. M. Pierra.

Six rapports seront présentés :

1° L'infection gonococcique chez la femme :

a) Diagnostic bactériologique au cabinet du médecin. Critérium de guérison par M. Pierre Barbellion (Paris) ;

b) Cultures, sérologie et biologie du gonocoque par M. Ch. O. Guillaumin (Paris).

2° Les localisations anatomo-cliniques de la blennorrhagie génitale chez la femme, par M. Figarella (Marseille).

3° Complications et séquelles de la blennorrhagie génitale de la femme. La blennorrhagie, danger social : la stérilité, par M. L. M. Pierra (Luxeuil).

4° Traitements de la blennorrhagie génitale de la femme, par MM. Maurice Fabre, F. A. Papillon, André Pecker (Paris).

5° La blennorrhagie de la femme enceinte et son traitement par M. Morisson-Lacombe (Nice).

6° La vulvo-vaginite des petites filles et son traitement, par M. J. E. Marcel (Paris).

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser à M. le Dr P. Gasquet, Président du Comité d'Organisation, 47, boulevard Victor-Hugo, Nice (A.-Marit.).

Défense passive. — D'importantes manœuvres de défense aérienne passive ont eu lieu à Lyon et sur le territoire des sept départements suivants : Rhône, Ardèche, Isère, Hautes-Alpes, Savoie, Haute-Savoie et Ain.

A Lyon, les sirènes installées sur les monuments publics ont, par trois fois, résonné donnant l'alerte à la population. Les pompiers, les gardes mobiles et la troupe ont été soumis à une série de manœuvres : recherches de foyers d'incendie, recherche de victimes, défense contre chute d'obus à gaz.

La nuit, le courant a été coupé entre 1 heure et 2 heures du matin, à Lyon. L'extinction doit être en principe complète sur le territoire des sept départements, sauf la Savoie et la Haute-Savoie, où certaines stations touristiques ont reçu la permission de conserver leurs lumières.

On prévoit dans quelque temps, dans une ville de la région qui n'a pas été encore désignée, une manœuvre plus importante encore, puisqu'il s'agira de la dispersion d'une population urbaine dans la campagne voisine au cours d'une alerte de bombardement.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE ET DES COMMUNES LIMITROPHES

Ordre du jour
voté
par le Conseil d'administration du Syndicat des Médecins de la Seine dans sa séance du 30 juillet 1937

Le Syndicat des Médecins de la Seine,

Considérant que les journaux médicaux sont indispensables à la diffusion des travaux scientifiques, des observations cliniques, des méthodes thérapeutiques qui découlent des unes et des autres ;

Que cette mise au point constante des questions médicales est également indispensable au maintien et à l'amélioration de la santé publique ;

Que ces journaux médicaux ne peuvent être considérés comme des entreprises commerciales ayant des disponibilités leur permettant de faire face à des charges nouvelles ;

Qu'en particulier, l'augmentation des taxes postales est susceptible par son importance d'obliger nombre de ces journaux médicaux à suspendre leur publication ;

Demande que la question des taxes postales à leur appliquer soit examinée à nouveau en tenant compte de l'intérêt qu'ils présentent au point de vue de la santé publique.

Ordre du jour
voté
par le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine dans sa séance du 30 juillet 1937

Le Syndicat des Médecins de la Seine,

Considérant qu'une campagne de presse particulièrement injustifiée au sujet de l'affaire d'Eysses tend à jeter le discrédit sur le corps médical,

Déclare se solidariser tant avec le docteur Guy qu'avec le Syndicat des Médecins du Lot-et-Garonne,

Et regrette qu'un journal se soit fait l'écho de faits tendancieux ou inexacts sans prendre la précaution de s'informer auprès des groupements médicaux qualifiés.

Mariage. — On annonce le prochain mariage de Mlle Françoise Peyre, fille du Procureur général près la Cour d'appel de Rennes, et de Madame, née Gagne, et nièce des Drs Edouard Peyre et René Legroux, de l'Institut Pasteur, avec le Lieutenant François Huber, du 33e régiment d'artillerie nord-africain, fils du Dr Julien Huber, Médecin de l'Hôpital Hérold et de Mme, née Fournier.

La ville de Cannes se fait un plaisir de rappeler à MM. les docteurs en médecine et chirurgiens-dentistes, qu'en vertu d'un arrêté municipal en date du 2 juillet 1935, ils sont exonérés de la taxe de séjour ainsi que leur femme, leurs enfants mineurs et une personne préposée à leur garde, ou une garde-malade, à la condition de présenter à l'Office municipal du tourisme et propagande, pavillon du tourisme, galeries fleuries, le jour de leur arrivée, une pièce officielle attestant qu'ils exercent effectivement leur profession et paient patente.

Cette pièce doit être délivrée par la mairie de la localité où ils sont domiciliés.

A Paris, les mairies délivrent cette attestation sur feuille officielle de 4 francs.

REVUE GENERALE

LES FORMES NEURO-MÉNINGÉES DE LA SPIROCHÉTOSE D'INADA ET IDO (1)

PAR MM.

Henri ROGER
Professeur à la Faculté de Médecine de Marseille

Jean VAGUE
Interne des hôpitaux

II. FORMES ENCEPHALIQUES : MENTALES, MYOCLONIQUES

A. Formes mentales

Décrites par Costa et Troisier, Sacquépée et Boidin, Kahn et Debré, Baruk, Meignant et Mlle Blanchy, Hesnard et Séguy, Guillain et Lereboullet, Hamburger, Quellien et Baruk, elles se présentent sous trois formes :

1° Tantôt une *obnubilation intellectuelle accentuée, de la confusion mentale* accompagnent les signes du début de la spirochétose. Nous les avons notées très importantes dans trois cas personnels ; ces troubles constituent alors une simple aggravation de symptômes presque normaux de la maladie, surtout lorsqu'ils évoluent chez un névropathe (comitiale dans l'observation de Guillain et Lereboullet).

2° Dans d'autres cas, les troubles mentaux sont à type *d'excitation, de crises hypomaniaques et de mégalomanie*. Ils surviennent alors au moment de la recrudescence fébrile : Baruk, Meignant et Mlle Blanchy, Hamburger, Quellien et Baruk (dans ce dernier cas, la septicémie à spirochètes était accompagnée d'une infection par le paratyphique B). Ces complications mentales n'ont par ailleurs apporté aucun élément de gravité à la spirochétose et n'ont laissé aucune séquelle.

3° A ces deux formes particulières, il convient peut-être d'ajouter un autre type de trouble mental, véritable *délire furieux* suivi de fugue que l'un de nous a pu observer avec notre ami Bouyala, cas malheureusement non confirmé par un séro-diagnostic. On sait que les hépatonéphrites dégénératives ou nécrotiques s'accompagnent plus spécialement de troubles nerveux du type de délire furieux, les hépatonéphrites hyperplasiques donnant plus volontiers un syndrome dépressif : obnubilation intellectuelle et torpeur. C'est justement ce qui s'est vérifié dans ce cas où l'examen anatomique a pu nous montrer une véritable atrophie aiguë avec nécrose cellulaire. Le type hyperplasique habituel de la spirochétose rend forcément exceptionnels les troubles nerveux présentant ce caractère.

B. Forme myoclonique

On en connaît une observation publiée en 1922 par Villaret, H. Bénard et P. Blum. Au moment de la rechute d'une spirochétose de forme classique évoluant sur un terrain syphilitique et alcoolique, les auteurs ont pu observer pendant deux jours des secousses myocloniques des extenseurs des doigts, des triceps cruraux, quelques secousses légères des extenseurs des orteils ; la face a été respectée. Les myoclonies n'ont été accompagnées d'aucun autre symptôme neurologique objectif. En même temps, les troubles pathologiques avaient subi une recrudescence ; la maladie se termina par la guérison. Il n'existe à notre connaissance aucune autre observation de myoclonies au cours de la maladie d'Inada et Ido (1).

III. FORMES MEDULLAIRES

Widal et Etienne May avaient écrit que l'existence d'une myélite spirochétosique, quoique rare, était possible. En fait, il n'existe guère qu'une seule observation à peu près concluante à ce sujet ; c'est celle de Labbé, Boulin, Uhry et Ulmann ; paraplégie flasque du type poliomyélite antérieure aiguë légèrement propagée au membre supérieur (diminution de la force segmentaire et abolition des réflexes tendineux et cubito-pronateurs), sans réaction du l. c. r., si ce n'est une glycorachie à 0,86, le tout évoluant parallèlement à une hépatonéphrite aiguë typique avec terminaison mortelle par anurie ; inoculation positive du l. c. r., du sang et des urines, séro-diagnostic positif.

A propos de cette observation, Troisier rappelle un cas étudié avec Monnerot-Dumaine et Berthe Erber, où un signe de Babinski bilatéral et un signe de l'éventail accompagna toute l'évolution d'une leptospirose méningée pure, disparaissant au moment de la convalescence. Sala avait depuis longtemps rapporté une observation de syndrome de Landry consécutif à une spirochétose ictéro-hémorragique, mais en France les deux cas précédents sont les seuls d'atteinte médullaire à peu près indiscutable par le spirochète.

IV. FORMES NEVRITIQUES OU POLYNEVRITIQUES

Comme les myélites, les observations de névrites ou de polynévrites à spirochètes sont exceptionnelles. Le névraxe et les nerfs qui en émanent, peut-être protégés par la barrière méningée (P. Mollaret et B. Erber) ne sont que rarement atteints, ou seulement d'une manière passagère, par le spirochète.

C'est au Japon surtout que ces complications ont été observées et décrites. Takeya a rapporté un cas de paralysie faciale périphérique, Inada et Ido une polynévrite des membres inférieurs, Ino Kubo un cas de paralysie récurrentielle ; Kaulko a observé une sciatique.

Nolf et Firket ont observé un syndrome de la queue de cheval. Cochez et Fichet rapportaient récemment un cas de névralgie phrénique au cours de la reprise, complication déjà notée par Costa et Troisier. Tout récemment un malade de Tamalet a présenté une paraplégie flasque de type polynévritique trois jours avant l'apparition de l'ictère. La plupart de ces complications sont survenues au cours de spirochétose de type ictéro-hémorragique, simple incident de leur évolution.

(1) (Fin.) Voir *Gaz. Hôp.*, n° 61, p. 973, du 31 juillet 1937.

(1) Dans une observation de H. Roger et Recordier, spirochétère très probable à laquelle manque malheureusement les preuves de laboratoire, on a noté des secousses myocloniques des membres inférieurs, le dernier jour de la maladie, peu avant la mort.

Plus intéressantes sont les complications de névrite optique que l'on peut rencontrer. On sait la fréquence et presque la constance des manifestations oculaires dans la spirochétose, tant nerveuse qu'hépato-rénale, et dont l'expression la plus simple est l'injection conjonctivale. A côté de l'iritis fréquente, Weekers et Firket ont observé trois cas de névrite optique, Leconte et Mlle Joltrois ont publié une observation dans laquelle une névrite optique est survenue au moment de la recrudescence fébrile ; fait particulier, il n'existait même pas d'injection conjonctivale à la première période, mais au cours de la reprise est apparue une iritis ; c'est seulement après la guérison de cette dernière qu'on a pu noter la névrite optique qui a du reste complètement disparu.

V. FORME MYALGIQUE

Un mot enfin de la forme myalgique individualisée par Bloch et Hébert, dans laquelle les myalgies dominent nettement le tableau clinique, les signes méningés ne survenant que plus tard ; cette forme ne constitue que l'exagération d'un symptôme absolument constant au cours de la spirochétose et même habituellement très prononcé ; elle est à rapprocher des formes pseudo-grippales (Kourilsky et Mamon, Caroli, Troisier, Bariéty et Macrez) de la maladie, caractérisée par une courbature fébrile plus ou moins intense avec réaction albumino-cytologique du l. c. r. analogue aux réactions déjà vues.

Telles sont les formes neuro-méningées que peut affecter cette maladie polymorphe et maintenant bien connue, dont vingt années seulement ont pu offrir aux observateurs les multiples aspects. Elles sont, nous l'avons vu, les plus fréquentes après les troubles hépato-rénaux.

Sans doute beaucoup de travaux restent encore à entreprendre. Néanmoins, nos connaissances paraissent aujourd'hui d'une étendue suffisante pour nous permettre de soupçonner l'intervention du spirochète dans un nombre considérable d'affections, et pour ce qui est des formes nerveuses, essentiellement dans tout un groupe de réactions méningées aiguës.

La refonte nosologique, que ces affections ont subie au cours des dernières années, doit nous rendre à la fois avisés et prudents dans le diagnostic des syndromes méningés aigus de l'enfance et plus encore de l'âge adulte. C'est dans la triade clinique essentielle de la spirochétose méningée : syndrome méningé, herpès, injection conjonctivale, dans les recherches biologiques spécifiques du spirochète mises en œuvre à bon escient que résidera souvent la clef du diagnostic. Et ce diagnostic a son importance, puisqu'il est presque toujours synonyme d'une évolution plutôt bénigne, puisqu'enfin si le traitement spécifique (sérothérapie et sels de bismuth : Uhlenluth) ne peut guère prétendre à des succès incontestables, c'est en tout cas par le dépistage des cas sporadiques ou épidémiques de la maladie qu'il nous sera possible de lutter contre le spirochète et de diminuer peut-être autour de nous la fréquence de la spirochétose tant hépato-rénale que neuro-méningée.

BIBLIOGRAPHIE

En dehors des publications ayant trait aux formes non méningées de la spirochétose nerveuse, nous ne rapporterons ici, pour ce qui est des méningites à spirochètes, que les travaux parus depuis la monographie de Troisier et Boquien.

ARLO, MOUSTARDIER et VAGUE. — Hépatonéphrite aiguë à forme méningée d'origine indéterminée. *Soc. de méd. de Marseille*, 22 mai 1935.

BARUK, MEIGNANT et BLANCHY. — Excitation maniaque et spirochétose ictérique. *L'Encéphale*, 1923, p. 835.

BOULIN. — De quelques formes nouvelles de la spirochétose ictérique. *Annales de clinique et de pharmacodynamie*, octobre 1936.

BOUYALA et VAGUE. — Hépatonéphrite suraiguë avec nécrose du foie. *Soc. de méd. de Marseille*, juin 1935.

BRAHIC, RECORDIER et VAGUE. — 2 observations de spirochétose ictéro-hémorragique. Comité médical des Bouches-du-Rhône, 17 mai 1935. *Marseille médical*, 25 mai 1935.

BRAHIC, RECORDIER et VAGUE. — A propos des formes anictériques de la spirochétose ictéro-hémorragique. Un cas de spirochétose à symptomatologie pulmonaire et méningée. *Gazette des Hôpitaux*, 9 oct. 1935, p. 365.

COCHEZ et FICHET. — Nouvelles observations de spirochétose méningée anictérique. *Presse méd.*, 22 avril 1933, p. 646.

R. DAVID. — Contribution à l'étude des spirochétoses anictériques. *Thèse Paris*, 1935.

R. FASQUELLE SAINT-YVES MÉNARD. — La spirochétose ictéro-hémorragique. Ses formes cliniques. Sa forme méningée. *Concours médical*, 12 février 1936, p. 437.

VAN GOOR. NOORTHORVEN. — Maladie de Weil à forme méningée sans ictère. *Nederl. Tijdschrift voor Genees*, 22 septembre 1934, p. 4330.

G. GUILLAIN et J. LEREBOULLET. — Spirochétose méningée pure à forme mentale. *Soc. méd. hôp.*, 8 nov. 1935, p. 1509.

P. HALBRON et P. KLOTZ. — Spirochétose méningée pure à double rechute avec hyperglycorachie du liquide céphalo-rachidien. *Soc. méd. hôp.*, 22 mars 1935.

HAMBURGER, QUELLIEN et BARUK. — Spirochétose, bacillémie concomitante à para B. troubles mentaux au cours de la convalescence. *Soc. méd. hôp.*, 29 nov. 1935, p. 1662.

HASLE, TOULEC et VANCEL. — Spirochétose ictéro-hémorragique et spirochétoses anictériques observées à Hanoï. *Bull. de la Soc. méd. chir. de l'Indochine*, 23 mai 1935, p. 407, t. XIII, N° 4.

HESNARD et SEGUY. — Notes sur les troubles psychiques de la spirochétose icto-hémorragique. *Marseille méd.*, 1925, p. 668.

ILDA. — Tokio Ijishinschi 1917, N° 2005, p. 45, cité par Labbé, Boulin, Uhry et Ullmann.

INO-KUBO. — Paralysie du nerf laryngé inférieur au cours de la spirochétose. *Annales d'oto-rhino-laryng.*, 1926, p. 914.

JANBON. — Quelques cas de spirochétose icto-hémorragique observés dans la région montpelliéraine, *Montpellier médical*, avril 1937.

KAHN et DEBRÉ. — Troubles psychiques au cours de la spirochétose. *Soc. méd. hôp.*, 1918, p. 940.

S. KINGO. — Aspect histologique du cerveau dans la maladie de Weil. *Tukuoka Ikwadaigaku Zasshi*, 27, N° 8 (et allemande). *Zusammenjassung*, 112-113, 1934 (japonais).

VAN KRAMER. — *Nedersl. Tijdsschrift voor Geenes*, 1933, N° 23, p. 2632 et 1934 ; N° 11, p. 1280.

LABBÉ, BOULIN, UHRY et ULLMAN. — Sur un cas de spirochétose ictérique accompagné de paraplégie. *Soc. méd. hôp.*, 8 nov. 1935, p. 1504.

De Lavergne, Aicoyer (S.) Stelluy. — Trois cas de spirochétose méningée pure. *Soc. méd. de Nancy*, 23 déc. 1936 et *Revue méd. de Nancy*, 65, p. 337, 13 avril 1937.

Leconte et Mlle Joltrois. — Un cas de spirochétose avec névrite optique. *Soc. méd. hôp.*, 1923, p. 1366.

A. Lemierre et R. Laplane. — Sur un cas de spirochétose anictérique. *Gaz. des hôp.*, 4 juillet 1934, p. 965.

Lœper et J. Cottet. — Une maladie saisonnière entre juillet et septembre. La spirochétose ictéro-hémorragique. *Concours médical*, 27 mai 1936, p. 208.

J. Marie et P. Gabriel. — La méningite spirochétosique épidémique chez l'enfant. *Soc. méd. hôp.*, 8 nov. 1935, p. 1454 et *Revue franç. de pédiatrie*, XII, N° 2, 1936, p. 201.

P. Merklen et H. Gounelle. Sur l'existence des néphrites aiguës à spirochètes. *Soc. méd. hôp.*, 1933, p. 1582.

De Monchy et Albronda. — Symptômes cérébraux dans la maladie de Weil. *Nederlandsch Tijdsdschrift voor Geeneskunde*, 5 nov. 1932, N° 45, p. 5147.

P. Mollaret et B. Erber. — A propos du diagnostic microbiologique de la spirochétose méningée pure. *Soc. méd. hôp.*, 29 nov. 1935, p. 1631.

P. Mollaret et B. Erber. — Contribution à l'étude physio-pathologique de la spirochétose méningée pure. *Soc. méd. hôp.*, 29 nov. 1935, p. 1638.

P. Mollaret et J. Ferroir. — A propos de deux observations de spirochétose ictéro-hémorragique dont une avec myocardite mortelle. Contribution à l'étude des réactions méningées des formes typiques ictérigènes. *Soc. méd. hôp.*, 29 nov. 1935, p. 1622.

L. Rimbaud, M. Janbon, Mlle Labraque-Bordenave. — Trois cas de spirochétose ictéro-hémorragique chez des mineurs. *Soc. méd. hôp.*, 30 avril 1937.

L. Rimbaud, M. Janbon, Mlle Labraque-Bordenave. — Deux cas de spirochétose ictéro-hémorragique. Formes anictériques (pseudo-grippale et méningo-rénale). *Soc. méd. hôp.*, 30 avril 1937.

Roch. — Les méningites aiguës bénignes de l'adulte. XXIVe Congrès français de médecine, Paris. Octobre 1936.

H. Roger et J. Paillas. — A propos de quelques cas de méningite lymphocytaire aiguë ou subaiguë. XXIVe Congrès français de médecine. Paris, octobre 1936 et *Marseille méd.*, 1937.

Rousset et Vassoratz. — Méningite aiguë d'origine spirochétosique probable, guérie par CyHg. *Strasbourg médical*, 25 août 1934, p. 483.

Sala. — *Riv. Ospédal*, 1921, p. 555. Cité par Labbé et collaborateurs.

Takeya. — (Cité par Labbé et collaborateurs). — *Revue de la Soc. de méd. de Tokio*, t. XXIV, N° 23, p. 1003.

Tamalet. — Un cas de spirochétose ictérigène à début paraplégique. *Soc. de méd., chir. et pharm. de Toulouse*, novembre 1936.

Troisier, Bariéty et Brouet. — Spirochétose ictéro-hémorragique après morsure de rat. Méningite purulente. *Soc. méd. hôp.*, 9 nov. 1934, p. 1451.

Troisier, Bariéty, Mlle Erber, Brouet, Mlle Sifferlen. — Spirochétose méningée et méningo-typhus. *Presse méd.*, 4 mai 1935, p. 713.

Troisier et Boquien. — La spirochétose méningée. Masson 1933.

Troisier, Mlle Erber et Monnerot-Dumaine. — *Soc. méd. hôp.*, 21 mai 1926.

Uhlenluth. — Epidémiologie de la maladie de Weil et spécialement de sa contamination par l'eau. *Münch. Mediz Woch.* 28 nov. 1930 et 5 déc. 1930, p. 2047 et 2098.

Uhlenluth et Seiffert. — Considérations sur la guérison de la maladie de Weil par le traitement au moyen du yatren et du bismuth. *Zentralblat für Bacteriology*, 1929, t. I,, cxiv, p. 241.

Uhlenluth et Zimmermann. — Considérations sur la chimiothérapie et la sérothérapie de la maladie de Weil. *Mediz. Klinisch.* n° 12, 22 mars 1935, p. 375.

Vague (J.). — Les Hépatonéphrites aiguës. Masson, 1935.

Vague (J.). — La spirochétose d'Inada et Ido. Considérations cliniques et anatomo-pathologiques. *La Science Médicale Pratique*, 15 mai 1936.

Villaret (M.), Bénard (H.) et Blum (P.). — Secousses myocloniques au cours de la spirochétose ictérigène. *Soc. méd. hôp.*, 3 février 1922, p. 225.

Weekers et Firket. Lésions oculaires dans la spirochétose. *Archives d'ophtalm.*, 1917, p. 647 ; *Archives médicales belges*, 1918, p. 414.

NOTES DE MÉDECINE LÉGALE

LA NÉCESSITÉ DU CONTRÔLE DES ASSURANCES SOCIALES NE SUFFIT PAS POUR DÉLIER LE MÉDECIN TRAITANT DU SECRET PROFESSIONNEL

[*En constatant la légèreté avec laquelle les pouvoirs publics et même certains confrères envisagent la question du secret professionnel, M. le professeur agrégé* Duvoir *et le docteur* Henri Desoille *viennent de faire à la Société de Médecine légale de France (12 juillet) une très importante communication, dont nous croyons utile d'extraire les passages suivants.*]

« Nous n'avançons pas ici d'opinion personnelle, et n'ouvrons pas de polémique sur l'utilité ou la non utilité du secret professionnel. Nous remplissons un devoir, à la fois plus simple et plus grave : celui qu'ont les médecins légistes de renseigner les praticiens et de les mettre en garde sur les condamnations pénales qu'ils pourraient encourir s'ils suivaient à la légère certains conseils.

«...L'article 378 sur le secret professionnel est formel :

« Code pénal. *Art.* 378. — Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de 100 fr. à 500 francs. »

...Sans doute, chacun a le droit d'émettre des critiques, de dénoncer des erreurs, de demander qu'une loi soit améliorée, mais on ne doit pas en altérer le sens.

« ...Le secret professionnel est peut-être une mystique (nous ne discuterons pas si cette tradition est bonne ou mauvaise), mais c'est aussi une réalité d'ordre public, affirmée par le Code pénal et que seule une loi peut modifier (et non un règlement d'administration non plus qu'un décret).

« Ceci dit, quelles sont les précisions qu'apporte la jurisprudence ? ...La violation du secret professionnel existe si le diagnostic est révélé *même à un médecin, s'il s'agit d'un médecin contrôleur qui, lui, n'est pas tenu au secret vis-à-vis de son administration.*

« Nous trouvons en effet dans le Dalloz la note suivante :

« L'article 378 est applicable au médecin qui, appelé à donner ses soins à un ouvrier victime d'un accident du travail, a communiqué des renseignements sur la nature de la maladie de celui-ci, après son décès, au médecin du chef d'entreprise qui, à son tour, les a portés à la connaissance de son mandant ; mais le médecin du chef d'entreprise ne tombe pas sous le coup de l'article 378 C. pén. Cr. C. 9 mai 1913, D. P. 1914.1.206. »

« Plus récemment, la même jurisprudence a été affirmée par le Conseil d'Etat en matière d'Assistance publique...

« Le 30 novembre 1925, une convention avait été conclue entre le préfet de l'Aube et le secrétaire de la Fédération des Syndicats médicaux de ce département, qui prévoyait l'établissement du bulletin de visite en deux parties séparables et détachables du carnet délivré aux assistés, et dont l'une constituerait la fiche du diagnostic à remplir et à envoyer sous pli fermé spécial par le médecin traitant au *médecin secrétaire de la Commission de contrôle*.

« Le docteur B... estima que ce système, qui comportait la déclaration du diagnostic à un tiers, n'était pas compatible avec l'obligation du secret professionnel, et refusa d'indiquer ses diagnostics. Le Conseil d'Etat (9 novembre 1928) considéra que le règlement de l'Assistance médicale gratuite était contraire aux dispositions de l'article 378 du Code pénal. (Voir *Presse médicale*, 16 janvier 1929.)

« *Le refus de parler doit être systématique. En effet, si on prend l'habitude de révéler les diagnostics sans importance, on commettra une véritable dénonciation lorsque, par exception, on refusera de parler.*

« *Quelle doit être maintenant l'attitude du médecin traitant vis-à-vis de son malade ?*

« Il est de jurisprudence presque constante que le malade ne peut pas délier le médecin du secret professionnel, parce que le malade ignore la portée de ce que sait le médecin qui, à juste titre, ne révèle pas toujours toute la vérité à son client.

« Dans la pratique, le médecin dit à son patient ce qu'en conscience il estime devoir lui révéler au sujet de son affection ; il lui remet souvent — pas toujours — le double des analyses pratiquées, l'examen radiologique, etc. Le malade est libre de répéter à qui il veut ce que son médecin a estimé pouvoir lui révéler. Cela ne regarde plus le médecin (qui doit cependant avoir toujours présente à l'esprit la possibilité de bavardage du malade et être prudent en conséquence).

« Lorsque le malade a intérêt à fournir des précisions sur sa maladie, — par exemple vis-à-vis d'un médecin contrôleur, — il peut demander à son médecin traitant de ne pas se borner à des déclarations orales, mais de les consigner par écrit. *Le médecin traitant peut soit y consentir, soit refuser*, parce que, là encore, c'est lui qui est le meilleur juge de la portée de ses affirmations (1).

« Le plus souvent, rien ne s'oppose à la délivrance de ce *certificat*, rédigé prudemment et qui ne contient évidemment rien de plus que ce que sait le malade. Certains médecins préfèrent rédiger leur déclaration sous forme de lettre, adressée à leur client, pour bien souligner qu'ils n'outrepassent pas ce qu'un médecin peut légitimement dire à son malade.

« Le malade fait, de cette déclaration, l'usage qu'il lui plaît.

« Il ne s'agit pas là de casuistique.

« L'article 378 interdit au médecin de révéler les secrets dont il est dépositaire. Il ne lui défend pas de renseigner son malade, dans la mesure où il le juge utile, même par écrit. Il ne défend pas non plus au malade de faire valoir ses droits.

« *Sous la forme du certificat remis au malade sur sa demande et qui ne contient rien que le malade ne sache lui-même, l'article 378 du Code pénal est respecté.*

« La loi du 30 avril 1930 (modifiée par le décret-loi du 28 octobre 1935) sur les Assurances sociales, ne donne *aucun droit aux médecins contrôleurs d'exiger des renseignements de la part du médecin traitant.* Bien plus, un médecin traitant qui révélerait directement au médecin contrôleur un fait susceptible de léser les intérêts de son client pourrait être poursuivi par ce dernier à très juste titre, et en outre le secret médical étant d'ordre public, il pourrait être poursuivi par le procureur de la République. Le rôle du médecin traitant est de soigner son malade et non de s'occuper des intérêts de la Caisse d'assurance. Il suffit qu'il ne s'associe pas à des manœuvres illicites, mais pour cela il n'a qu'à refuser certains certificats.

« En ce qui concerne le rôle des médecins traitants, la loi sur les assurances sociales précise deux points :

« — Le malade peut exiger que les opérations de contrôle s'effectuent *en présence* du médecin traitant.

« Il n'est pas dit que ce dernier soit obligé de révéler quoi que ce soit.

« — Si une contestation s'élève en ce qui concerne l'état du malade entre *l'assuré* et la caisse, cet état est apprécié par une Commission technique dont la composition varie suivant qu'est discutée l'invalidité temporaire ou l'incapacité permanente. Dans le premier cas, elle est formée par un président désigné par le Président du Tribunal, un médecin choisi par la Caisse et le médecin traitant indiqué par l'assuré. Dans le second cas, elle comprend quatre membres : un président désigné, pour l'année, par le premier président de la Cour d'appel, un médecin choisi par la Caisse d'assurance, un autre délégué par l'Union régionale des caisses primaires d'assurances maladie et enfin un médecin indiqué par l'assuré.

« Remarquons d'abord que la contestation est prévue entre la caisse et l'assuré et non entre la caisse et le médecin traitant ; c'est-à-dire que le médecin traitant n'est pas supposé être intervenu pour renseigner la caisse.

« *Lors de la réunion de la commission technique, quelle doit être l'attitude du médecin traitant ?* Ce point particulier ne fait à notre connaissance l'objet d'aucune jurisprudence.

« Le médecin traitant généralement estime justifiée la demande formulée par son malade. Dans ce cas, le malade s'appuie évidemment sur ce que lui a dit son médecin, qui a délivré déjà un certificat dans ce sens. Il n'y a alors aucune violation du secret professionnel dans le fait de confirmer la teneur du certificat, d'insister sur l'importance des analyses pratiquées, de la nécessité d'un repos, etc...

« Dans les cas exceptionnels où le médecin traitant a connaissance de faits préjudiciables à l'intérêt de son client, que doit-il faire ? On pourrait soutenir que, dans ce cas très particulier, comme il s'agit d'une *loi*, la valeur du texte est égale à celle de l'article 378 et que le médecin doit, à la Commission technique, révéler ce qu'il sait. Mais il semble aussi que, dans l'éventualité envisagée, rien ne s'oppose à ce que le médecin traitant refuse à son client d'être désigné par lui pour participer aux travaux de la Commission.

« *En résumé : contrairement à ce que certains voudraient faire croire, en matière d'assurances sociales l'article 378 sur le secret professionnel est toujours en vigueur sans aucune atténuation vis-à-vis du médecin contrôleur. Le médecin traitant peut remettre un certificat au malade sur sa demande ; il n'est pas forcé de le faire.* »

(1) Dans un cas très particulier, il a été rendu un arrêt (Cour d'Appel d'Orléans, 19 nov. 1919) disant que la partie adverse ne pouvait s'opposer à ce que le médecin donne satisfaction à la famille de sa cliente. Cette dernière étant une jeune fille mineure victime d'une intoxication mortelle par le tétracloréthane. Le patron responsable s'opposait à ce qu'une attestation fût faite par le médecin traitant.

Contribution à l'étude de la syphilis du bourgeon incisif dans la syphilis héréditaire (thèse) par le docteur Pierre Daligand. Grand in-8° de 94 pages, chez Bosc frères, M. et L. Riou, 42, quai Gailleton, à Lyon, 1936.

Maine de Biran et la Société médicale de Bergerac, par le docteur Pierre Lemay. Un vol. illustré de 232 pages, à Paris, chez Vigot Frères, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine (6e).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 JUILLET 1937)

Sur l'adsorption des polypeptides par les trotéides du plasma sanguin. — M. Jean LOISELEUR et Mlle Renée COLLIARD.

Mécanisme des actions hormono-sexuelles sur la dysurie des prostatiques. — MM. Charles CHAMPY, Maurice HEITZ-BOYER et Roger COUJARD. Au point de vue clinique, l'administration d'hormones sexuels, plus particulièrement d'extraits lipidiques de testicules, donne des résultats évidents. Si la régression de l'hypertrophie, au cas où elle se produit. ne peut être que lente, on constate couramment l'atténuation rapide et même la disparition des symptômes de dysurie et de pollakiurie.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 19 MARS 1936)

Résultat éloigné d'une luxation traumatique de la hanche, datant de deux mois et réduite par voie sanglante, chez un enfant. — M. Raphaël MASSART fait un rapport sur une observation de V. Valentin CHARRY (de Perpignan), illustrée d'un film où l'auteur montre le bon résultat obtenu deux ans après une opération qui lui a permis de remettre la tête en place.

Un cas de parotidite avec paralysie faciale. — M. Pierre LE GAC.

Un cas de diverticule sous-cardiaque de l'estomac. — M. Pierre LE GAC.

A propos des fractures obstétricales. — M. ROEDERER présente trois cas de dysplasie périostale : deux de forme prénatale, un de forme post-natale.

Cancer d'un rein ptosé en situation lombo-iliaque. — M. DELIVET. Un cancer du rein droit ptosé s'est manifesté par : hématuries, puis douleur, enfin, grosseur dans le flanc droit, amaigrissement rapide. L'auteur a examiné la malade plus d'un an après ce début apparent : grosse masse indolore, occupant la fosse iliaque droite et la région lombaire où elle présente le phénomène du ballottement rénal. Vessie normale à la cystoscopie. Urines claires : concentration uréique plus forte à droite, pas de microbes, phosphates dicalciques et urates amorphes en abondance. Radiographie : pas de calculs. Néphrectomie par incision lombaire sans incident. Suites opératoires bonnes. L'examen histologique : épithélioma rénal à cellules claires, à structure trabéculaire. L'auteur, dans les quinze dernières années, n'a pu retrouver que quatre observations publiées de cancer évoluant sur des reins en position anormale, dont trois sur des reins en ectopie pelvienne.

Résultats d'une néphrectomie pour cancer pratiquée il y a six ans par Victor Pauchet. — M. G. LUQUET rapporte le cas d'une jeune fille opérée à 16 ans par Victor Pauchet d'un cancer du rein à cellules claires et qui, actuellement, soit six ans après l'opération, se trouve dans un état général parfait et ne présente aucun signe de récidive.

(SÉANCE DU 4 JUIN 1937)

Les traitements actuels des infections dites chirurgicales. (Fin de la discussion.) — M. André RAIGA, pour clore la discussion ouverte par sa communication de novembre 1936, reprend en détail les questions qui ont été abordées par MM. Etienne Bernard, Diamant-Berger, Cresson et Henri Blanc, en rappelant les travaux parus et les résultats de son expérimentation personnelle. L'auteur insiste tout particulièrement sur le processus d'action du rubiazol, ainsi que sur l'inefficacité de la vaccination antistaphylococcique, et émet un doute sur la valeur thérapeutique de l'anatsphylotoxine.

Corps étranger du duodénum. — M. HALLER.

Lithiase vésiculaire. Opération. Fistule cholécysto-colique. Guérison par cholécystostomie et iléo-transversostomie. — M. Pierre LE GAC.

Polype pédiculé du côlon sigmoïde. Ablation par entérotomie. — M. Pierre LE GAC. La polypose recto-colique diffuse, les polypes rectaux sont fréquents ; par contre, les polypes isolés du côlon sigmoïde sont rares. Celui qui fait l'objet de la communication s'est manifesté uniquement par des hémorragies ; il a été découvert par la radiographie, qui montrait une lacune régulière du côlon sigmoïde alors qu'il était invisible à la recto-sigmoïdoscopie. Ce polype fut enlevé par entérotomie. Guérison sans incident. Peut-être l'opération aurait-elle pu être faite par le rectum après dilatation anale. Mais la conduite tenue a certainement été la meilleure ; on ne pouvait pas, en effet, ne pas penser à un néoplasme.

Présentation de pièces. — M. G. LUQUET présente : 1° une pièce de gastro-entérostomie dont la bouche était réduite à un petit pertuis dans lequel passait juste un stylet ; 2° l'estomac atteint de lymphocytome d'un homme de 28 ans et chez lequel on avait pensé avant l'intervention à une tumeur bénigne possible.

(SÉANCE DU 18 JUIN 1937)

Complications post-opératoires dans la chirurgie gastro-duodénale. — MM. G. LUQUET et H. BERTREUX étudient : 1° les complications locales chirurgicales : désunions de sutures, hémorragies intra et extra-gastro-duodénales, mauvais fonctionnements. Toutes sont dues en réalité à des fautes de technique ; 2° les complications générales qui se rattachent essentiellement à la maladie opératoire. A ce propos, les auteurs mettent en valeur l'intérêt de la théorie de la déshydratation soutenue par l'Ecole belge, théorie parfaitement satisfaisante, qui a l'avantage d'englober toutes celles qui ont cours par ailleurs.

La pratique des greffes libres de peau totale. — M. DUFOURMENTEL, continuant ses communications précédentes sur le même sujet, rappelle les conditions de prise des greffes libres tégumentaires et donne un certain nombre de précisions sur leur application, en particulier sur la face. Pour les paupières, la peau qui lui paraît le plus apte à remplacer la peau des paupières détruite est celle de la face postérieure du pavillon de l'oreille. Elle présente, de plus, l'avantage d'être prélevée sans laisser de cicatrice visible. Pour reconstituer des sourcils ou les régions velues de la lèvre et du menton, le cuir chevelu peut être indiqué ; la peau de la région pubienne l'est également. L'auteur présente un opéré récent portant un lambeau de peau du pubis au-dessous de la lèvre inférieure. Pour les autres régions, la peau peut être prélevée au ventre ou à la cuisse. Toutes ces greffes ont sur les greffes de Thiersch l'avantage de leur épaisseur et d'une souplesse beaucoup plus grande. Elles ont sur les greffes pédiculées l'immense avantage de pouvoir être prélevées à distance, c'est-à-dire sans créer de nouvelles cicatrices autour de la blessure à réparer.

Un cas de pseudo-kyste hématique de la queue du pancréas. — M. Jean LANOS communique cette observation et présente un cliché radiographique montrant une image pseudo-lacunaire (mais avec conservation des plis muqueux) de la grosse tubérosité de l'estomac. Cette radiographie, complétée par un examen avec pyélographie, ayant pu faire éliminer le rein gauche, permit de faire le diagnostic clinique.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 29 AVRIL 1937)

Œdème cérébro-méningé avec hyperthermie mortelle dans un cas de tumeur médullaire cervicale, à l'occasion d'une banale injection de lipiodol sous-arachnoïdien. — MM. Th. ALAJOUANINE et Th. HORNET rapportent un cas de compression médullaire cervicale à évolution rapide où, après injection sous-arachnoïdienne de lipiodol, apparurent des troubles cérébraux, des troubles vaso-moteurs diffus et une hyperthermie progressive à 42° avec mort. La tumeur (fibrosarcome au niveau de C.7) avait donné lieu à un ramollissement transverse de la moelle avec troubles circulatoires locaux importants et, surtout, il existait un œdème cérébro-méningé diffus, prédominant au niveau du plancher du troisième.

Les auteurs se défendent, en rapportant ce cas, de jeter le discrédit sur la précieuse méthode diagnostique qu'est l'épreuve du lipiodol de Sicard, car celle-ci ne donne, de loin en loin, que des incidents secondaires ((aggravation de douleurs, réaction fébrile, accroissement des signes paraplégiques ou sphinctériens) auxquels une intervention rapide remédie. Ils croient qu'ici toute manœuvre ou intervention, même la ponction lombaire, auraient eu le même résultat fâcheux, ce qui montre que dans les compressions médullaires cervicales rapides, à un certain stade, tout est dangereux.

Ils comparent les désordres vaso-moteurs et thermiques de leur observation à ceux du syndrome « pâleur-hyperthermie » des jeunes opérés, où ils ont également trouvé, avec Jean Quénu, comme substratum anatomique, un œdème cérébral prédominant au niveau du plancher du troisième ventricule, centre de régulation vaso-motrice et thermique.

M. CHAVANY indique que, dans le service de M. Cl. Vincent, le lipiodo-diagnostic est pratiqué immédiatement avant l'intervention envisagée, à la manière d'un premier temps opératoire, comme on le fait pour la ventriculographie.

Une forme adulte de l'idiotie amaurotique familiale à séomiologie cérébello-extrapyramidale et sans amaurose. — MM. LUDO VAN BOGAERT et Pierre BORREMANS rapportent une observation d'idiotie amaurotique de l'adulte superposable aux observations de Kufs et A. Meyer, mais remarquable pour la durée extraordinairement longue de la maladie et pour la discrétion des altérations histologiques. L'affection a débuté à quinze ans, et le malade est mort à soixante-deux ans. Il présentait, du point de vue clinique, un état de démence grave avec bouffées d'excitation, des hypecinésies extrapyramidales, des mouvements involontaires des bras, stéréotypés et répondant apparemment à un but déterminé, des troubles cérébelleux. L'examen histologique montrait des ballonnements cellulaires caractéristiques, avec surcharge lipoïdienne dans les couches corticales, surtout dans les plus profondes, et dans les noyaux gris centraux, en particulier dans le corps de Luys. On notait une raréfaction cellulaire diffuse dans les couches IV et VI. En dépit de la discrétion relative des lésions histologiques, dont le diagnostic différentiel avec les altérations séniles banales est discuté, ce cas doit être classé dans l'idiotie amaurotique, d'autant plus que les recherches généalogiques montrent le caractère familial de l'affection, car deux sœurs sont atteintes. D'ailleurs, cliniquement, ce cas offre de nombreux points de comparaison avec les formes tardives de Kufs, où peuvent manquer également les altérations du fond d'œil décrites dans les formes tardives.

Agueusie dans un cas de purpura hémorragique. — M. SOUQUES présente un cas d'agueusie survenue au cours d'un purpura hémorragique. La perte du goût, qui apparut brusquement chez un homme soigné pour une vieille insuffisance hépatique, ne tarda pas à s'accompagner de troubles auditifs. Une paralysie faciale périphérique survint beaucoup plus tard. La sensibilité tactile de la langue était conservée et l'olfaction normale. Les cas de ce genre, outre qu'ils sont exceptionnels, posent un difficile problème de diagnostic topographique ; ils exigent l'existence de foyers hémorragiques bilatéraux et symétriques. L'auteur discute la localisation de ces foyers ; il rejette leur présence au niveau de la muqueuse linguale ou du conduit auditif interne ; il les admet au niveau du bulbe. L'ubiquité et la multiplicité des hémorragies purpuriques suffiraient à les expliquer, mais il faut aussi penser aux relations intimes du purpura avec le système nerveux.

Les terminaisons des fibrilles névralgiques. — M. J. QUERCY projette les microphotographies des préparations qu'il a obtenues avec des méthodes à l'argent, à l'hématoxyline et au Weigert, et qui montrent les terminaisons des fibrilles névralgiques dans le cortex cérébelleux, dans la moelle ou dans l'épiphyse. Ces terminaisons s'appliquent le plus souvent sur la paroi de vaisseaux ou de corps amyloïdes.

Syndrome d'Addie chez une fillette. — MM. L. BABONNEIX, H. GRENET et J. SIGWALD présentent une fillette de dix ans, chez laquelle existe un syndrome d'Addie typique, avec les modifications pupillaires et l'aréflexie tendineuse habituelles. Rien, dans les antécédents, dans les signes cliniques, dans les constatations sérologiques, ne permet d'incriminer ici la syphilis congénitale.

Compression médullaire au cours d'une cypho-scoliose par hémiatrophie vertébrale. — MM. HAGUENAU et GAUTHIER présentent un jeune homme de seize ans, chez lequel s'est constituée, en quelques semaines, sans douleur, une paraplégie spasmodique complète, avec troubles de sensibilité de type syringomyélique à limite nette. La ponction lombaire permet de constater une forte dissociation albumino-cytologique et un blocage par la manœuvre de Meckenstedt ; le lipiodol, injecté par voie basse, s'arrêtait en D.IX. Or, ce jeune homme est soigné, depuis l'âge de cinq ans, pour une cypho-scoliose par hémiatrophie de D.IX. Les auteurs croient, soit à une compression par la saillie osseuse ou par le coincement dural, soit à des troubles circulatoires. Ils se proposent de faire pratiquer une laminectomie, avec ouverture de la dure-mère.

MM. André Thomas, Alajouanine ont fait opérer des malades dans des conditions analogues, sans pouvoir observer d'amélioration.

MM. Chavany, Barré insistent sur le nystagmus qu'on observe parfois en pareil cas.

M. de Massary se demande si la malformation vertébrale n'était pas déjà un premier témoin de la lésion médullaire.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 10 MARS 1937)

Le sérum antigonococcique dans les complications de la blennorrhagie. — MM. Marcel PINARD et R. DELAITRE insistent sur les merveilleux résultats du sérum antigonococcique dans les complications graves de la blennorrhagie, et n'hésitent pas à en recommander l'emploi, malgré les chocs impressionnants observés chez les malades. Ils signalent chez un de leurs malades des réactions de choc très vives, avec urticaire, hématémèse et hémorragies intestinales, avec anémie grave ayant nécessité deux transfusions.

Trente cas d'artérites et d'artériospasmes en 6 années d'hémocrinothérapie. — M. Léon FILDERMAN présente une série d'observations, tendant à montrer l'action bienfaisante de l'hémocrinothérapie. L'auteur rappelle, en particulier,

deux considérations importantes pour la bonne marche du traitement :

1° Le choix de la glande dépend, non de l'affection traitée, mais des symptômes endocriniens généraux, présentés par le malade.

2° Ne pas persévérer dans l'emploi d'une préparation n'ayant donné aucun résultat après 3 injections ; changer la glande après un examen plus approfondi du malade.

Enfin, abandon immédiat et total du tabac.

Règles du traitement de l'anémie de Biermer. — M. André Dreyfus *signale :* 1° que le *diagnostic positif* repose sur la constatation de mégaloblastes et mégalocytes.

2° La levée de l'inhibition doit être effectuée en premier lieu par la transfusion (petite transfusion de 100 cc. chaque jour), jusqu'à la levée de l'inhibition.

3° Hépatothérapie = grande quantité de foie : 800 gr. par jour, ou quantité d'extrait strictement équivalente. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à la disparition de la mégalocytose ; jusqu'à ce que la valeur globulaire soit revenue à l'unité, ou soit tombée légèrement au-dessous.

4° Ensuite, traitement d'entretien par la gastrothérapie.

(SÉANCE DU 11 AVRIL 1937)

Involution utérine et thérapeutique thyroïdienne. — M. P. Olivier-Pallud montre que, suivant les données de M. H. Vignes, si l'on emploie systématiquement l'involution utérine, on a l'avantage d'accélérer cette involution sans avoir d'autres incidents. Les doses données per os sont de dix centigrammes d'extrait thyroïdien pendant environ 10 à 11 jours.

Traitement de la tuberculose pulmonaire au cours des cardiopathies. — M. G. Caussade signale que les indications du traitement et le choix des médications seront les suivants, en tenant compte autant que possible des nombreuses variétés qu'offre la clinique :

Les *toni-cardiaques*, surtout la digitaline, parfois son association à l'ouabaïne, administrées suivant les règles ordinaires, rendront des services importants quand les lésions cardiaque et tuberculeuse sont intenses et généralisées (anoxémie prononcée). Cette même médication sera utile dans les cas où les congestions cardiaques ont de la tendance à persister ; elles servent ainsi à la dissémination de la tuberculose. La digitaline seule, à doses faibles et fractionnées, et répétées, à intervalles de plusieurs semaines, et le repos absolu combattront ou préviendront les crises d'asystolie aiguë, graves et parfois mortelles, qui surviennent brusquement à l'occasion d'un effort et d'une cure d'altitude au cours d'une tuberculose chronique, le cœur droit perdant subitement toute tonicité. Les toniques cardiaques sont encore utiles chez les tuberculeux cachectiques exposés à des lipothymies matinales.

Les *hémoptysies* bénéficieront des toni-cardiaques quand elles seront minimes et très espacées. Mais quelle qu'en soit la nature (cardiaque ou tuberculeuse), le traitement vraiment efficace consistera dans l'administration de coagulants puissants quand elles seront abondantes et à répétition ; on doit insister sur ce traitement en présence des hémoptysies graves qui menacent la vie du sujet.

Il y a intérêt à traiter les pneumopathies cardiaques infectées — les stocks vaccins ou les auto-vaccins seront employés. — La chrysothérapie est contre-indiquée quand la cardiopathie est décompensée, surtout quand le foie est volumineux et douloureux. Elle est indiquée si le tonus cardiaque est respecté (pas de bruit de galop droit), si la tuberculose est évolutive et prédomine sur l'affection cardiaque. Il faut manier les sels d'or avec la plus grande prudence (petites doses à raison de 2 injections par semaine, et en espaçants les séries) et s'assurer constamment si la formule sanguine reste normale. L'éosinophilie égale suspension du traitement.

La collapsothérapie ne peut être entreprise qu'avec le P.N.O. Bien dirigé et étant toujours hypotensif, il compte des succès à son actif — à la condition que le cœur ne subisse aucune défaillance et que la tuberculose soit à peu près, sinon exclusivement, unilatérale.

La cure sanatoriale sans altitude s'impose, non seulement par son efficacité, considérée en elle-même, mais aussi en prévision d'accidents dus tant à la cardiopathie qu'à la tuberculose, — et surtout en vue d'un P.N.O. possible.

Sur une cas de dyspnée de Cheyne-Stokes intense et prolongée. — M. J. Facquet montre que la dyspnée de Cheyne-Stokes n'est à l'ordinaire qu'un symptôme. Quand elle est intense et prolongée, elle nécessite cependant un traitement. Dans un cas de ce genre, deux méthodes furent seules efficaces : d'une part, les inhalations de gaz carbonique à 5 ou 10 p. 100, mais la dyspnée reparaît dès qu'on suspend l'inhalation ; d'autre part, le traitement par injections intra-veineuses de théophylline. L'injection, une ou deux fois par 24 heures, de 10 à 20 cc. d'une solution de théophylline à 2 p. 100, a pu, pendant plusieurs mois, suspendre le rythme respiratoire anormal. Le médicament agit en quelques minutes, et sa durée d'action est de plusieurs heures.

En dehors de ses propriétés bien connues, vaso-dilatatrices et diurétiques, la théophylline a une affinité particulière pour le centre respiratoire.

La piqûre du trombidium holosericeum et son traitement. — M. A. Legr'nd étudie le trombidium holosericeum, acarien dont la larve parasite est connue sous les noms de Rouget, Aoûtat, Août, Vendangeur acare des Regains.

Les traitements préconisés jusqu'à ce jour sont aussi nombreux qu'inefficaces. M. A. Legrand, à la suite d'observations contrôlées pendant plusieurs années, a pu mettre au point un traitement simple, propre, inodore et efficace, qui consiste à faire une friction sur les régions lésées avec un tampon d'ouate hydrophile imbibé d'une solution de sous-acétate de plomb liquide à 23 p. 1.000 d'eau commune.

Neuro-arthritisme respiratoire et corps thyroïde. — M. Roland Leven montre l'action remarquable de la médication thyroïdienne à doses suffisantes (10 à 20 centigrammes) sur des symptômes respiratoires d'ordre neuro-arthritique : éternuements paroxystiques, rhinorrhée, gonflement de la muqueuse nasale, perte de l'odorat, rhume des foins.

Cette médication n'agit pas seulement en équilibrant le fonctionnement de la glande thyroïde, mais en modifiant la glande hépatique et le système nerveux autonome qui provoquent au niveau de la muqueuse nasale des phénomènes d'instabilité circulatoire.

Action antitoxique expérimentale d'extrait cortico-surrénal, par rapport aux dérivés de la malonylurée. — M. Bayard essaye de démontrer, par des expériences sur les lapins, les propriétés nettement antagonistes de la cortico-surrénale et de la malonylurée. Il considère la cortico-surrénale à la dose de 23 centigrammes, pour 10 centigrammes de malonylurée, comme un véritable antidote physiologique.

(SÉANCE DU 12 MAI 1937)

Interprétation de l'action thérapeutique de l'acide nitrique dans le traitement des verrues. — M. F. Maignon rappelle qu'il suffit souvent de toucher légèrement, et une seule fois, une verrue, avec une baguette de verre trempée dans l'acide nitrique, pour la voir disparaître dans les huit à quinze jours, surtout lorsqu'il s'agit de verrues naissantes. Dans ce cas, il ne pense pas que le résultat obtenu

puisse être attribué à un phénomène de causticité. Le tissu spongieux du papillome se colore en jaune et s'imprègne de composés oxygénés de l'azote qui sont de véritables catalyseurs d'oxydation.

Warburg a montré que dans les tissus à prolifération anormalement active (tumeurs, cancers), il y a défaillance des processus respiratoires d'oxydation, par rapport aux processus de fermentation qui sont considérablement accrus. M. Maignon se demande si la réactivation du phénomène d'oxydation consécutive à l'imprégnation nitrique n'est pas susceptible de contrarier le processus tumoral. Il a obtenu d'ailleurs les mêmes résultats en touchant de jeunes verrues avec de l'eau oxygénée.

Contribution à l'étude du traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire. — MM. G. Parturier et P. Coustaing présentent à la Société quelques observations de pyorrhée alvéolaire traitée par le sérum éparathyroïdien.

Application des effets médullaires du cinnamate de lithium au traitement de l'énurésie. — MM. H. Busquet et Ch. Vischniac.

Les lésions escharotiques des membres au cours du barbiturisme aigu grave. — MM. F. Trémolières et André Tardieu rapportent l'observation d'une femme de 30 ans qui, à la suite de l'ingestion, au cours d'un raptus anxieux, de 7 gr. 20 d'un mélange de diéthyl-barbiturate et d'allylisopropyl barbiturate de diéthylamine, fut atteinte d'un coma très profond dont elle sortit en 72 heures, sous l'influence d'injections répétées de strychnine (127 milligrammes au total).

Au deuxième jour survint un foyer congestif pulmonaire droit très fugace et variable dans son expression clinique, et qui disparut définitivement en 3 jours.

Au troisième jour apparurent aux membres inférieurs (talon gauche, malléole externe droite, gros orteil) des lésions d'origine nettement trophiques (ecchymoses) qui rapidement se transformèrent en eschares. La guérison survint en 3 semaines avec les traitements usuels (massages notamment). Du point de vue pathogénique, les auteurs font intervenir l'atteinte des centres nerveux trophiques qui se produit dans les encéphalites aiguës infectieuses, ainsi qu'au cours des encéphalites aiguës toxiques barbituriques.

Traitement de l'éclampsie puerpérale par le venin de cobra. — M. Jean Poulain (d'Amiens) expose que, dans toutes les éclampsies, il y a hyperpolypeptidémie. Or, le venin de cobra aux doses de 1/20 de milligramme provoque une diminution du taux de l'azote polypeptidique. Dans l'éclampsie, la première injection provoque une aggravation de la nervosité de la malade qui, ensuite, s'apaise rapidement, et les crises cessent.

———

(SÉANCE DU 9 JUIN 1937)

A propos de l'urticaire des basedowiens et de sa disparition après thyroïdectomie subtotale. — MM. H. Welti et J.-J. Welti signalent que l'urticaire est assez fréquemment noté chez les basedowiens. Sa recrudescence ou son apparition accompagne alors l'apparition des symptômes d'hyperthyroïdie. La thyroïdectomie subtotale entraîne souvent la disparition simultanée de l'urticaire et de l'hyperthyroïdie, ainsi qu'il résulte de l'étude de trois cas rapportés par les auteurs.

La Thérapeutique adaptée. — M. Georges Rosental.

Incident réfle pleural bénin au cours du pneumothorax de Forlanini. — M. Georges Rosenthal, en présence d'une ébauche respiratoire d'accident dit de réflexe pleural, a pu arracher immédiatement le trocart et a vu rétrocéder la parésie unilatérale en quelques instants. Il conclut à des réflexes progressifs d'irritation sympathique par piqûre du poumon et pense que dans des cas heureux la surveillance attentive exercée peut éviter la catastrophe.

Etude expérimentale de quelques dérivés sulfamidiques nouveaux et de leur application dans le traitement des affections broncho-pulmonaires. — MM. J. Mouneyrat et R. Schmid ont étudié divers dérivés de la sulfamide. Ils les ont expérimentés sur des souris infectées par le streptocoque, le pneumocoque, le pneumobacille. Ils se sont arrêtés à deux dérivés, le 109 M. et le 110 M. qu'ils ont étudiés dans les affections pulmonaires. Le 109 M. s'est montré très actif dans les bronchites chroniques aiguës, rapidement les signes fonctionnels, toux, expectoration, points de côté disparaissent.

La guérison est complète en très peu de jours, de vieux bronchiteux qui toussaient et crachaient depuis des années ont vu leur expectoration tarie par l'administration du 109 M.

———

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1937)

Installation du Bureau. — **Président** : docteur Régis Louis ; Vice-Présidents : docteurs Gornouec (Paris) et Duclos (Lyon) ; Secrétaire général : docteur Lacaisse ; Secrétaires des séances : docteur Normand, docteur Friez ; Trésorier : docteur A-J.- Martin ; Archiviste, docteur Chatellier.

Le docteur Bloch, président sortant, dans son allocution à l'assemblée, présente son successeur, le docteur Régis, qui remercie ses collègues.

M. Paul Budker, attaché au Muséum, fait une conférence très applaudie sur les « *dents de squales à différents stades de destruction* ».

Les docteurs Dechaume et Wiederker présentent un malade avec état septicémique, dont l'étiologie, longtemps méconnue, était un **kyste corono-dentaire du maxillaire supérieur,** et dont l'intervention a assuré la guérison.

Le docteur Marcel Darcissac, en collaboration avec le docteur Dufourmentel, a obtenu par cure chirurgicale et orthopédique un excellent résultat dans un cas de **prognathie supérieure** chez un adulte.

———

(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1937)

Le docteur Lattès présente l'étude d'une tumeur **dysembryo-plasique du maxillaire supérieur.** Cette néoformation formait au point de vue histologique le chaînon intermédiaire entre les dysembryomes bénins ou adamantinomes et les dysembryomes malins ou embryomes cancérisés ; bénigne au point de vue de son évolution clinique, la tumeur présentait des caractères anatomo-cliniques de malignité.

Le docteur Thésée communique une observation d'un **phlegmon gangréneux de la fosse temporale droite,** suite d'extraction d'une deuxième grosse molaire inférieure. La guérison, qui demanda 3 mois, fut obtenue après des incisions itératives et l'emploi de sérum de Vincent.

Le docteur Mahé expose le fait que la carie est une maladie organique. Selon l'auteur, elle résulterait d'une « démobilisation » des matériaux minéraux incorporés au complexe dentinaire, phénomène où la pulpe jouerait un rôle important.

Le microbe n'agirait alors que secondairement sur ce terrain ainsi préparé.

Le docteur Chatellier, envisageant la vie et la mort des **fondations ligamento-alvéolaires,** isole trois périodes :

a) Période dynamique réparatrice (enfance) ;

b) Période statique peu réparatrice (adulte) ;

c) Période de dislocation (âge mûr et vieillesse), période terminale avec déséquilibre mécanique.

Les docteurs Dechaume, Mme Davi et Rialland exposent les emplois de **l'ozone en stomatologie,** dans le traitement des phlegmons périmaxillaires, des kystes, des ostéites des maxillaires et des canaux dentaires infectés.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE

(séance du 16 mars 1937)

Dent à tache rose. — M. L'Hirondel. Il s'agit vraisemblablement d'une petite tumeur congestive des vaisseaux pulpaires.

Papillomes de la cavité buccale. — MM. Ginestet et Coudane (du Val-de-Grâce).

L'anatoxine staphylococcique et son emploi en stomatologie. — M. Bocage, de l'hôpital Pasteur, rappelle ce qu'est la toxine staphylococcique, de préparation encore délicate et dont la nocivité est comparable à celle des toxines diphtériques et tétaniques. Il montre que l'anatoxine correspondante, préparée suivant la méthode générale découverte par G. Ramon, permet une immunisation active des individus inoculés, par production d'une antitoxine facile à doser. Cette immunisation obtenue en quelques injections chez 90 pour 100 des sujets, même en cours d'infection, s'accompagne de la régression rapide des lésions et d'une guérison durable des staphylococcies cutanées.

En matière d'ostéite, les succès pour être moins massifs sont encourageants. Si on ne peut demander à l'anatoxithérapie d'empêcher à tout coup la formation des séquestres, elle paraît néanmoins fort utile pour empêcher l'infection de s'étendre spontanément ou à l'occasion d'une intervention sur les foyers.

Quelques observations d'ostéites des maxillaires traitées par l'anatoxine staphylococcique. — MM. Bocage et Dechaume.

De l'emploi du lipiodol dans le traitement des foyers périapexiens. — M. Dargissac.

Le « choc dentaire » dans les traitements bismuthiques. — M. Mahé.

(séance du 20 avril 1937)

Un hommage est rendu à la mémoire du docteur Pierre Sassier, stomatologiste des hôpitaux ; des allocutions sont prononcées par M. Louis Régis, président ; MM. Chompret, L'Hirondel et Houzeau.

M. L'Hirondel *présente :*

1° Une **prothèse** intégralement squelettée du maxillaire supérieur, avec renfort demi-jonc entre les deux plaques estampées.

2° Un cas d'**adénite génienne** opérée par voie endo-buccale.

M. Bécart. — Les rapports de **l'hématologie et de la stomatologie.** — Il en souligne l'importance.

M. René Vincent. — La **stomatique bismuthique.**

M. Duclos (de Lyon) étudie le traitement des **kystes adamantins.**

(séance du 11 mai 1937)

Un cas de traitement radiculaire par l'eau d'Alibour. — M. Gornouëc. L'examen bactériologique montre que l'infection est imputable au staphylocoque. Echec des autres thérapeutiques. Résultat rapide et satisfaisant par la solution de sulfate de cuivre.

Inclusions dentaires multiples. — MM. Béliard et Ta-Trung rapportent un cas de 13 inclusions dentaires avec inclusion molaire totale au maxillaire inférieur. Nombreux stigmates de rachitisme coexistant. A ce propos, M. Lebourg, puis Hennion rapportent respectivement un cas d'hypotrophie alvéolaire avec inclusion dentaire et l'observation d'une malade présentant 22 dents incluses.

Eléphantiasis streptococcique de la lèvre inférieure. — M. Béliard et Mlle Fruton.

Myélome à localisation maxillaire. Symptomatologie buccale primitive. — M. Lebourg et Mlle Sérot.

Traitement des pyorrhées, gingivites, paradentoses par les injections intraveineuses de fluorure de calcium en suspension magnésienne. — MM. Rosenthal et Pierron.

Les rayons ultra-violets en stomatologie. — M. Gornouëc.

Note sur les formes cliniques des stomatites bismuthiques. — M. Lebourg.

Mécanisme sympathique de la douleur après les extractions. Déductions thérapeutiques. — M. Dechaume.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ACIDAMINOTHÉRAPIE DANS LES DYSPEPSIES ET LES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

d'après le docteur J. Bénech (1)

Revue générale excessivement importante sur l'utilisation des acides aminés dans le traitement des anémies (hémostra), dans la maladie de Basedow (diiodotyrosine), dans les amyotrophies (glycocolle) et surtout dans la maladie ulcéreuse gastro-duodénale (histidine sous forme de laristine).

La laristine est une solution à 4 p. 100 de monochlorhydrate d'histidine. On utilise surtout les ampoules de 5 cc. On fait, soit par voie intra-musculaire, soit par voie sous-cutanée, une ampoule par jour pendant trois semaines environ. Dans un certain nombre de cas, on ne fait que 8 à 10 ampoules de 5 cc., une par jour, si on préfère compléter le traitement par des ampoules de 1 cc. Très rapidement, on obtient une sédation des douleurs. Mais de même que pour la plupart des agents thérapeutiques utilisés jusqu'ici, on ne saurait trop rappeler qu'il est imprudent de demander à une cure d'histidine un effet définitif et, comme l'ont démontré Stolz et Weiss, il convient d'administrer aux ulcéreux des cures d'entretien plus ou moins espacées, ainsi qu'on est habitué à le faire pour le traitement de la syphilis : de cette manière on permettra à la thérapeutique histidinée de donner son plein rendement.

Enfin, pour résumer, l'auteur tient à insister encore une fois sur le point suivant : l'administration de la laristine n'implique ni l'hospitalisation ni un régime sévère ; comme l'a dit Emile Aron, comme l'ont répété de nombreux auteurs après lui, on a pu constater que, sans aucune médication, les hémorragies, les vomissements, la susceptibilité gastrique s'amendent très rapidement, avec en même temps une reprise remarquable de l'état général.

On ne veut pas dire certes que l'histidinothérapie réalise une thérapeutique décisive de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale, mais on est obligé de constater, et par l'expérience de l'auteur et par la lecture de nombreuses observations publiées jusqu'à ce jour, que, dans l'état actuel de la science, cette thérapeutique constitue un des meilleurs, sinon le meilleur, procédé de traitement de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale.

(1) *Bulletin médical*, n° 23, Paris, juin 1936.

Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en urologie, par G. Marion. Un vol. de 62 pages, chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (6e), 1936. Prix : 24 fr.

Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en pneumologie clinique, par Emile Sergent. Un vol. de 84 pages, chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (6e), 1936. Prix : 24 fr.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 64. — MERCREDI 11 AOUT 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**	Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Etudiants : **25** francs par an.	Tous les autres pays : **75** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

En raison de la fête du 15 août, le prochain numéro paraîtra seulement le 18 août.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Marseille. — Un concours sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille, le lundi 15 novembre 1937 pour deux places, en vue de l'admissibilité aux fonctions de Chirurgien des Hôpitaux.

Inscriptions au Secrétariat de l'Administration des Hospices, 9, rue Lafon, à Marseille, avant le 6 novembre 1937, à midi.

Les candidats déclarés admissibles peuvent seulement prendre part au concours de nomination qui suit immédiatement le concours d'admissibilité.

Ce concours de nomination aura lieu à l'Hôtel-Dieu, le lundi 20 décembre 1937, à 9 heures du matin, pour une place de chirurgien des Hôpitaux.

Hospices civils de Rouen. — Un concours pour la nomination à quatre places d'internes titulaires et deux places d'internes provisoires de médecine, dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 18 novembre 1937. Le règlement du concours est tenu à la disposition des intéresés au secrétariat des hospices civils, 1, rue de Cermont, à Rouen.

Hôpital et Dispensaire français de Londres. — Une vacaance de médecin-résident à cet Hôpital se produira le 1er *octobre* 1937.

Les nominations sont faites par concours sur titres. Les principales conditions à remplir sont les suivantes : être âgé de moins de 30 ans, docteur en médecine, célibataire, parler français, signer un engagement d'au moins un an.

Les fonctions sont à peu près celles des internes des hôpitaux français. Traitement en espèces (100 livres sterling par an), logement, éclairage, nourriture. Il y a deux (ou trois) médecins-résidents prenant la garde à tour de rôle.

Pour tous renseignements, écrire au docteur Robert Pierret (95, avenue Kléber, Paris).

Commémoration de la fondation de l'hôpital psychiatrique Henri-Rouselle. — A l'occasion du Congrès international d'Hygiène mentale, la pose d'une plaque commémorative de la fondation de l'Hôpital psychiatrique Henri-Rousselle, créé en 1922 sur l'initiative du docteur Toulouse par le Conseil général de la Seine, a eu lieu sous la présidence de M. Justin Godart, ancien ministre de la Santé publique.

Parmi les nombeuses personnalités présentes du monde médical, administratif et politique, il faut citer : le docteur Cazalis et M. René Fiquet, représentant l'Assemblée départementale ; M. Autrand, qui était Préfet de la Seine au moment de cette fondation ; M. le directeur Seguin, représentant l'Administration préfectorale ; M. le docteur Marchand, médecin de l'Asile Sainte-Anne, le plus ancien collaborateur du fondateur de l'hôpital, secrétaire du Comité d'organisation ; M. le docteur Génil-Perrin, successeur du docteur Toulouse à la direction de l'établissement.

Cet hôpital, organisme principal du Centre de Prophylaxie mentale de la Seine, a constitué un progrès décisif pour la science psychiatrique, les méthodes préventives et l'assistance aux mentaux qui y sont admis et hospitalisés sans les

formalités légales de l'internement. Il fut le point de départ de nombreuses formations similaires en France et à l'étranger.

Contre la paperasserie. — Sur l'initiative de leur syndicat, 570 médecins de Seine-et-Oise refusent d'appliquer le nouveau règlement édicté par la préfecture concernant la coordination des services d'assistance médicale gratuite et d'assurances sociales. Ils protestent contre la « paperasserie administrative » que ce règlement leur impose et qui les oblige à remplir de longs questionnaires n'ayant aucun rapport avec les soins qu'ils ont à donner.

Au Mont-Dore : La grande station des « respiratoires ». — L'établissement thermal du Mont-Dore offre cette année à sa clientèle de nouveaux aménagements réalisés avec le même luxe que ceux de l'an passé. Un hall de vastes proportions est réservé aux principales buvettes qui se présentent dans un décor romain, rouge pompéien et vert jade, reprenant avec des moyens et un esprit tout modernes, les traditions de l'architecture thermale antique.

Les gargarisoirs, les pédiluves et plus particulièrement encore les services nouveaux d'irrigations naso-pharyngées ont été conçus d'après des principes modèles d'hygiène et de commodité et le service des gaz thermaux de 1re classe, transformé en salon de verdure, s'égaye de grès flammés rehaussés de frises en tons vigoureux.

Une des innovations les plus appréciées est le service des nébulisations qui permet à des malades fatigués, au cœur fragile, à la pression artérielle forte, d'inhaler longuement et commodément, en cabines individuelles, les principes totaux de l'eau minérale pulvérisée à l'état de brouillard sec et sans mélange de vapeurs.

Enfin, la Compagnie Fermière a fait aménager pour la Société de Médecine du Mont-Dore et les médecins curistes ou visiteurs et leurs familles, un cercle d'accueil avec salons de lecture et bibliothèque, où pourront se retrouver chaque jour, dans une intimité charmante, les membres de la grande famille médicale.

Noël sur la Côte d'Azur. — La Société médicale du littoral méditerranéen organise, comme de coutume un voyage médical sur la Côte d'Azur, du 26 décembre 1937 au 3 janvier 1938.

La concentration aura lieu à Saint-Raphaël. On visitera ensuite l'Esterel, Cannes et Grasse, le Golfe Juan, Vence, Nice, la Turbie, Menton et Monaco. Des excursions sont organisées dans les Alpes, aux sports d'hiver et en Corse.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice.

Médecins présents à Paris pendant les vacances.

Médecine infantile. — Dr Henri Diriart, 20, rue Raynouard (16e), présent à Paris jusqu'au 5 septembre.

Electro-radiologie. — Dr R. Damond, 15 boulevard Richard-Lenoir. présent à Paris, en août et septembre.

Nécrologie. — Le docteur Allan Mac-Nab, à Mustapha-Supérieur (Alger).

— Le docteur Henri Béclère, radiologiste des hôpitaux de Paris.

— Le docteur G. Cousin (à Marseille).

— Le docteur Curel (à Cavaillon).

— Le docteur Despeignes (à Chambéry).

— Le docteur Loviot (à Cahors).

— Le docteur René Pannier (à Sens).

— Le docteur Théron, médecin principal de la marine en retraite (à Toulon).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

QUESTIONS FISCALES

Les impositions sont qualifiées de directes et d'indirectes : en pratique, elles atteignent, les unes et les autres, aussi directement le contribuable, et le médecin est un contribuable qui n'est pas spécialement épargné. Mais il est, en outre, des dispositions financières qui ne sont pas, à proprement parler, des impositions, mais qui ne l'épargnent pas davantage. C'est ainsi que les mesures financières récentes, imposées par une situation catastrophique, l'intéressent au même titre que ses compagnons de géhenne.

L'impôt général sur le revenu a été augmenté de 20 p. 100.

La patente, dont le principal fictif est augmenté lui aussi de 15 p. 100 pour les municipalités et de 5 p. 100 pour les départements, se trouve, en pratique, aggravée de 20 p. 100 (1).

Sans compter que le décret nous promet une révision des patentes et que nous savons par expérience qu'une révision n'aboutit pas d'ordinaire à une diminution.

Les timbres, qu'il s'agisse de correspondance ou d'acquit, subissent une majoration du même ordre.

Cette majoration frappe tout particulièrement nos journaux médicaux en portant au triple leurs frais d'affranchissement. Et il nous faudra bien contribuer à leur publication qui nous est indispensable.

Les droits d'enregistrement deviennent tels qu'il sera plus avantageux de renoncer au recouvrement contentieux de nos honoraires.

L'essense suit naturellement. Les transports, pour Paris, passent de 6 fr. pour un carnet d'autobus à 8 fr. et ce n'est qu'un premier palier. Le métro augmente parallèlement et on annonce que les taxis vont suivre. Il en sera de même dans les villes de province.

Nous en sommes là, et ce n'est pas fini. Quelles vont en être les répercussions sur le prix de la vie ?

En compensation, pourrons-nous augmenter nos honoraires ?

Il nous faudra bien prendre en considération que les contribuables assujettis à l'impôt sur le revenu étaient au nombre de plus de deux millions en 1932 et qu'ils n'étaient plus l'an dernier que de 1.600.000 ; et ce qui est encore plus grave, c'est que les revenus imposables en 1928 s'élevaient à 62 milliards et que ce chiffre s'était, l'an dernier, abaissé à 39 milliards !

Quelle lourde responsabilité auront à supporter ceux qui, par leurs erreurs et par leurs fautes, ont déterminé une telle situation.

A. HERPIN.

(1) Il y a lieu d'ajouter la majoration des centimes additionnels variable suivant les localités. Pour Paris et la Seine, elle est de 140, soit 14,35 %.

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE NÉO-HIPPOCRATIQUE

Paris, 1er-5 juillet 1937 (1)

Sous la présidence du professeur Laignel-Lavastine assisté des professeurs Marañon (de Madrid) et Guiart (de Lyon), vice-présidents, des docteurs Guy Laroche, Mondain, Martiny et Renard, ce Congrès a donné lieu à des conférences et des rapports fort intéressants que nous résumons aujourd'hui.

Les applications pratiques du néo-hippocratisme. — Le professeur Aschner (de Vienne), dont on connaît les beaux travaux sur l'hypophyse, s'attacha à montrer que le néo-hippocratisme moderne est la synthèse de la science historique et de la clinique moderne et peut donner des résultats thérapeutiques d'une perfection qu'on n'a jamais rencontrée auparavant.

Pour Aschner, la clinique actuelle a oublié les neuf dixièmes de toute la science thérapeutique empirique.

Un des principes cardinaux d'Hippocrate était que la majorité des maladies provenait de surabondance dans le corps de nourritures, de sang, et dans l'intestin de matières fécales, d'où l'importance qu'il donnait aux méthodes d'évacuation. Les inoubliables recherches analytiques biochimiques physiopathologiques modernes ne peuvent que confirmer cette idée élémentaire ; il faut avoir l'humilité de l'accepter.

Les 5 méthodes thérapeutiques évacuantes cardinales sont :

1. L'évacuation par *purgatif* et clystère ;
2. Par *vomitif ;*
3. Par *saignée* (sangsues, ventouses et scarifications) ;
4. Par *sudorifique ;*
5. Par *dérivation sur la peau* (vésicatoires, méthode exanthématique, ulcères artificiels, pointes de feu, acupuncture, moxas, sétons, etc.).

Si primitives et archaïques que puissent paraître ces méthodes, elles commandent la plus grande partie de la thérapeutique constitutionnelle et on peut s'en servir pour maîtriser bien des maladies chroniques ou aiguës, réputées aujourd'hui difficilement guérissables ou inguérissables. Tel est le thème que développe avec observations à l'appui M. Aschner, en montrant l'efficacité de ces procédés dans divers processus pathologiques organiques et psychiques. La schizophrénie bénéficierait tout particulièrement de cette thérapeutique constitutionnelle.

Les prédispositions constitutionnelles dans la tuberculose pulmonaire. — M. André Jacquelin (de Paris). — Pour le rapporteur, l'étude des types constitutionnels sur lesquels la tuberculose pulmonaire se développe avec une fréquence et avec une gravité très particulière est fort délicate à conduire. Elle nécessite des observations longuement suivies, très complètes à la fois du point de vue morphologique et phtisiologique, tenant compte de la complexité d'un problème où s'intriguent des éléments différents et souvent opposés, susceptibles de se surajouter au terrain constitutionnel pour en accroître ou plus souvent pour en diminuer la résistance.

Il n'est pas jusqu'aux accidents mécaniques paraissant dans de nombreux cas vraiment fortuits et par conséquent imprévisibles qui ne viennent, tels une hémoptysie, une embolie bronchique, sanguine ou lymphatique, modifier brusquement une évolution jusque-là régulière.

Il n'en est que plus frappant de voir de nombreux auteurs, depuis Hippocrate jusqu'aux écoles morphologistes contemporaines des divers pays, décrire un type prédisposé à la tuberculose, identique sous des dénominations différentes de longiligne-plat uniforme, longiligne, planothoracal, microsplanchnique. Le rapporteur en admet la prédominance respiratoire (contrairement à la conception de Rokitansky et de Hoffmann) et trouve son origine dans les poussées fébriles répétées d'une tuberculose gangliopulmonaire de l'enfance et de l'adolescence contractée en un milieu familial contaminé par le bacille de Koch. Ainsi le concept morphologique de prédisposition rejoint le concept bactériologique actuellement admis.

Dans une longue série de recherches poursuivies avec Lévi, Mac-Auliffe, Opolon et partiellement résumées dans la thèse de ce dernier, M. Jacquelin s'efforce d'établir un rapport entre les divers types humains et les formes anatomo-chimiques révélées par la tuberculose pulmonaire. Il confirme la fréquence et la gravité de la maladie chez les longilignes-plats uniformes, la résistance des bréviligues ronds et surtout cubiques.

Dans l'ordre des prédominances fonctionnelles de Sigaud et Mac-Auliffe, il prouve la vulnérabilité des respiratoires purs, des musculo-respiratoires et aussi des cerebro-musculaires, la résistance des cérébraux et surtout des digestifs, qui est la plus considérable.

Ces notions, à la condition de les joindre à celle, antérieurement étudiée par l'auteur, de la dystrophie, sclérosante, ostéo-conjonctivo-élastopathique, et de les réintégrer dans le vaste problème du pronostic général de la tuberculose pulmonaire, présente un intérêt pratique considérable ; il peut, dans de nombreux cas, guider la thérapeutique curative et surtout préventive de cette maladie.

La pathologie de l'individuel et néo-hippocratisme. — M. le professeur L. Cornil (De Marseille), après avoir situé le problème de l'individuel en médecine, montre la nécessité, pour en pénétrer l'essence, de revenir à l'esprit de synthèse hippocratique qui, rénové, domine la pathologie constitutionnelle.

Critiquant, puis délimitant, grâce à de nombreux exemples expérimentaux ou cliniques, les trois notions de la constitution morphologique, physiologique et psychologique, l'auteur développe cette donnée, entrevue par Hippocrate, du trouble morbide révélateur de la constitution individuelle.

Il montre ensuite les oscillations de cette dernière sous l'influence des causes internes ou externes.

Il précise en outre les conditions qui permettent de tenir compte en biologie et en pathologie de véritables individualités anatomophysiologiques au sein même de l'organisme. Ce sont d'abord les grands systèmes tissulaires : mésenchyme, réticulo-endothélial, puis humoral. L'organe, la cellule peuvent être aussi doués d'une individualité autonome, ainsi que le montrent les exemples rapportés.

Enfin, dans une vue d'ensemble, M. L. Cornil aboutit à cette conclusion que la vie individuelle n'est en définitive qu'une série de variations autour d'un axe fixe caractéristique de l'espèce. L'être qui s'en écarte plus ou moins disparaît.

La continuité n'existe que dans la tentative de l'organisme de maintenir cet équilibre frappé sans cesse par les frottements, par les heurts subis, au contact du monde extérieur.

La théorie des humeurs et l'abcès de fixation. — M. Germain Blechmann (de Paris) rattache d'abord le principe de l'abcès de fixation aux doctrines hippocratiques, mais montre la nécessité de séparer la clinique des théories.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1937, n° 53, p. 858.

I. — **La clinique.** — A. *Technique et évolution de l'abcès de fixation.* — Fochier se servait d'essence de térébenthine vieillie au grand jour pendant des mois ; Patel se sert d'une térébenthine purifiée. Chez l'adulte, Pic et Delore injectent 1 cc. 1/2 et G. Blechmann chez l'enfant, rarement moins de 1/2 cc. pour arriver à 3/4 et presque 1 cc. aux environs de 3 ans, ARNOZAN, CARLES, BOIDIN et MERAT font l'abcès à la cuisse. PIC et DELORE préfèrent la paroi antéro-latérale gauche de l'abdomen. FEUILLE estimait que l'incision doit être tardive. Dans certains cas (FOCHIER, PIC et DELORE), il faut répéter l'abcès tous les jours jusqu'à ce qu'il prenne.

B. *Valeur pronostique et curative de l'abcès de fixation.* — L'accord est unanime sur la valeur de l'abcès de fixation comme élément de pronostic. Par contre, sur la valeur curative, les avis divergent encore. Quatre grandes divisions pour les indications :

1° Les maladies infectieuses : infection puerpérale, septicémies médicales et chirurgicales, l'encéphalite (PIC, NETTER), les méningococcies, les néphrites aiguës, etc., et surtout les affections broncho-pulmonaires ; 2° certains états de sensibilisation (asthme) ; 3° les intoxications exogènes (plomb, champignons, etc.) ; 4° les affections nerveuses (épilepsie de l'adulte, mal convulsif de l'enfance, maladies mentales) ; 5° enfin, la thérapeutique vétérinaire. Il faut joindre à cette étude, celle de l'abcès de fixation « prolongé » du sérum térébenthiné (asthme), la stock et autopyothérapie, la phlycténothérapie (Lassablière) et l'isothérapie phlycténulaire (Mondain, Fortier-Bernoville).

II. — **Les théories.** — A. Hippocrate connaissait la signification des abcès qui apparaissent au cours de certaines maladies, déplacement d'une humeur morbide ou métastase. Le célèbre article de Fochier date de 1891, mais il avait déjà observé son premier cas d'abcès provoqué seize années auparavant. La méthode du maître lyonnais devait trouver sa consécration aux Assises de Médecine générale en 1936, durant la séance où mourut A. Netter, qui venait de relater ses succès dans les séquelles encéphalitiques.

B. Voici les principales hypothèses imaginées sur le mode d'action de l'abcès de fixation : a) la fixation des microbes et des toxines ; b) l'absorption de la térébenthine, antiseptique et oxydant général ; c) la révulsion ; d) la leucocytose ; e) la pyrétothérapie ; f) les modifications humorales : rénovation et consolidation leucocytaires d'après Feuillie, ainsi qu'action des produits de leucolyse, donc véritable leucrasithérapie ; g) la dérivation leucocytaire à laquelle Pic et Delore attachent une grande importance.

C. Quand l'abcès ne prend pas, on indique pour l'expliquer : a) les expériences de Bouchard ; b) la théorie de la floculation (Lumière et Mme Montoloy) ; c) la théorie de Bordet.

Parmi les médications adjuvantes, on a préconisé les injections d'étain, de maléinate de soude.

La médecine moderne devant la tradition hippocratique et pythagoricienne. — M. le professeur agrégé Pierre DELORE (de Lyon) affirme que la médecine est à la croisée des chemins. La tendance analytique a été trop exclusive. Certaines erreurs d'optique ont été ainsi réalisées. Il importe de revenir à un équilibre plus harmonieux de l'esprit d'analyse et de l'esprit de synthèse, de l'esprit de mesure et de l'esprit de finesse.

Il est légitime d'affirmer la rénovation du pythagorisme et de l'hippocratisme. On peut en tirer des enseignements ou des suggestions qui se formulent ainsi :

Intégrer vraiment les principes hippocratiques et pythagoriciens dans la médecine moderne. Concilier la tradition avec la science et le progrès.

Affirmer la préséance de la médecine générale sur les spécialisations et les techniques, la nécessité de la culture philosophique, l'utilité de l'histoire de la médecine.

Ne plus isoler le corps et l'esprit, l'homme et le milieu.

S'orienter résolument vers l'étude de la santé et de l'homme normal, vers la médecine constitutionnelle ou du terrain, vers l'analyse des tempéraments, la biotypologie et la psychophysiologie, pour arriver à la connaissance synthétique du type individuel . morphologique, physiologique, psychologique.

Approfondir la pathologie fonctionnelle, ainsi que l'analyse de la phase biologique ou préclinique des maladies.

Reconnaître davantage l'importance des maladies de la nutrition et des diathèses, et aussi celle de l'hérédité de prédisposition ou de terrain.

Développer l'étude des parentés morbides et celle de la pathologie comparée.

Reconsidérer la valeur du microbe dans la maladie relativement au terrain et parvenir à une conception synthétique de la cause de la maladie. Reconsidérer par là même le problème de l'endogénèse morbide.

Donner la préférence chaque fois que possible aux thérapeutiques simples et naturelles. Faire place :

1° A un naturisme bien compris, éclectique, scientifique, à la base duquel seront les agents naturels, l'exercice, le régime ;

2° Aux thérapeutiques dites constitutionnelles ou physiologiques ;

3° Aux pratiques empiriques ou traditionnelles dans la mesure strictement légitime indiquée par le contrôle clinique et expérimental. Individualiser de mieux en mieux l'acte médical. Définir la dose minima et optima. Elargir l'hygiène classique ; la compléter par l'hygiène individuelle physique et mentale.

Faire appel aux immunités naturelles avant les immunités artificielles. Maintenir intangible la grande tradition morale. Réagir contre la commercialisation et le charlatanisme.

Telles sont les indications que l'on peut tirer de l'hippocratisme rénové. Tel est le travail qui s'offre à nous. Telles sont d'ailleurs les tendances de la médecine actuelle. Il nous appartient d'en éviter les déviations ou les excès. Il nous appartient d'en saisir la portée féconde et d'en dégager la valeur clinique et scientifique en fonction du but essentiellement pratique de la médecine.

La loi de similitude, son domaine, ses limites et ses possibilités. — M. FORTIER-BERNOVILLE (de Paris). Pour étudier le principe de similitude et son application en thérapeutique, il faut : 1° définir *son domaine*, son champ d'action dans l'espace et dans le temps ; 2° de définir *ses possibilités*, en étendue, profondeur, intensité et durée ; 3° de préciser *ses limites*, qui dépendent de la technique d'application et doivent être définies pour chaque cas pathologique.

L'empirisme régente encore bien des actes médicaux à la recherche d'une thérapeutique définie. Dans ce chaos, est-il possible de distinguer déjà l'amorce de lois et de principes ?

Hippocrate a tenté de le faire. Mais ses successeurs ont oublié son admirable enseignement.

Le principe de similitude avait été formulé par Hippocrate, à côté de la loi des contraires. Hahnemann en fit une règle d'application trop universelle en médecine.

L'application du principe de similitude dépend de plusieurs facteurs :

a) Il faut que le malade ainsi traité ait une possibilité de réaction ; c'est sa réponse à l'excitation du remède semblable ;

b) Il faut que cette réaction puisse se faire d'une façon spécifique.

En pratique, le principe de similitude est applicable au stade des troubles fonctionnels et même en cas de lésions constituées, et aussi longtemps que la quantité des substances toxiques libérées par les foyers d'infection peut être éliminée suffisamment et rapidement.

C'est pourquoi les possibilités d'application du principe de similitude sont très grandes. Ses limites d'application sont définies par la loi d'Arndt Schulz et dépendent des conditions énoncées par M. Martiny.

A ces limites théoriques, il faut joindre aussi des limites pratiques qui doivent être considérées pour chaque chapitre de la pathologie.

Il faut baser l'application de l'homéopathie sur l'étude de la clinique aidée par les épreuves de laboratoire.

VIe CONGRÈS FRANÇAIS de GYNECOLOGIE

Toulouse 15-18 mai 1937 (1)

QUESTION A L'ORDRE DU JOUR

LE CANCER DU COL UTÉRIN

RAPPORTS

Quelques notions étiologiques et anatomo-pathologiques sur le cancer du col utérin. — MM. X. BENDER et X. COLANERI (Paris) passent en revue les facteurs étiologiques d'ordre local, remarquant que la parité n'a pas l'importance que certains lui attribuent. Ils insistent sur le rôle de la syphilis.

Ils développent ensuite l'étude anatomo-pathologique, d'après les données acquises : les diverses formes de la localisation initiale et la classification de Regaud. Les auteurs insistent particulièrement sur la stroma-réaction, ses modalités, les interréactions réciproques du stroma et des cellules. Au niveau des ganglions, ils signalent l'hyperplasie des cellules réticulaires qui, si elle est suffisamment précoce et intense, peut obstruer les sinus et empêcher l'envahissement du ganglion.

Pour terminer, les auteurs étudient la propagation aux ganglions lymphatiques et mettent en lumière ce fait que le volume et l'aspect macroscopique du ganglion ne donnent aucune indication sur son envahissement.

Ils discutent les faits énoncés par Leveuf et Herrenschmidt, qui auraient trouvé des métastases ganglionnaires dans 50 p. 100 des cas opérables. Ils se rangeraient plutôt à l'avis de Gricouroff, qui croit que, dans la plupart des cas, il s'agit de formations d'origine endométriale rencontrées en dehors du cancer, ce qui prouverait leur bénignité. La clinique et l'évolution du cancer opéré sont également opposées à cette thèse.

1° Diagnostic biologique du cancer du col. — M. MAX ARON (Strasbourg). Le diagnostic biologique du cancer du col n'est tenu, dans ce rapport, que pour l'application à un cas particulier d'une méthode valable pour le diagnostic du cancer en général. Dans une première partie du rapport, l'auteur rappelle ses recherches initiales sur la présence d'un principe spécifique dans l'urine des cancéreux. Ce principe peut être mis en évidence par l'injection au lapin d'une solution de l'extrait alcoolique de l'urine, qui provoque une altération caractéristique du cortex surrénal. Le résultat s'apprécie par comparaison avec un fragment de la surrénale gauche extirpée à titre de témoin avant le traitement de l'animal. En dépit du bilan statistique favorable obtenu grâce à cette technique, l'auteur estime que son application à la pratique est limitée par sa difficulté et sa complexité. Aussi a-t-il transporté récemment sur le terrain sérologique les données précédemment recueillies. Le mélange d'un extrait purifié d'urine de cancéreux et de sérum de cancéreux, en des proportions définies, subit une floculation nette après seize à dix-huit heures d'étuve à 38°. Le phénomène semble strictement spécifique. La méthode réclame encore une mise au point, en raison surtout de l'écueil de la variabilité des extraits urinaires, dont certains sont impropres à l'usage et dont le mode de préparation doit être amélioré et fixé. Ce problème une fois résolu, elle paraît vouée à des possibilités d'application pratique et constitue une base pour des recherches plus étendues en cancérologie.

2° Diagnostic du cancer du col de l'utérus. — MM. HAMANT et CHALNOT (Nancy) n'ont étudié que le diagnostic précoce du cancer du col de l'utérus. Ils préconisent la systématisation de l'examen génital (toucher, spéculum) et l'utilisation de la colposcopie permettant l'examen visuel grossi des lésions minimes du col, la colposcopie étant combinée à l'usage du test de Lahm-Schiller, qui attire l'attention sur les zones suspectes, sur les érosions du col.

Le cancer se développant parfois dans l'intérieur du canal cervical, l'hystérographie et l'hystéromucographie sont des procédés utiles et fidèles. La biopsie doit être utilisée largement, mais l'emploi du colposcope, en précisant la zone où doit se faire le prélèvement, permettra d'éviter des ablations intempestives en des zones saines, laissant évoluer à côté d'elles des zones suspectes, même déjà en évolution néoplasique.

Le diagnostic précoce ne peut se faire sans dépistage précoce ; seul, l'examen périodique systématique de toutes les femmes permettrait de déceler les lésions pré-cancéreuses et d'instaurer un traitement adéquat.

Il importe d'attirer plus que jamais l'attention du médecin praticien sur les signes de début du cancer du col utérin, d'associer les sages-femmes à cette lutte préventive et d'utiliser l'action des dispensaires d'hygiène sociale comme centres de dépistage. La généralisation des Assurances sociales permettra de faire des examens périodiques à titre presque gratuit, ce qui fera disparaître certaines objections du public économiquement faibles.

Il importe enfin de plus en plus que le public soit éduqué.

Retentissement du cancer du col utérin non traité sur l'appareil urinaire. — MM. E. CHAUVIN (Marseille), J.-B. GISCARD (Toulouse) et MAXIME LEROY (Paris) insistent surtout sur le retentissement précoce des cancers utérins sur l'appareil urinaire et sur les signes de début encore peu connus de cette invasion néoplasique qui leur paraissent les plus utiles à dépister, au point de vue du pronostic et des indications opératoires.

Sur la vessie, on peut observer, par ordre de gravité croissante : des lésions mécaniques, avec soulèvement du trigone par la masse tumorale. Des lésions inflammatoires : œdème diffus, cystite congestive, plissements plus ou moins marqués de la muqueuse et enfin œdème bulleux. Des lésions néoplasiques vraies, parfois bourgeonnantes, le plus souvent ulcérées.

Le décollement vésico-utérin sera facile tant qu'il n'existe que des plissements muqueux peu accentués, et difficile ou impossible en cas de sillons très marqués et d'œdème bulleux.

Au niveau de l'uretère, il semble que les troubles fonctionnels précèdent de beaucoup les lésions anatomiques.

(1) Voir *Gaz. des Hôp.*, 1937, n° 48, p. 784.

La compression à proprement parler serait relativement tardive, et l'envahissement réel du canal, exceptionnel. La dilatation pré-urétérale peut donc précéder la sténose anatomique, et l'infection en est une complication grave. L'urémie et l'anurie en sont l'aboutissement terminal.

Pour déceler les premiers troubles fonctionnels du rein, l'étude de l'azotémie et même de la constante est infidèle. Le virage à gauche des méats n'est pas plus précis, et l'on doit s'adresser à l'épreuve de la phénol-sulphol-phtaléine ou à la chromocystoscopie, qui, en montrant les modifications de l'éjaculation urétérale, précise très exactement les troubles fonctionnels de l'uretère terminal.

Plus tard seulement apparaîtront, décelables à la radiographie, les lésions anatomiques constituées essentiellement par une extasie des voies urinaires supérieures et une sténose de l'uretère, soit au voisinage de la vessie (compression par le néoplasme lui-même), soit au détroit supérieur (adénopathie néoplasique), enfin les insuffisances fonctionnelles graves, que permettra de déceler l'urographie intraveineuse.

1° Traitement chirurgical du cancer du col de l'utérus en dehors de la gestation. — M. Louis Michon. 1° *Méthodes chirurgicales :*

Les unes, théoriquement irrationnelles, méritent pourtant d'être signalées. Il faut savoir que l'amputation simple du col a autrefois donné des guérisons ; l'hystérectomie totale simple compte encore des partisans, surtout si elle est un complément à la curiethérapie.

Les autres sont théoriquement rationnelles et adaptent à l'appareil génital de la femme les lois générales de l'excision chirurgicale des néoplasmes :

a) L'hystérectomie abdominale élargie, appelée en France opération de Wertheim, jouit actuellement d'une mauvaise réputation, et à tort. Il ne faut pas vivre dans le souvenir des graves exérèses d'autrefois. En effet, actuellement, la chirurgie ne s'attaque plus aux cas même peu avancés, et la technique a fait des progrès incontestables. Il en résulte que les résultats sont tout différents de ceux d'autrefois.

Le rapporteur met en valeur les détails techniques qui lui paraissent avoir de l'intérêt.

b) L'hystérectomie par voie basse a d'ardents défenseurs en Autriche. L'école de Vienne a mis au point et expérimenté largement cette voie d'excision. Elle apporte des résultats très dignes d'attention.

c) La colpo-hystérectomie par voie combinée vagino-abdominale.

d) Les évidements ganglionnaires systématiques n'ont été étudiés que par quelques auteurs et sont des procédés à l'étude.

2° *Méthodes combinant la chirurgie et les radiations :*

a) La radium-chirurgie est abandonnée. Le perfectionnement des méthodes radiothérapiques rend inutiles les techniques proposées.

b) Les radiations pré-opératoires sont un procédé très en faveur en France, et qui a actuellement de nombreux partisans.

c) Les radiations post-opératoires ne sont pas recommandées en général. Elles sont utilisées par l'école de Vienne.

3° *Résultats :*

La mortalité opératoire doit être étudiée sur des statistiques récentes, nos statistiques anciennes étant grevées par les cas avancés. Actuellement, la mortalité opératoire est très inférieure à 10 p. 100. Elle oscille entre 9 à 2,66 p. 100.

Les résultats éloignés de plus de cinq ans atteignent dans les meilleures statistiques 62 à 71,8 p. 100.

4° *Indications :*

a) Il y a des indications d'opportunité dues à la radiorésistance, qui peut être soit histologique (adéno-carcinome), soit anatomique (vierges, malformations congénitales ou acquises), soit pathologique (infection, salpingites).

Les échecs de la radiothérapie relèvent de la chirurgie.

b) Les indications de principe ne peuvent s'adresser qu'aux cas sans envahissement (cas I et II de la classification de Genève).

2° Traitement chirurgical des adénopathies dans le cancer du col. — M. R. Dieulafé (Toulouse). Ce problème thérapeutique est à l'heure actuelle insoluble, car les données essentielles sont impossibles à préciser. Celles-ci sont en effet constituées par la fréquence de la propagation du cancer aux ganglions le siège exact des adénopathies cancéreuses : c'est seulement en se basant sur ces notions qu'on peut instituer une technique d'exérèse radicale et en étudier les résultats.

En réalité, l'anatomie pathologique est encore très mal connue faute de documents précis, et ce ne sont que des chiffres approximatifs que l'on peut donner ; l'anatomie normale des lymphatiques du col utérin est encore discutée : si une étude schématique donne l'impression de connaissances solidement établies (L. et R. Dieulafé, Congrès français de gynécologie de 1935), la lecture des travaux récents crée l'incertitude et, de ce fait, les différentes cliniques d'exérèse deviennent discutables.

Toutefois, l'histoire de ce problème peut être divisée en trois périodes : une première période où les chirurgiens désireux d'une exérèse aussi complète que possible du cancer et de ses propagations réalisèrent des opérations très larges, dont la plus haute expérience est l'évidement illo-lombo-pelvien de Jonnesco, complétant une hystérectomie totale élargie et enlevant tous les ganglions qui ont des connexions anatomiques avec l'utérus. Une deuxième période où les adénopathies furent négligées presque totalement : cette attitude, qui est encore celle de la majorité des thérapeutes, arrête tout progrès, puisqu'elle ne permet aucune exploration des ganglions et elle condamne délibérément à mort les femmes chez lesquelles existent des propagations ganglionnaires.

Une troisième période, qui s'ébauche actuellement, où l'on cherche à appliquer chirurgicalement les notions anatomiques dues à Leveuf ; elles ont l'avantage de justifier une exérèse limitée des voies lymphatiques.

R. Dieulafé conclut en souhaitant que ces tentatives isolées deviennent plus fréquentes ; il préconise pour cela une technique personnelle mise au point sur le cadavre et qui permet, avec des risques minimes, en restant sous-péritonéale, d'explorer les ganglions, de résoudre ainsi la question de la fréquence de leur atteinte et de la valeur thérapeutique de leur exérèse lorsqu'ils sont envahis.

La question doit donc être remise à l'étude, à moins que les progrès radiothérapeutiques ne permettent de guérir les adénopathies, auquel cas le bistouri pourra définitivement être abandonné.

Traitement du cancer du col par la radiothérapie (rayons X et radium) et par l'électrocoagulation. — MM. Pierre Lehmann (Paris) et Marquès (Toulouse). Le traitement par les radiations a fait des progrès récents, liés aux progrès ou connaissances biologiques et aux perfectionnements de l'appareillage. Il donne des résultats durables, depuis qu'il vise à stériliser non seulement la lésion du col, mais aussi les territoires ganglionnaires correspondants. La curiethérapie locale, ayant un périmètre d'action trop restreint, ne peut y suffire et doit être complétée par la télécuriethérapie ou mieux la rœntgenthérapie transabdominale, où l'on n'utilise plus de petits champs multiples, mais un petit

nombre de grands champs. Pour améliorer le rendement en profondeur, on a cherché d'abord à augmenter le voltage de 200 à 500, 700 kilovolts et plus. La tendance actuelle est d'obtenir le même résultat plus économiquement en augmentant la distance focale avec des appareils d'un débit suffisant pour permettre, dans des temps assez courts, des irradiations à 1 mètre ou 1 m. 20, sous 200 kilovolts.

Les progrès de la technique, depuis dix ans, se sont traduits par une amélioration progressive des résultats et des statistiques : le pourcentage des guérisons atteint actuellement 64 à 87 p. 100 pour le stade 1 ; 20 p. 100 pour les statistiques globales.

Tous les cancers radiosensibles du stade 1 et ceux où existe une contre-indication chirurgicale doivent être traités par la curiethérapie intracavitaire, associée à la rœntgenthérapie transabdominale. Aux stades 2 et 3, rœntgenthérapie externe seule, ou suivie de curiethérapie intracavitaire. Au stade 4, rœntgenthérapie externe seule. Dans les cas très avancés, ou à métastases multiples, télérœntgenthérapie totale.

Complications de la radiothérapie du cancer du col. — MM. J. Ducuing et Nègre (Toulouse) ont étudié, dans une première partie, les complications infectieuses immédiates, précoces et tardives. Fièvre, infection du col et du corps, paramétrites, salpingites, péritonites, phlébites et septicémies ont été systématiquement envisagées. Ces complications sont celles qui tuent, puisque la mortalité, dans leur statistique de 1.200 cas, atteint 3,4 p. 100 par infection en rapport avec le traitement.

Dans une deuxième partie, les rapporteurs ont étudié les complications dues aux radiations. Les complications immédiates et précoces, que certains ne considèrent pas comme de véritables complications, ont été cependant décrites : cystites, vaginites, rectites surtout, ont fait l'objet de descriptions appropriées. Les auteurs se sont particulièrement étendus sur les complications tardives de la radiothérapie. Les involutions utéro-vaginales, les rétrécissements du rectum, les pseudo-cancers de la vessie et du rectum ont fait l'objet d'autant de paragraphes spéciaux.

Dans une troisième et dernière partie, MM. J. Ducuing et Nègre présentent un tableau des complications observées dans leurs 1.200 cas. Ils retiennent seulement que la morbidité globale a été de 4,5 p. 100, et la mortalité par infection, de 3,7 p. 100.

Et ce travail les conduit à conclure que la mortalité et la morbidité de la radiothérapie du cancer du col ne sont pas négligeables.

Le cancer du col restant. — MM. Ch. Lefebvre et Gouzi (Toulouse). Au point de vue fréquence, on dispose de trois ordres de statistiques ensemble des cas connus (800 très approximativement), nombre des cancers du col restant par rapport aux cancers du col (proportion d'intérêt secondaire) et nombre des hystérectomies subtotales et des cancers du col restant consécutifs, seule à retenir, mais bien difficile sinon impossible à établir avec précision (de 0,50 à 1,50 p. 100). Pour qu'un cancer du col restant puisse mériter cette dénomination, il faut qu'il éclose au moins un an après l'hystérectomie sub-totale, les formes précoces étant sous la dépendance d'un diagnostic incomplet lors de l'intervention initiale (plus d'un tiers des cas). Le fibrome ne paraît pas avoir le rôle prédominant qu'on lui attribuait, l'annexite étant fréquemment relevée. Il ne semble pas que l'isolement du col après hystérectomie sub-totale puisse être une cause déterminante ou favorisante spéciale. Le point de départ serait souvent exo-cervical, ce qui rend moins avantageux l'évidement du col préconisé par certains. Ce sont au point de vue histologique des pavimenteux, spino-baso-cellulaires ou intermédiaires. La symptomatologie ne présente rien de spécial ; il semble que l'évolution soit rapide.

Le traitement prophylactique consiste en un examen très précis des cas justifiant une hystérectomie, ce qui élimine les cas précoces, puis pour certains en l'évidement du col, enfin en l'hytérectomie totale, seule technique sûrement efficace, mais qui, selon l'opinion la plus généralement admise, comporte une gravité opératoire immédiate qui dépasse les chances de cancérisation ultérieure du moignon cervical. Le traitement du concer du col restant déclaré, en dehors de l'exérèse opératoire du col, assez peu recommandée, consiste en radio et radiumthérapie.

1° Les récidives loco-régionales du cancer du col. — M. R. Dieulafé (Toulouse) étudie, sous le nom de récidives loco-régionales, les récidives locales (col ou cicatrice vaginale), les récidives pelviennes, les récidives ganglionnaires (ganglions du premier relais). L'étiologie des récidives reste obscure faute de statistiques homogènes : l'extension anatomique de la tumeur primitive et l'imperfection thérapeutique sont des facteurs dont l'importance est bien établie. Les récidives apparaissent le plus souvent très précocement dans les deux premières années qui suivent le traitement. Elles diminuent ensuite considérablement entre trois et dix ans, pour devenir exceptionnelles après : les récidives tardives n'en sont pas moins possibles et posent un problème pathogénique complexe.

La fréquence des différentes localisations anatomiques est réglée en partie par la nature du traitement : après hystérectomie, les récidives siègent surtout au niveau de la cicatrice vaginale (ablation insuffisante de la paroi vaginale déjà envahie, greffe sur la tranche au cours de l'exérèse) ; après curiethérapie utéro-vaginale, les récidives sont surtout pelviennes ou ganglionnaires (le radium stérilise autour de lui sur une épaisseur de 2 centimètres ; au delà des cellules cancéreuses peuvent persister dans le tissu cellulaire du paramètre, dans les vaisseaux lymphatiques et dans les ganglions).

La symptomatologie et la précocité sont dominées par les relations de la tumeur avec les cavités naturelles (vagin, vessie, rectum) ; formes ouvertes et formes fermées ; les premières à symptomatologie fonctionnelle d'apparition rapide ; les secondes à symptomatologie fonctionnelle tardive, conditionnée par la compression des conduits et surtout des nerfs.

Le diagnostic, pour être fait toujours précocement, devra être un dépistage systématique réalisé par l'examen fréquemment répété des femmes traitées, surtout les premières années. Ce diagnostic est rendu délicat à cause des modifications qu'entraîne la curiethérapie et doit être fait par le premier thérapeute ou ses assistants. La surveillance de l'état général (poids) constitue un procédé facile à réaliser et dont on ne doit pas se priver.

La prophylaxie des récidives, en plus d'un traitement aussi parfait que possible, fait mettre à l'étude certains procédés que l'on ne peut encore juger. Cependant, il faut citer les reprises systématiques de traitement par les agents physiques les exérèses ganglionnaires pour lesquelles R. Dieulafé a décrit une technique simple et peu traumatisante.

Le traitement des récidives est essentiellement radiothérapique ; la télérœntgenthérapie ouvre à l'heure actuelle de nouveaux espoirs. Les guérisons des récidives traitées devraient constituer le chapitre essentiel de cette étude, puisqu'elles la justifieraient. Elles restent à l'heure actuelle l'exception. Mais leur thérapeutique ne doit pas être négligée, on doit tendre à la perfectionner, car les résultats favorables existent, et les améliorations sont souvent appréciables.

Un cancéreux incurable ne doit jamais être abandonné, et tout doit être mis en œuvre pour le soulager, comme si on avait l'espoir de le guérir.

2° Les métastases. — M. CURTILLET (Alger). Etant éliminées les adénopathies immédiatement voisines de la tumeur, on peut distinguer trois groupes de métastases : les adénopathies à distance, les métastases rétrogrades vulvo-périnéales, toutes les autres métastases.

La comparaison des statistiques des cliniciens et des anatomo-pathologistes (les secondes donnent des chiffres beaucoup plus forts que les premières) permet de dire que la fréquence des métastases est grande, mais que rares sont celles qui prennent dans la scène clinique une place suffisante pour s'imposer à l'attention du clinicien.

La fréquence des métastases ne paraît pas plus grande que les cas traités par les radiations que pour ceux traités chirurgicalement. Peut-être dans certains cas la curiethérapie a-t-elle favorisé la rapidité d'apparition et l'importance des métastases.

On pense que les néoplasmes pavimenteux métastasient plus que les cylindriques.

Pour apprécier l'ordre de fréquence des diverses localisations, il faut s'en référer aux statistiques nécropsiques plutôt qu'aux statistiques cliniques.

Les voies de production des métastases sont discutées ; avec Lacassagne, le rapporteur est tenté d'accorder une part prépondérante à la voie lymphatique.

Au point de vue clinique, il y a lieu d'insister sur la fréquence des métastases latentes ou à symptômes non caractéristiques (douleurs), et sur l'intérêt de la radiographie pour le dépistage des métastases osseuses, en particulier des métastases lombo-sacrées.

Le traitement peut être, parfois utilement curatif, par chirurgie ou radiations (métastases rétrogrades, métastases cutanées ou osseuses superficielles), parfois utilement palliatif (métastases cérébrales), bien souvent inutile ou illusoire (métastases hépatiques, pulmonaires, ganglionnaires profondes).

Le pronostic est très sombre, car, même après traitement efficace d'une métastase, d'autres foyers peuvent apparaître dans la suite, qui finissent par emporter le malade.

3° Traitement de la douleur. — M. CURTILLET (Alger). L'action des méthodes médicales est relative ou inconstante ; le vrai traitement de la douleur est chirurgical.

Toutes les méthodes se proposent une interruption des fibres de la sensibilité viscérale.

Le rapporteur fait d'abord un rappel, d'une part des voies de la sensibilité viscérale, d'autre part, des causes de la douleur.

Les méthodes. — La *radicotomie*, complexe, n'a donné que des résultats inconstants. Elle est abandonnée.

Les *sections et résections sympathiques*. — A la sympathectomie péri-artérielle hypogastrique, qui avait d'ailleurs donné des résultats intéressants, on préfère aujourd'hui la résection du nerf pré-sacré ou plexus hypogastrique supérieur. Elle donne une proportion d'un tiers de sédations complètes, d'un tiers d'améliorations ; dans les autres cas, elle échoue ou se montre impraticable.

La *cordotomie*, qu'il est préférable de pratiquer bilatérale, donne toujours une suppression complète des douleurs, mais elle est suivie fréquemment de troubles nerveux dont les plus redoutables sont des douleurs en ceinture persistantes.

Les injections d'alcool dans les racines sacrées peuvent donner des résultats partiels intéressants.

Les *injections intrarachidiennes d'alcool* (Dogliotti, Greenhill et Schmitz), dont le rapporteur indique la technique précise, auraient donné à ceux qui les préconisent d'excellents résultats ; il convient d'essayer loyalement cette méthode, sur laquelle on ne semble pas, en France, avoir actuellement d'opinion.

Les indications. — Elles ne peuvent encore être posées exactement. Tout d'abord, il faut se défendre d'un excès de renoncement devant les douleurs de ces femmes cancéreuses. Tenter d'abord l'injection intra-arachnoïdienne d'alcool, en cas d'échec, à condition que les douleurs ne soient ni d'origine sacrée, ni d'origine rénale, et que la région du promontoire soit jugée libre, faire une résection du pré-sacré. Si celle-ci est contre-indiquée ou échoue, pratiquer une cordotomie ou encore la section commissurale postérieure préconisée par Leriche.

Le traitement du cancer du col pendant la gestation. — MM. PAUCOT (Lille) et GUILHEM (Toulouse). Après avoir fait un historique de la question, les auteurs exposent les traitements à envisager : la chirurgie, le radium, et en donnent les résultats dans les 69 observations qu'ils ont pu recueillir.

Enfin, ils étudient la conduite à tenir.

Ils divisent la grossesse en deux périodes, l'une, premier au septième mois ; l'autre, septième à terme, période de viabilité du fœtus.

Dans la première période, ils sont d'avis d'intervenir chirurgicalement par une hystérectomie élargie, si le cancer est opérable.

Dans la deuxième période, ils pratiquent une césarienne suivie d'une sub-totale et précédée d'une application vaginale de radium.

Congrès de 1938. — Le VIIe Congrès français de gynécologie aura lieu à Nice, du 19 au 23 avril 1938.

Question à l'ordre du jour : la blennorrhagie génitale féminine.

Président d'honneur . M. le professeur Green-Armytage, de Londres.

Président : M. le professeur E. Chauvin, de Marseille.

Secrétaire général : M. le Dr Maurice Fabre, de Paris.

Président du Comité d'organisation : M. le Dr P. Gasquet, 47, boulevard Victor-Hugo, Nice (Alpes-Maritimes)

MAURICE FABRE.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES SANATORIA ET DES MAISONS DE SANTÉ PRIVÉS

Le deuxième Congrès International des Sanatoria et des Maisons de santé privés a eu lieu à Paris du 12 au 17 juillet 1937, faisant suite au Congrès de Budapest en 1936.

Organisé par la Fédération des Maisons de santé de France, il avait pour président le docteur Chenais, président de cette association. Le ministre de la Santé publique avait bien voulu lui accorder son haut patronage et s'y faire représenter à la séance inaugurale ainsi qu'au banquet de clôture, ainsi que le préfet de la Seine, le président du Conseil municipal de Paris, le président du Conseil général de la Seine.

Enfin, un comité d'honneur comprenait douze professeurs de la Faculté de médecine de Paris, tous membres de l'Académie de médecine. Des délégations étrangères représentaient l'Allemagne, la République Argentine, le Brésil, le Danemark, la Hongrie, l'Italie, la Suisse et la Yougoslavie. Elles étaient composées, pour la plupart, par les présidents ou les membres dirigeants des associations nationales de Maisons de santé.

Trois rapports ont été présentés : « *La réglementation du travail dans les maisons de santé des différents pays* », par

le docteur Reutti, de Berlin ; « *Le traitement individuel des psychopathies dans les Maisons de santé* », par le docteur Achille Delmas, de Paris ; « *L'héliothérapie* », par le docteur Antonio Magrassi, de Desenzano. En outre, une quinzaine de communications importantes ont été faites au cours des séances de travail.

Mais ce Congrès n'avait pas seulement pour but de réunir les propriétaires et les médecins des maisons de santé des différents pays pour leur permettre de se connaître et de discuter ensemble les sujets qui leur importent. Il devait en outre procéder à la création d'une Union Internationale chargée d'établir un lien permanent entre les manifestations temporaires que constituent les congrès, de faciliter les rapports entre les associations professionnelles des différents pays pour leur permettre de fructueux échanges d'idées, ainsi que l'étude en commun de problèmes d'intérêt universel, afin d'assurer la constitution d'un centre de documentation précieux.

Ce but a été atteint au cours de différentes réunions des délégations des divers pays. Les statuts de cette Union ont été arrêtés ; le siège en a été fixé à Rome, et la présidence en a été confiée pour trois ans à la France.

Il a enfin été décidé qu'un troisième Congrès aurait lieu en 1938, à la fin du mois d'août, à Berlin, et dans différentes villes d'Allemagne.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LE RÉGIME DANS LES PHÉNOMÈNES D'INTOLÉRANCE OU D'ANAPHYLAXIE ALIMENTAIRE DU NOURRISSON (1)

par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Envisageons tour à tour, avec le Prof. Marfan, l'intolérance du jeune enfant :

1° Pour le *lait de femme ;*
2° Pour le *lait de vache ;*
3° Pour d'*autres aliments :* farines, légumineuses, œufs, pain.

§ I. — Phénomènes d'intolérance pour le lait de femme. — Exceptionnels, ils impliquent, dès qu'ils offrent une certaine gravité, la *désensibilisation* par voie d'abord digestive, ou sous-cutanée, au moyen de lait de femme, selon la technique que nous exposons un peu plus bas. Echoue-t-elle, il faudra, au lait de femme, substituer les *laits de vache modifiés,* dont le babeurre, et, s'ils sont, eux aussi, mal tolérés, les *régimes sans lait.*

§ II. — Phénomènes d'intolérance pour le lait de vache. — En présence de ces phénomènes, qui, par certains caractères, se rapprochent du choléra infantile (Marfan), il faut :

En premier lieu, prescrire la *diète hydrique* pendant 24 heures ; *reprendre ensuite l'alimentation,* selon une technique qui varie avec l'âge du petit malade.

A-t-il *plus de quatre mois,* on s'adressera aux bouillies à l'eau, faites soit avec les farines habituelles, soit avec les farines de soja ou de tournesol.

A-t-il *moins de quatre mois,* on essaiera d'abord le lait de femme ou le lait d'ânesse, et, à leur défaut, on cherchera à *désensibiliser le sujet,* soit par la voie digestive, soit par la voie sous-cutanée.

Veut-on utiliser la *voie digestive,* on commence par donner dans un peu d'eau 1 goutte du mélange suivant :

Lait .... 11 gouttes
Sérum artificiel .... 18 gouttes

Aux repas ultérieurs, on double cette dose de 1/10 de goutte de lait, de manière à ce que l'enfant prenne successivement 2/10, 4/10, 8/10 de goutte, puis, au 5e, 1 goutte, au 6e, II gouttes, et, à la fin du second jour, une cuillerée à café de lait. On reste à cette dose plusieurs repas, et on ne l'augmente que peu à peu. M. Marfan conseille, pour en faciliter la digestion, de donner, dix minutes auparavant, une cuillerée à café d'eau à laquelle on aura ajouté II à III gouttes de lait. On arrive ainsi, dans les cas heureux, à faire tolérer, à la fin du troisième jour, 40 à 50 gr. de lait par repas. Il n'y a plus qu'à se rapprocher, par paliers, de l'alimentation normale.

Pour que ces essais réussissent, il est indispensable de suivre certaines règles : s'adresser aux laits modifiés, assurer aux petits malades la quantité d'eau qui leur est nécessaire, en leur faisant absorber, dans l'intervalle des repas, de l'eau ou du bouillon de légumes ; leur prescrire les substances antianaphylactisantes : peptone (Pagniez et Vallery-Radot), hyposulfite (Ravaut, L. Lumière), ferments digestifs, dont la pancréatine (Ed. Lesné).

Même en se conformant scrupuleusement à ces indications, il arrive que la méthode échoue. Il n'y a dès lors qu'à utiliser la *voie sous-cutanée,* selon la technique du Prof. Weill (de Lyon), en injectant, sous la peau du ventre, la première fois, V gouttes de lait de vache stérilisé à l'autoclave diluées dans une demi-cm^3 de sérum artificiel, la seconde, X, et en continuant ainsi jusqu'à ce que survienne une réaction. Dès qu'elle s'est produite, le sujet est désensibilisé et tolère le lait qu'on donne par doses croissantes, en débutant par une cuillerée à café.

Le procédé recommandé par le Prof. Weill n'a-t-il pas donné les résultats espérés, une seule ressource nous reste : recourir aux *régimes sans lait,* qui se proposent d'assurer, aussi longtemps qu'on le désire, l'alimentation des tout jeunes enfants sans recourir au lait.

Mode de préparation et d'administration. — Nous envisagerons seulement :

1° LE PUDDING-DIAT DE MOLL ET STRANSKY.

80 grammes de biscottes écrasées ; 1 gramme de NaCl ; 0 g. 50 de bicarbonate de soude ; 220 grammes d'eau bouillante ; un jaune d'œuf battu ; 40 grammes de sucre ; 10 grammes de beurre frais ; un blanc d'œuf battu en neige. Mettre dans un moule beurré et cuire au bain-marie au moins une heure et demie. 50 grammes de ce pudding sont délayés dans 130 grammes de thé léger sucré. Cette préparation, que l'on donnera deux fois par jour, peut être administrée au biberon.

100 grammes de ce pudding dégagent de 150 à 160 calories, et 200 si, à la biscotte, on substitue 70 grammes de riz très cuit.

M. L. Moll recommande aussi le PUDDING AU RIZ.

Dans un premier récipient, ajouter à 250 grammes d'eau 70 grammes de riz bien cuit et finement passé. Dans un second, battre un jaune d'œuf avec 20 grammes de beurre, 50 grammes de sucre, 1 gramme de sel de cuisine et un demi-gramme de carbonate de soude. Mélangez le contenu des deux et ajoutez un blanc d'œuf battu en neige. La cuisson se fait comme pour le précédent.

2° Chez des nourrissons plus jeunes, on pourra essayer le MÉLANGE DE LAIT AUX AMANDES ET DE PETIT-LAIT, imaginé par le même auteur.

(1) L. BABONNEIX, Les régime chez les enfants. Paris, 1936, in-8°, Masson, p. 525-527. — A.-B. MARFAN, *Les affections des voies digestives et les états de dénutrition dans la première enfance.* Paris, 1930, in-8°, p. 687-711. — PÉHU et BERTOYE, Sur l'anaphylaxie lactée, *Le lait,* 1921, nos 7 et 8, p. 340 et 391. — R. MATHIEU, *Encyclopédie médico-chirurgicale.* Paris, 1930, in-4°, Section *Pédiatrie,* 4.047, p. 11-12. — E. WEILL, de Lyon, Traitement de l'intolérance du nourrisson pour le lait par l'injection sous-cutanée de lait, *La Presse médicale,* 18 octobre 1919, p. 601; L'intolérance pour le lait chez le nourrisson et son traitement par l'injection sous-cutanée de lait, *Le Monde médical,* 1er-15 juin 1921, p. 161.

150 grammes d'amandes douces sont mises dans de l'eau fraîche, où on les laisse tremper 24 heures. Elles sont ensuite pelées et passées au moulin, puis triturées au mortier pendant une demi-heure, par petites quantités, en leur ajoutant un litre d'eau. Le tout est passé dans une étamine et additionné d'un volume égal de petit-lait au calcia du même auteur, préparé en additionnant de 5 grammes de lactate calcique un litre de lait écrémé et chauffé. Dès que ce lait bout, il se coagule ; on passe au tamis et on obtient un liquide clair, le petit-lait ne contenant que 0,3 p. 100 de protéines.

Ce mélange (un litre de lait aux amandes + un litre de lait au calcia) est additionné de 30 grammes de crème de riz et de 50-100 grammes de sucre, puis porté à l'ébullition, ce qui provoque la précipitation en fins flocons du lait aux amandes. La teneur en calories de ce mélange correspond à 570-650 calories par litre.

Ce mélange lait aux amandes-petit-lait offrirait de grands avantages. Sa composition quantitative est analogue à celle du lait de femme. Il renferme, en plus, 1,5 p. 100 de farine. Il ne contient ni acide palmitique ni acide stéarique, mais seulement de l'acide oléique. Sa protéine, complète, est déjà liquéfiée dans l'estomac. Il ne donne, au cours de la digestion, *in vitro*, aucune albumose, mais seulement des produits de dégradation plus avancés : peptones, amino-acides.

Il peut être donné une semaine de suite. Pendant ce temps, les selles deviennent plus consistantes, perdent leur fétidité et acquièrent une réaction acide.

2° La BOUILLIE IMAGINÉE PAR M. R. HAMBURGER et qui renferme, dans des proportions convenables, tous les principes nécessaires : protides contenant les amino-acides indispensables, lipides, glucides (crème de riz, sucre), sels minéraux, vitamines. Les protides sont représentés par du foie de veau cuit et broyé au mortier, qui est censé contenir des amino-acides comparables à ceux du lait, qui est riche, également, en fer, en minéraux, en glucides, et qui renferme, de plus, les vitamines A, B et C.

M. Hamburger ajoute à cette bouillie, qu'il donne cinq fois par jour, le mélange de sels d'Osborne et Mendel (0 gr. 25 à 0 gr. 50 par litre), et en complète les effets en donnant, d'une part, du jus de fruits ou de légumes frais (10 à 30 gr.) et de l'huile de foie de morue (5 à 10 gr.), de l'autre, de 100 à 300 grammes par jour de soupe butyro-farineuse de Czerny.

Elle assurerait convenablement les besoins nutritifs de l'enfant, même tout jeune, et pourrait être continuée des mois.

Les auteurs qui se sont inspirés des recherches de Hamburger ont ajouté à sa bouillie, soit de la cervelle ou du ris de veau, soit du lait, soit des produits lactés (B. Epstein), soit du beurre ou de la chair à saucisse (Stolte).

On ne peut s'empêcher, avec M. Marfan, de faire, au sujet de ces produits, quelques remarques d'ordre général.

1° Les auteurs semblent « ignorer l'existence d'un aliment préparé par la nature pour le jeune enfant, et qui est le lait de femme » ;

2° Avant de recourir à des aliments de synthèse, ils pourraient s'adresser au lait de vache de bonne qualité, ou, mieux encore, à ses succédanés : babeurre, lait concentré, lait sec.

Ajoutons, avec M. R. Baize, que les régimes strictement sans lait sont incapables, quoiqu'en ait pensé Hamburger, à assurer la croissance, et qu'il faut les remplacer par d'autres qui contiennent une petite quantité de lait (10 p. 100), comme s'il existait dans ce produit un principe permettant seul un développement satisfaisant (Lereboullet, Ribadeau-Dumas). L'emploi des premiers doit donc être exceptionnel (Baize) : grande anaphylaxie au lait. Quant aux seconds, ils sont surtout indiqués dans l'eczéma et dans certaines dyspepsies : du lait de vache pur, des farineux.

Quelques auteurs (Guy Laroche, Ch. Richet fils et Fr. Saint-Girons, Ed. Weill) attribuent à l'intolérance pour le lait les accidents suivants : éruptions diverses (eczéma, érythème, prurigo, urticaire), certains cas de vomissements et de diarrhée, certains amaigrissements sans cause, certains accès d'asthme, et les traitent par la désensibilisation. Cette ingénieuse conception n'est pas acceptée par tous (Marfan). En tout cas, sa réalisation ne fait courir, aux petits malades, aucun danger sérieux.

§ III. — **Phénomènes d'intolérance pour divers aliments.** — Les *œufs* sont-ils mal tolérés, il n'y a qu'à les bannir du régime pour un certain temps, puis les réintroduire, dans l'alimentation, à doses infinitésimales, qu'on augmentera peu à peu (Schoffield). M. Lesné a obtenu un beau résultat en faisant prendre à sa petite malade de petites quantités d'œufs très cuits avec de la farine, puis du soufflé, enfin des œufs sur le plat bien cuits. Le Prof. Hutinel faisait observer à ses élèves que, dans des entremets compacts (gâteaux de riz, de semoule) les œufs passent mieux qu'à l'état naturel. Inutile d'ajouter qu'à cette méthode de désensibilisation doit s'associer l'emploi des médications anaphylactisantes.

On a signalé des accidents de même ordre après absorption de *farines*, de *certaines légumineuses :* flageolets, lentilles, etc. Pour les soigner, on commencera par supprimer du régime l'aliment incriminé ; puis on procédera à la désensibilisation de l'organisme au moyen des méthodes précédemment indiquées.

LIVRES NOUVEAUX

L'infection ourlienne expérimentale, par V. DE LAVERGNE, P. KISSEL, H. ACCOYER et H. CHAHIDI. Nancy, Georges Thomas, 1937.

L'histoire bactériologique des oreillons est surtout faite jusqu'ici d'espoirs prématurés et de déceptions.

Par une étude expérimentale devant la rigueur de laquelle la plus sévère critique ne peut que s'incliner, les auteurs ont pu, chez le lapin, constater que l'inoculation appropriée ou des passages successifs peut à volonté réaliser des lésions méningées et encéphaliques que leurs caractères ne permettent pas de confondre, cliniquement ni anatomiquement avec des réactions méningées d'autre espèce. De très intéressantes préparations histologiques confirment les conclusions de la clinique et du laboratoire.

Les oreillons peuvent être actuellement considérés comme une mésodermose neurotrope prédominante, où la prolifération hématogène périvasculaire prime les lésions des éléments nobles du névraxe. Il semble que l'agent en soit un virus filtrant d'affinité neurotrope inférieure à celle du virus de l'herpès.

L'ostéosynthèse au point de vue biologique (*Influence de la nature du métal. Etude expérimentale*), par G. MÉNÉGAUX, chirurgien des hôpitaux de Paris, et D. ODIETTE, assistant à l'Institut du cancer. Préface de J. VERNE. — Un volume de 176 pages avec 71 figures. 35 fr. — Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les auteurs ont été frappés par les incidents et les échecs imprévus auxquels donnent lieu de temps à autre les ostéosynthèses, quelque rigoureuses qu'aient été les indications et la technique opératoire, ainsi que les soins ultérieurs. Eliminant les facteurs actuellement bien connus, ils ont été amenés à penser que la nature du métal utilisé pouvait avoir une importance.

Ils ont étudié ce problème du point de vue cellulaire, en cherchant à mettre en présence les différents métaux expé-

rimentés et l'ostéoblaste lui-même considéré comme « primum movens » de toute consolidation osseuse.

Ils ont donc fait plusieurs séries d'expériences par la méthode des cultures de tissu. Ils ont voulu ensuite contrôler « in vivo » leurs résultats, pour répondre à l'objection possible que leurs recherches « in vitro » n'avaient pas de portée pratique.

Ces deux méthodes, en apparence si dissemblables, leur ont donné des résultats concordants.

Ce travail est divisé en quatre parties. La première est consacrée à quelques généralités. Dans la deuxième et la troisième partie, ils relatent successivement leurs expériences sur les cultures et leurs recherches de contrôle sur l'animal. La quatrième partie est réservée à l'étude critique des résultats.

NOTES POUR L'INTERNAT

PARALYSIES DIPHTÉRIQUES (1).

La *forme du nourrisson* complique assez souvent un simple coryza, à moins qu'il ne s'agisse d'une angine méconnue.

Les signes en sont très frustes, il peut y avoir une simple extinction du cri ou un peu de nasonnement.

La gravité en vient de la difficulté de la succion qu'elle entraîne, si bien qu'on est obligé de recourir au gavage.

Les paralysies précoces surviennent dans les formes graves et en cas de traitement trop tardif.

Il s'agit alors le plus souvent d'enfants profondément intoxiqués : pâles, abattus, encore fébriles.

Il existe souvent d'autres signes de gravité :

— Cou volumineux ;

— Tendance aux ecchymoses ;

— Hypotension, tachycardie ;

— Azotémie et quelquefois albuminurie.

Il faut craindre :

— L'extension des paralysies ;

— La survenance d'accidents graves, sur lesquels nous reviendrons.

Les paralysies généralisées. — Certains signes indiquant la sévérité de la paralysie doivent faire prévoir la généralisation. C'est l'atteinte :

a) *Du pharynx*, aggravant les troubles de la déglutition ;

b) *Du larynx*, portant : surtout sur les muscles constricteurs, le malade avale constamment de travers ;

Exceptionnellement sur les muscles dilatateurs, d'où tirage et cornage sans qu'il y ait laryngite.

Les paralysies se généralisent dans un ordre constant : paralysie du voile, paralysie oculaire, paralysie des membres inférieurs, exceptionnellement paralysies du membre supérieur, du cou, de la face et du tronc.

Les paralysies oculaires portent :

Surtout sur la musculature interne.

C'est une paralysie de l'accommodation, à début souvent brusque ; le malade ne peut voir de près et devient presbyte.

Il y a atteinte exclusive du muscle ciliaire et le sphincter pupillaire reste intact.

Le *réflexe pupillaire* à la lumière est intact ;

Celui à l'accommodation pourrait être parfois aboli pour certains, est normal pour d'autres.

Rarement il peut y avoir :

Paralysie du VIe, d'où strabisme interne ;

Paralysie du IIIe, absolument exceptionnelle, d'où ptosis et strabisme externe.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des Hôp.*, n° 62, du 4 août 1937.

En tout cas, le nerf optique n'est jamais atteint et les cas d'amaurose signalés étaient dus à une rétinite albuminurique.

La durée des paralysies oculaires est à peu près la même que celle des paralysies du voile, de une à trois semaines environ.

Les paralysies des membres inférieurs sont moins fréquentes, plus tardives.

Ces sont des paralysies flasques, avec abolition des réflexes.

Parfois il s'agit de *parésie légère*, avec station debout difficile, mouvements au lit normaux, réflexes diminués ou abolis.

D'autres fois, la *paralysie est plus marquée :*

— La marche est incoordonnée, incertaine, maladroite, titubante ;

— La station debout est difficile, le signe de Romberg est ébauché ;

— Les troubles sensitifs sont :

Subjectifs : fourmillements, engourdissements ;

Objectifs : portant bien peu sur la sensibilité superficielle (il existe seulement parfois un peu d'hypothermie de la plante du pied et de la face externe de la jambe),

Surtout sur la sensibilité profonde, avec perte de la notion de position, du sens stéréognostique, ce qui explique l'allure incoordonnée de la démarche.

— Les réflexes sont abolis au membre inférieur ; il n'y a pas de Babinski, pas de trouble trophique, peu de troubles électriques.

L'aspect réalise donc parfois celui d'un pseudo-tabès sans signe d'Argyll-Robertson.

Quant au *liquide céphalo-rachidien*, quand il a été examiné, il était le plus souvent normal.

Parfois il existait une lymphocytose légère, une hyperalbuminose avec dissociation albumino-cytologique, une hyperglycorrachie.

Evolution. — Le plus souvent, les paralysies s'arrêtent à ce stade.

Elles portent d'abord sur les extrémités.

Elles régressent d'abord à la racine des membres.

Les extenseurs retrouvent leur force avant les fléchisseurs.

A moins d'atteinte plus grave associée, la guérison peut être tardive, mais elle est constante.

Elle survient le plus souvent en cinq à six semaines.

Paralysies des membres supérieurs. — Elles sont beaucoup plus rares, elles peuvent être généralisées ; elles atteignent le plus souvent les mains et les doigts et peuvent entraîner une maladresse considérable, si bien qu'on est obligé d'alimenter le malade.

Autres paralysies. — Elles peuvent porter sur :

Les muscles du cou : d'où tête ballante ;

Les muscles de la face : paralysie faciale ;

Les muscles du tronc : le petit malade ne peut s'asseoir ;

Les muscles intercostaux :

Le diaphragme : déterminant une dyspnée considérable, une respiration uniquement costale avec dépression inspiratoire de l'hypogastre et des hypocondres.

Enfin, on a cité des cas de :

Paralysies intestinales,

Paralysies vésicales,

Paralysies ascendantes à type de syndrome de Landry,

D'hémiplégie liée en réalité à une embolie cérébrale.

(*A suivre.*) J. FERROIR.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N[os] 65-66. — 14-18 AOUT 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Facultés de province. — *Alger.* — M. Poujot, ancien professeur, est nommé professeur honoraire de la Faculté de médecine d'Alger.

Lille. — MM. Bué, Potel et Le Fort, anciens professeurs, sont nommés professeurs honoraires de la Faculté de médecine de Lille.

Lyon. — MM. Nicolas, Nové-Josserand, Paviot et Vilard, anciens professeurs, sont nommés professeurs honoraires de la Faculté de médecine de Lyon.

Montpellier. — M. Pavillard, ancien professeur, est nommé professeur honoraire de la Faculté de Montpellier.

Toulouse. — MM. Bardier, Rispal, Sorel, anciens professeurs, sont nommés professeurs honoraires de la Faculté de médecine de Toulouse.

Légion d'honneur. — GRANDE CHANCELLERIE. — *Chevalier :* MM. les docteurs Behr, médecin honoraire des Chemins de fer de l'Etat ; Dubarry, ancien interne des hôpitaux de Paris.

PENSIONS. — *Officier :* M. le docteur Ponroy, médecin chef du service maxillo-facial au ministère des Pensions.

Chevalier : M. le docteur René Targowla, médecin surexpert près le tribunal des pensions de la Seine.

COMMERCE. — *Commandeur :* M. Deschiens, fabricant de produits pharmaceutiques.

Ministère de la Santé publique. — M. le docteur Thomson, médecin adjoint au sanatorium de Plougonven (Finistère), a été nommé médecin directeur du sanatorium de la Meynardie (Dordogne).

M. le docteur Lecocq a été nommé médecin adjoint des sanatoriums publics et affecté au sanatorium des Tilleroyes, près Besançon (Doubs).

Hôpital et Dispensaire français de Londres. — Une vacance de médecin-résident à cet hôpital se produira le 1er octobre 1937.

Les nominations sont faites par concours sur titres. Les principales conditions à remplir sont les suivantes : être âgé de moins de 30 ans, docteur en médecine, célibataire, parler français, signer un engagement d'au moins un an.

Les fonctions sont à peu près celles des internes des hôpitaux français. Traitement en espèces (100 livres sterling par an), logement, éclairage, nourriture. Il y a deux (ou trois) médecins-résidents prenant la garde à tour de rôle.

Pour tous renseignements, écrire au docteur Robert Pierret, 95, avenue Kléber, Paris.

1re Semaine médicale internationale de Salsomaggiore. — Du 29 août au 5 septembre aura lieu, sous la présidence du sénateur professeur Nicola Pende (de Rome), une réunion médicale où l'on entendra des conférences de MM. P. Delore (de Lyon), N. Pende (de Rome), Temesvary Miklos (de Budapest), Cawadias (de Londres), Acconci (de Gênes), Vignes (de Paris), Théodor Brugsch (de Berlin), Seitz (de Francfort), Alferi (de Milan), Aschner (de Vienne), Martiny (de Paris), Cova (de Turin), Daniel (de Bucarest), Gaifami (de Rome).

Un programme de fêtes, de réceptions et d'excursions est prévu autour du programme scientifique.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat général : Regie Terme Berzieri à Salsomaggiore (Italie).

COURS ET CONFÉRENCES

Faculté de médecine de Paris. — *Cours sur l'art d'explorer les urinaires*, par le professeur Maurice CHEVASSU, chirurgien de l'hôpital Cochin, avec la collaboration de MM. GAUTIER, LAZARD et MORET, assistants du service, du lundi 30 août au mardi 7 septembre.

Le cours aura lieu tous les matins, à 10 heures, au pavillon Albarran, Hôpital Cochin.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES DROITS DE LA MÉDECINE DIMINUÉS : PAR LE PROJET POMARET, PAR LA CIRCULAIRE JEAN ZAY.

A. *Le projet Pomaret :*

Alors que notre campagne de 1936 semblait avoir eu raison de ce projet que la presse quotidienne nous avait aidés à combattre, le danger n'est pas écarté. Si le docteur Herpin, qui avait réussi à rallier les divers représentants des professions libérales, avait été mieux écouté, M. Pomaret eût été définitivement battu. Les membres du Conseil de l'ordre des avocats de Paris ont sous-estimé l'appel de la *Fédération des Syndicats médicaux de la Seine* et du docteur Herpin : ils ont commis une erreur. Comme beaucoup de médecins, ils n'ont pas voulu comprendre que la retraite envisagée leur enlèverait tous les droits conférés par leur diplôme. *Avocats et médecins retraités* ne seront plus ni avocats, ni médecins : qu'on ne l'oublie pas.

D'une réunion importante qui a eu lieu récemment au *Musée Social*, rue Las-Cases, il ressort que M. le député Pomaret aurait l'intention de demander au Parlement l'institution d'une retraite pour les membres des professions libérales avec interdiction du droit d'exercer pour ceux qui accepteraient la mise à la retraite.

Les versements seraient contrôlés par l'Etat. Si donc un médecin n'acceptait pas à 65 ans de prendre sa retraite, il aurait versé 35 ou 40 annuités en pure perte. Aussi l'*Association Corporative des étudiants en médecine de Paris* est plus que jamais opposée d'une façon absolue à la constitution d'une retraite qui équivaudrait à la fonctionnarisation de la médecine, néfaste pour les malades, dangereuse pour la médecine : le S.M.S. a manifesté le 21-7-37 la même opinion.

B. *La circulaire Jean Zay :*

Par cette circulaire, en date du 31 mai 1937, adressée aux recteurs, le ministre de l'Education nationale organise l'expérience des classes d'orientation et fait la déclaration liminaire suivante : *L'arrêté du 22-5-1937 prescrit l'organisation d'expérience de classes d'orientation pendant l'année scolaire 1937-38. Il importe que, dès maintenant, ces expériences soient préparées.* Puis suivent les détails des programmes, des heures de travail, des périodes et heures de loisirs, des renseignements à donner aux familles et toute une série de précisions pédagogiques. Mais ce contre quoi les médecins se doivent de protester, c'est contre le passage en vertu duquel sont créées les *fiches individuelles* et qui est le suivant : « Des instructions préci« seront comment devra être tenue à jour pour chaque « élève une fiche d'observation et d'orientation. Cette fi« che comprendra : UNE PARTIE MÉDICALE, des renseigne« ments sur les antécédents scolaires ; les résultats des ob« servations faites par les maîtres au cours des divers exer« cices scolaires, y compris l'éducation physique et les loi« sirs. Ces fiches serviront dans chaque centre à donner « des conseils aux familles ; elles seront centralisées en« suite et leur étude statistique permettra d'établir les con« clusions générales des expériences. »

Ainsi donc, comme je l'ai annoncé depuis plusieurs années dans divers groupements médicaux de Paris, le *secret médical professionnel* est d'ores et déjà *violé* pour être communiqué aux professeurs des classes d'orientation ; ceux-ci auront désormais sur leur chaire, à côté du nom de leurs élèves, les notions intéressant la santé de ceux-ci et leurs tares originelles révélant toutes les tares familiales.

Ces professeurs — qui ne seront pas médecins — déduiront de ces notions des conclusions fausses, car ils n'en comprendront pas la portée. Qui en effet peut dire qu'un hérédo-syphilitique sera un incapable, et un tuberculeux un *raté* ? Nul n'a le droit d'éliminer un enfant parce qu'il aura fait une méningite.

En présence de ces faits de la plus haute gravité, le corps médical doit réagir avec la plus vigoureuse énergie.

C'est une question d'indépendance et de dignité.

MAURICE MORDAGNE.

A PROPOS DU CONGRÈS DES ANCIENS ÉLÈVES DES LYCÉES ET COLLÈGES

Nous rappelons que parmi les orateurs, le docteur Chicaudard, secrétaire général du Congrès, chirurgien à Paris, ancien interne à Saint-Joseph, a fait un exposé très complet de la question de l'orientation professionnelle scolaire qu'il a qualifiée de méthode réactionnaire.

MAURICE MORDAGNE.

CONTRE LA PAPERASSERIE

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine communique :

« La grève administrative, que font les médecins pour protester contre l'article 19 du décret-loi réglant le nouveau fonctionnement de l'assistance médicale gratuite en faveur des assurés sociaux indigents, prend de jour en jour une extension considérable.

Seine-et-Oise (1) s'est jointe au Syndicat des médecins de la banlieue est et sud, et il est question de mouvement, dans le même sens, de la part d'autres départements.

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine croit nécessaire de dire qu'elle reconnaît la légitimité de cette protestation, qu'elle l'approuve, et qu'elle se solidarise avec les syndicats médicaux d'où elle est partie. »

(1) Voir *Gaz. Hôp*, 1937, n° 64, p. 1018.

REVUE GENERALE

LA PRIMO-INFECTION TUBERCULEUSE CHEZ L'ADULTE

Par le docteur G. VÂJA (de Bucarest)

D'après la conception actuelle, l'évolution de la tuberculose, maladie chronique, se divise en deux grandes étapes : la tuberculose de primo-infection et la tuberculose de réinfection. Entre les deux, L. Bernard admet une troisième période. On sait que cette classification tire son origine des travaux de Küss, Parrot, Ghéon et on connaît les faits sur lesquels elle est basée.

Les sujets, qui n'ont jamais été exposés à la contagion tuberculeuse, sont aptes à s'infecter dès qu'ils viennent en contact avec une source d'infection. Une fois introduits dans l'organisme, les bacilles sont fixés et produisent une lésion locale avec retentissement dans les ganglions lymphatiques régionaux. Ils donnent ainsi ce qu'on a dénommé un complexe primaire, qui est ganglio-pulmonaire dans la plupart des cas. C'est la primo-infection tuberculeuse. La gravité de ces formes varie depuis les cas mortels jusqu'aux cas dans lesquels la santé du sujet n'est pas du tout atteinte. Dans ces derniers cas, la lésion est très petite et cicatrisée, mais sans que les bacilles soient détruits; c'est la tuberculose infection. Les bacilles continuent à végéter à l'intérieur des lésions, qui sont parfois même calcifiées. Ils restent des antigènes et leur présance est décelée par la positivité des réactions tuberculiniques.

La présence de ces bacilles dans l'organisme confère au sujet, devenu allergique, une résistance plus ou moins forte envers une nouvelle invasion des bacilles. On admet aujourd'hui que la plupart des cas de tuberculose chez l'adulte trouvent leur origine dans ces séquelles de la primo-infection. La résistance de l'organisme diminue et les bacilles peuvent se développer sur place et même se répandre dans l'organisme entier. C'est la deuxième étape, la tuberculose de réinfection ou surinfection endogène. On sait que la réinfection exogène est très rarement rencontrée et toujours dans des conditions spéciales : il faut une réinfection massive, un contact intime, prolongé, avec un tuberculeux arrivé à la dernière phase de la maladie, quand les prescriptions hygiéniques ne sont plus respectées. C'est ce qui arrive surtout quand un des conjoints est tuberculeux. Les recherches d'Ameuille et Mlle Simon mènent à cette conclusion.

Entre ces deux étapes, nous avons dit, L. Bernard admet l'existence d'une phase intercalaire. A peu près dans 25 % de cas, cet auteur a trouvé que la phase de primo-infection était reliée à celle de réinfection par une période caractérisée par une atteinte discrète des lymphatiques pulmonaires et traduite radiologiquement par ce qu'il a appelé les états-séquelles.

On sait que l'état allergique des sujets tuberculisés se reconnaît par la positivité des réactions à la tuberculine. Ces réactions deviennent positives après un intervalle, qui s'étend entre 15 jours et 3 mois, après la contamination. Cette période a été dénommée par Debré, la période ante-allergique.

La cuti-réaction à la tuberculine, le procédé le plus simple du dépistage de l'infection tuberculeuse, a été découverte par von Pirquet en 1907. Dès que cette épreuve a été considérée spécifique, on a commencé à la pratiquer chez un grand nombre d'individus, surtout chez des enfants, et dans plusieurs centres et pays. A la suite de ces recherches, on est arrivé à la conception de l'universalité de l'infection tuberculeuse. Les statistiques établies ont montré que les individus, vivant dans de grandes agglomérations, arrivent à l'âge adulte tuberculisés presque à 100 %.

Ainsi la statistique de Hamburger et Monti montre qu'à Vienne les enfants âgés de 11 à 14 ans sont infectés par le bacille de Koch dans une proportion de 94 %. A Prague, Ganghofner a trouvé seulement 70 % et à Paris, Mantoux et Lemaire pratiquant l'intradermoréaction l'a trouvée positive dans 84 % des cas à l'âge de 15 ans. Avec de petites variations, le même pourcentage a été trouvé par Hutinel et Lemaire, Calmette, Lesné. Pratiquées chez les adultes, les réactions à la tuberculine ont été trouvées positives chez 95 à 99 % des sujets.

Les recherches anatomo-pathologiques portaient à la même conclusion que tous les sujets des pays civilisés et surtout les citadins arrivent tuberculisés à l'âge adulte. Ainsi, Naegeli, en 1900, avait établi qu'à l'autopsie on trouve des lésions tuberculeuses, cicatrisées ou non, chez 97 % des adultes morts à Zürich. Hamburger et Sluka, chez des enfants de 11 à 14 ans, ont trouvé à la nécropsie des lésions bacillaires dans une proportion de 70 %. Küss, chez des enfants de 2 à 4 ans, avait trouvé la tuberculose chez 50 %.

Ces recherches, qui tendaient à démontrer une tuberculisation presque totale des adultes vivant dans des agglomérations urbaines, n'ont pas été confirmées par tous les auteurs. Ainsi, Schlesinger, faisant des vérifications anatomiques chez 1.800 vieilles gens à l'Hôpital général de Vienne, n'a trouvé de lésions tuberculeuses que chez 500. De même Trouvé, dans un travail fait à l'hôpital Boucicaut sous l'inspiration de Letulle pour contrôler les affirmations de Naegeli, a trouvé des lésions tuberculeuses seulement chez 70 % des cas.

A la suite de ces recherches, on est arrivé à la conception désormais classique de la tuberculisation pendant l'enfance et on a établi comme dogme que les réactions tuberculiniques n'ont aucun intérêt pratique en dehors de la recherche de cette infection chez les nouveau-nés et les enfants. C'est pour cette raison qu'elles n'ont plus été pratiquées chez l'adulte jusque dans ces dernières années.

La primo-infection tuberculeuse a été définitivement considérée comme une maladie de l'enfance, la tuberculisation primitive de l'adulte étant très rarement rencontrée et seulement sous la forme de cas mortels, survenus chez les individus transplantés depuis peu de temps en milieu urbain et menant une vie de misère.

Après la guerre, des recherches disparates ont été reprises, d'abord en Amérique et dans les pays scandinaves et pratiquées dans les collectivités : dans l'armée, dans les universités, chez des infirmières d'hôpital. Tous les résultats obtenus ont été en contradiction avec les données classiquement admises.

Ainsi, à l'Université de Minnesota, H. D. Lees et S. A. Myers ont trouvé les réactions à la tuberculine positives chez 35,2 % des étudiants âgés de 20 ans. Les pourcentages sont plus élevés à l'Université Yale où Soper et Wilson ont trouvé 59,7 % des réactions positives et aboutissent à un maximum de 84,8 % à l'Université de Pensylvanie. Il est vrai qu'une partie de ces étudiants tirent leur origine des villages isolés des Etats-Unis ; mais ils ont dû passer dans les agglomérations urbaines au moins les dernières années de l'école.

A Stockholm, Arborelius après avoir examiné 3.288 recrues, a trouvé la réaction de Mantoux positive dans 75,3 % des cas. A l'hôpital d'Ullevaal de Oslo, Heimbeck, examinant les infirmières, a trouvé la cuti-réaction positive chez 65 % d'elles après l'âge de 20 ans.

En France, Phélebon, examinant les paysans, a trouvé un pourcentage de réactions positives extrêmement petit. Jusqu'à 18 ans, il était de 7,29 % pour arriver à 42,79 % à 20 ans et à 61,65 % après 25 ans. C'est ce qui fait que l'auteur exprime son « impression que la primo-infection tuberculeuse à la campagne est plutôt une maladie de l'adulte jeune que de l'enfant ».

A ces arguments d'ordre tuberculiniques sont venus se rallier une série de faits d'ordre anatomo-cliniques. Pendant la guerre, Borrel a étudié la tuberculose chez les troupes noires qui venaient pour la première fois en France. A leur débarquement, ces derniers avaient la réaction de Pirquet positive dans 4 à 5 % des cas ; ils ont fait tous des formes graves de primo-infection tuberculeuse, rapidement mortelles.

Ces faits n'ont pas attiré l'attention, car on savait que la tuberculose prend toujours une allure rapide et grave chez les individus appartenant aux races primitives. Mais ensuite sont venues l'une après l'autre les observations de Cain et Hillemand, de Lemierre, L. Kindberg et Et. Bernard, et puis de Sergent, Cottenot et Durand, de L. Bernard, Salomon et Lelong qui relataient des cas mortels de tuberculose, dont les lésions étaient caractéristiques pour la primo-infection avec de gros ganglions hilaires caséeux. Dès 1921, Ameuille avait attiré l'attention sur le fait qu'on « voit parfois, chez l'adulte, des tuberculoses ganglionnaires trachéo-bronchiques volumineuses et caséeuses du type infantile ». Cet auteur pense que dans ces cas « il s'agit de réactions spéciales aux tuberculoses de primo-infection se développant sur un terrain vierge de toute atteinte tuberculeuse ».

Tous les cas relatés plus haut concernent des individus arrivés depuis quelque temps à Paris, après avoir quitté la campagne. D'ailleurs Sergent et Mme Gouin ont montré que, parmi les malades tuberculeux internés dans les hôpitaux de Paris, on rencontre un grand nombre de provinciaux transplantés et que la maladie survient en général au cours des deux premières années qui suivent leur arrivée dans la capitale.

Ces résultats corroborés avec les données tuberculiniques ont fait que les phtisiologues et hygiénistes doutent de la conception classique de la tuberculisation totale des adultes de nos contrées. D'ailleurs Rist, depuis 1928, soutenait que la conception classique n'est valable que pour cette partie de la population qui vient consulter à l'hôpital et en général pour ceux qui ont des tuberculeux dans leur entourage.

On voit donc qu'en dehors des cas graves qui arrivent à la vérification anatomique toute l'étude de la primo-infection tuberculeuse de l'adulte est basée sur les réactions allergiques et surtout les réactions tuberculiniques.

Parmi celles-ci, la première découverte et la plus facile à pratiquer est la cuti-réaction de von Pirquet. La technique est bien connue : à la région postérieure du bras ou à la région deltoïdienne on fait à 5 cm. de distance deux petites scarifications très superficielles qui ne doivent pas saigner. Sur l'une d'elles, on met une goutte de tuberculine brute et puis on laisse sécher pendant une dizaine de minutes ; la deuxième est gardée comme témoin. La lecture de la réaction se fait après 24 à 72 heures, mais on doit toujours penser aux réactions accélérées. La réaction de von Pirquet présente quelques inconvénients par le fait que la dose de tuberculine absorbée n'est pas connue, par la variation de la technique suivant les auteurs et par la difficulté d'apprécier la positivité de la réaction. Von Pirquet demandait que la papule ait au moins 5 mm. de diamètre, tandis que d'autres auteurs se contentent d'une papule de 2 mm. pour affirmer la positivité.

La technique de l'intradermo-réaction a été précisée dès le début par Mantoux ; elle permet l'introduction dans le derme d'une dilution quelconque de tuberculine. La réaction de Mantoux est plus sensible que la cuti-réaction. Il y a pourtant des auteurs, comme Ustvedt, qui admettent que l'intradermo-réaction est plus sensible à condition d'introduire dans le derme 0,1 mmgr à 1 mmgr de tuberculine tandis qu'à la dose de 0,001 à 0,01 mmgr la cuti-réaction décèle un nombre plus grand de cas de tuberculisation. La réaction de Mantoux présente encore l'inconvénient de nécessiter des dilutions toujours fraîches de tuberculine. Elle peut aussi produire des troubles subjectifs locaux et parfois même focaux et généraux chez des individus tuberculeux. Ainsi, une intradermo-réaction, faite peu de temps après la disparition d'un érythème noueux, peut provoquer la réapparition de l'éruption.

La valeur de ces réactions est basée sur la spécificité de la tuberculine. Celle-ci n'est pas rigoureusement spécifique, car elle n'est absolument pure qu'à condition d'être préparée avec un milieu sans albumines, toutefois au point de vue pratique elle a une spécificité suffisante. Les recherches de Troisier et Monnerot-Dumaine ont montré que des réactions à la tuberculine préparée avec le milieu de Sauton faites en même temps qu'avec de la tuberculine habituelle diffèrent seulement par leur intensité.

En ce qui concerne les facteurs non spécifiques qui peuvent modifier l'intensité de la réaction, Gernez, seul, et avec Marchandise, ont trouvé la réaction plus intense du côté paralysé chez les anciens hémiplégiques et même en cas de stase veineuse. L'influence des troubles vaso-moteurs a été mise en évidence par Even et Gautrelet, et par Duine dans leurs recherches avec l'histamine. Frommel, Sierro et Bachmann avaient trouvé un parallélisme entre l'anergie cutanée et la rapidité de résorption de la bulle d'œdème provoquée par l'épreuve d'Aldrich et de Mac Clure, mais les recherches de contrôle de Troisier, Bariéty et Nico n'ont pas été confirmatives. L'hyperthermie provoquée produirait l'anergie de même que l'exposition aux rayons ultra-violets par modification de la propriété de réaction des téguments.

Comme causes d'erreur on peut citer la recherche des réactions tuberculiniques pendant la période ante-allergique ou alors qu'un facteur anergisant agit sur l'organisme. Pour écarter ces causes d'erreur, les réactions doivent être répétées lorsqu'elles sont négatives.

D'ailleurs, même sans l'influence de tout facteur anergisant, la répétition de la réaction de von Pirquet fait que 2 à 3 % des cuti-réactions négatives à une première épreuve sont positives à une deuxième ; l'explication réside dans la sensibilisation de l'organisme.

En ce qui concerne la signification des réactions tuberculiniques, Calmette pensait que « celles-ci ne sont positives que chez les sujets chez lesquels le bacille tuberculeux, adapté à la vie symbiotique avec la cellule lymphatique qui l'a englobé, a créé un follicule. L'allergie n'est pas une manifestation de l'immunité. Elle est exclusivement — et son rôle comme tel est extrêmement précieux — le signe avertisseur d'une infection tuberculeuse ».

Divers auteurs ont commencé une étude systématique de la primo-infection tuberculeuse, basée sur le virage des réactions tuberculiniques répétées chez les sujets non allergiques. On a commencé à faire, surtout dans les collectivités, d'une manière systématique, des cuti- ou des intradermo-réactions à la tuberculine. Les meilleurs résultats ont été donnés par les recherches faites chez les étudiants en médecine et les infirmières, car ceux-ci représentent les sujets qui, par leur métier, sont les plus exposés à la contagion.

Pour montrer que l'index de tuberculisation est loin de ce qu'on pensait auparavant, nous allons reproduire quelques résultats des statistiques faites en plusieurs pays.

Bour, chez 111 étudiants en théologie âgés de 17 à 33 ans, a trouvé une réaction négative chez 27 %.

Le même auteur, étudiant 170 malades des services de chirurgie, âgés de 15 à 71 ans, tous Parisiens depuis longtemps et qui appartenaient à un milieu de travailleurs, a trouvé 16,5 % de réactions négatives.

Vaucher, Strauss et Schneegans, de 232 cuti-réactions faites aux étudiants de l'Université de Strasbourg, ont trouvé 30 % de négatives à la première épreuve. Après la deuxième épreuve sont restées encore 25 % de négatives.

Sergent et Kourilsky, chez 84 étudiants de la Clinique propédeutique, ont trouvé 19 % de réactions négatives.

Troisier, Bariéty et Nico parmi 132 soldats ont trouvé que 25 % réactionnaient négativement.

Debénédetti et Forêt étudiant 845 jeunes adultes, entre 21 et 25 ans, ont trouvé que 42,37 % répondaient négativement à la cuti-réaction. En rapport avec le milieu de provenance on trouve un pourcentage plus grand de négatives chez les paysans.

Heimbeck chez les étudiants en médecine de Oslo a trouvé 44 % de réactions négatives. Chez les infirmières il avait trouvé une négativité de 35 %.

Scheel chez des étudiants en médecine a trouvé que seulement la moitié réactionnaient positivement à la tuberculine.

En Roumanie, on a étudié le problème surtout chez des soldats. La négativité a varié, suivant les localités, de 32 à 54 %.

Popper et Aubert, pratiquant la réaction de Mantoux chez les élèves infirmières de l'Institut Regina-Maria, ont trouvé que 25 % répondaient négativement (1).

On voit combien nous sommes loin de l'ancienne conception classique, d'après laquelle les adultes sont tuberculisés dans 97 à 99 % des cas. Toutes les statistiques établies comparativement suivant le milieu d'où proviennent les sujets éprouvés, mènent à la même conclusion que le pourcentage de réactions positives monte avec l'agglomération. Au point de vue des conditions de la vie, le milieu prend aussi une grande importance, car chez les gens pauvres l'index de tuberculisation est plus grand que dans la classe aisée. Ainsi Paraf, chez des enfants âgés de 3 à 16 ans, appartenant à la classe aisée, a trouvé 88 % de cuti-réactions négatives, tandis que chez des enfants du même âge mais du milieu indigent la proportion de réactions négatives est de 62 %.

Ces différences énormes, si on pense au pourcentage de 6 % de réactions négatives trouvées au même âge par Hamburger et Monti, sont dues à deux facteurs principaux :

a) Les recherches faites à ce moment-là étaient restreintes aux sujets qui venaient consulter aux dispensaires, or ceux-ci appartenaient au milieu indigent. C'était une clientèle d'hôpital où les enfants venaient de bonne heure en contact avec des tuberculeux contagieux.

b) La lutte antituberculeuse est aussi influencée par le dépistage plus précoce et par l'isolement des malades bacillifères, qui ne peuvent plus contaminer les enfants. Ceux-ci sont aussi parfois isolés si à la maison ils doivent rester en contact avec des parents contagieux.

Le problème de la primo-infection tuberculeuse de l'adulte a été bien étudié en France par Troisier, Bariéty et Nico et par Courcoux, Alibert, Bour. Ces der-

(1) Nos propres recherches, faites depuis la rédaction de cet article, sur 800 recrues et 1.800 élèves de lycée nous ont conduit aux résultats suivants. Chez les élèves âgés de 11 à 18 ans, nous avons trouvé une proportion de 44 % de réactions de Mantoux négatives. Les recrues, dont la plupart étaient des paysans, ont donné une négativité tuberculique dans 47 % des cas.

niers ont suivi régulièrement par des cuti-réactions répétées une série d'étudiants en médecine et d'infirmières. Dans les pays scandinaves cette étude a été faite spécialement par Arborelius, Heimbeck et Scheel. Dans ces derniers pays, l'étude, faite sur un nombre plus grand des cas, a montré que la presque totalité des sujets non allergiques a fait la primo-infection tuberculeuse après un intervalle variable de temps.

Heimbeck a montré que le pourcentage d'allergiques chez les étudiants en médecine passe de 56 % au début des études à 98 % à la fin.

Scheel, aussi chez les étudiants en médecine, a trouvé que la positivité des réactions tuberculiniques de 51 % avant les études monte à 81 % à la fin de la deuxième année. Chez les élèves infirmières, après 3 ans de stage à l'hôpital, le pourcentage passe de 50 % à 100 %. Dans le reste de la population la proportion de réactions positives s'élève beaucoup moins vite.

Courcoux et Alibert ont montré que de 45 sujets (étudiants en médecine et élèves infirmières) non allergiques au début de l'étude, 34 ont été contaminés pendant le stage à l'hôpital. Le point distinctif entre eux a été le fait que les étudiants ont été tous contaminés au cours de la première année tandis que les infirmières ont subi une contamination plus tardive. Les auteurs trouvent l'explication dans le fait que les étudiants font un travail plus fatigant et que leurs conditions d'existence sont plus dures que celles des infirmières, et dans celui que les élèves infirmières ne passent dans les services de tuberculeux qu'au cours de la deuxième année. Le premier fait expliquerait aussi pourquoi les étudiants font en général des formes plus graves que les infirmières.

Les formes cliniques que revêt la primo-infection tuberculeuse chez l'adulte sont très variées.

Une partie de ces malades font des formes aiguës mortelles : pneumonie caséeuse, broncho-pneumonie, granulie, méningite. Celles-ci sont analogues aux formes de primo-infection tuberculeuse ; ce sont en général des formes cliniques sur lesquelles aucune intervention n'amène un résultat satisfaisant.

Du point de vue pratique, les formes curables de la primo-infection — les plus souvent rencontrées d'ailleurs — sont beaucoup plus importantes.

Troisier, Bariéty et Nico ont spécialement étudié la forme qui prend l'allure d'une typho-bacillose de Landouzy. Celle-ci peut se présenter sous la forme d'un syndrome pur ou associé avec un érythème noueux. La symptomatologie clinique de la typho-bacillose est semblable à celle de la fièvre typhoïde. On la distingue de cette dernière par l'absence de l'état de typhos, la conservation de l'intelligence, le bon état du tube digestif et l'absence des taches rosées. Pendant la convalescence, la température ne descend jamais à la normale ou même au-dessous dès le début. Mais on doit toujours recourir au laboratoire, qui aura le dernier mot, car à côté des formes typiques on rencontre toujours des formes soit malignes soit légères.

La seule chose qui est commune à toutes ces formes, c'est qu'elles se rencontrent chez des jeunes gens, et qu'ils étaient non allergiques auparavant. La typho-bacillose se rencontre au moment de l'établissement de l'allergie ou au cours de la réinfection si l'allergie subit une brusque croissance. Elle représente le type de la fièvre de tuberculisation.

Au point de vue pathogénique, elle est due à une septicémie bacillaire (divers auteurs ont isolé des bacilles tuberculeux du sang des malades). On trouve souvent aussi des ombres radiologiques qui traduisent une adénopathie trachéo-bronchique (L. Bernard, Poix et Thoyer).

Troisier et de Sanctis Monaldi ont reproduit expérimentalement ce syndrome chez des singes non allergiques par une injection intra-veineuse de 0,02 gr. de B.C.G. Les mêmes auteurs avec Boquien ont injecté, par la même voie, 3,5 ctg. de B.C.G., chez un jeune homme de 19 ans, pour le préserver d'une contamination, à laquelle il était exposé dans le milieu où il vivait. Ils ont produit un syndrome du type typho-bacillose. Le syndrome réalisé par cette voie est toujours bénin.

Le deuxième type clinique isolé est celui d'érythème noueux qu'on peut rencontrer seul ou associé à la typho-bacillose. On connaît la vive discussion à laquelle a donné naissance la recherche de l'origine — tuberculeuse ou non — de l'érythème noueux. Aujourd'hui la plupart des auteurs admettent que l'érythème noueux est un syndrome dû à des causes multiples. Gougerot, dans une récente monographie, soutient que « le lien qui relie ces causes est ce terrain spécial : la réaction de défense par sensibilisation ». Gougerot admet, comme la plupart des auteurs, que l'origine tuberculeuse est la plus fréquente. Pour Wallgren, ce syndrome est rencontré au moment où l'organisme passe de l'anergie à l'allergie ou lorsque la sensibilité à la tuberculine subit une brusque croissance. Presque toujours, suivant Ernberg et Wallgren, la radiographie thoracique montre des ombres anormales. Le pronostic est généralement bon.

La pleurésie est la troisième forme sous laquelle se manifeste la primo-infection tuberculeuse de l'adulte. C'est une des manifestations le plus fréquemment rencontrées. La réalité de l'existence de la pleurésie exsudative, parmi les formes cliniques de la primo-infection, est démontrée par le fait que 3 des étudiants suivis par Courcoux ont fait une pleurésie très peu de temps après le virage de la cuti-réaction.

Scheel l'a rencontrée chez 11 malades parmi les 207 étudiants non allergiques qu'il a étudiés. Heimbeck, parmi les 56 cas de primo-infection, a trouvé la pleurésie chez 12 d'entre eux, à la même proportion que l'érythème noueux. Debénédetti l'a rencontrée 2 fois chez 43 soldats dont la cuti-réaction était devenue positive.

Assez souvent l'exsudat pleurétique ne fait que masquer une lésion pulmonaire située au-dessous. Ces lésions pulmonaires, qui caractérisent une autre forme de la tuberculose primitive, peuvent être rencontrées seules sans l'association d'un exsudat. Elles prennent soit le type infantile : ombres péri-hilaires ganglio-pulmonaires, ombres homogènes de spléno-pneumonie, ombres parenchymateuses reliées ou non au hile, etc., soit le type de lésions tuberculeuses banales de réinfection. Cliniquement ces formes se traduisent

parfois par des phénomènes généraux et fonctionnels.

En ce qui concerne le pronostic, il est fonction du repos immédiat, absolu et prolongé que le malade entend s'imposer. A ce point de vue sont caractéristiques les deux observations de Courcoux. Deux élèves infirmières ont fait des formes pulmonaires de primo-infection, mais la seule qui a guéri a été celle dont l'état général était médiocre à la contamination. L'autre, ayant un bon état général apparent, ne s'est pas soignée et son état a été aggravé.

Une autre forme, sous laquelle se manifeste la tuberculose primitive de l'adulte, est celle de réaction générale légère. Le symptôme le plus important est la fièvre accompagnée parfois d'une légère asthénie et qui va jusqu'au syndrome grippal. D'autres fois ce sont de légers troubles digestifs, une céphalée qui attirent l'attention. Radiologiquement, ils ne se traduisent par aucune ombre anormale, de telle sorte qu'il est très difficile de les diagnostiquer et cette chose a une grande importance car une primo-infection bénigne au début peut s'aggraver plus tard si elle n'est pas soignée.

Rist et Morax ont rapporté des cas de primo-infection tuberculeuse manifestée par une conjonctivite phlycténulaire.

En dehors de ces formes, dans lesquelles l'infection tuberculeuse se traduit par des manifestations cliniques et radiologiques, on rencontre des cas où celle-ci ne se trahit que par le virage des réactions tuberculiniques et ces cas ne sont pas les plus rares.

En ce qui concerne la proportion qui existe entre les différentes formes de l'infection tuberculeuse primitive, nous reproduirons quelques données statistiques appartenant aux différents auteurs qui ont étudié la question.

Ainsi Arborelius, de 14 % recrues devenues positives à l'intradermo-réaction, a trouvé que 1,7 % ont présenté des signes objectifs et subjectifs ; 3,7 % ont présenté des signes objectifs, spécialement radiologiques, sans aucun trouble subjectif, et le reste, de 8,6 %, n'a présenté que le virage des réactions à la tuberculine.

Debénédetti, chez 43 soldats, dont la réaction est devenue positive, a trouvé dans 2 cas une forme pleurale avec des signes cliniques, chez 3 autres une augmentation de l'image hilaire sans aucune manifestation clinique. Les derniers 38 n'ont présenté aucune symptomatologie ni clinique, ni radiologique.

Heimbeck aussi a trouvé que 2/3 des cas sont des formes latentes ; les autres sont des formes abortives et seulement 1/10 donnent des formes de tuberculose cliniquement manifestées.

D'après ce qui ressort des statistiques de tous les auteurs qui ont spécialement étudié ce problème, la primo-infection tuberculeuse de l'adulte revêt le plus souvent les formes cliniques légères et à pronostic bénin. Il ne faut jamais oublier pourtant qu'elle nécessite toujours un repos immédiat, absolu et prolongé, quelle que soit la forme revêtue, car il est démontré qu'elle peut prendre une allure maligne.

Le pronostic est fonction de la continuation de la contagion, s'aggravant si le sujet reste en contact avec la source bacillifère ; fonction aussi de l'état général pendant les mois qui suivent la contagion.

Le diagnostic est principalement basé sur une réaction tuberculinique qui devient positive. Courcoux pense que « chez un sujet qui ne réagit pas à la tuberculine on devra se méfier d'une fatigue inexpliquée, d'une perte de poids, de tout épisode fébrile étiqueté « grippe » ou « embarras gastrique », de toute affection pulmonaire, même bénigne ; à plus forte raison l'attention sera-t-elle attirée par une typho-bacillose, un érythème noueux. Dans tous ces cas, le double contrôle de la cuti-réaction et de la radiographie pulmonaire doit être de règle ».

La notion d'une contamination récente, de même que l'absence de toute manifestation bacillaire antérieure ont aussi une grosse valeur au point de vue diagnostique, d'autant plus qu'on ne connaît pas toujours la façon de réactionner à la tuberculine du sujet examiné.

On devra toujours faire l'examen radiographique du thorax, qui pourrait montrer la présence d'un complexe primaire ou une autre image. Une grande importance aura aussi la recherche de la vitesse de sédimentation des hématies qui est toujours accélérée, même dans les formes légères et apyrétiques.

Le diagnostic différentiel entre la tuberculose de primo-infection et la tuberculose de réinfection est généralement assez difficile. Il est basé sur l'examen radiologique et sur la cuti-réaction, qui se manifeste plus violemment au moment de l'installation de l'allergie que plus tard. Naturellement, on discute cette alternative seulement dans les cas où on ne connaît pas l'état antérieur d'allergie du sujet.

En ce qui concerne la prophylaxie, elle est basée sur la possibilité d'empêcher la contamination — chose relativement facile chez l'enfant, mais très difficile chez l'adulte — et sur la vaccination au B.C.G. pour provoquer l'état allergique. Voilà ce qu'écrivent Nasta et Dumitresco, de l'Institut Cantacuzène de Bucarest, dans un récent article d'ensemble sur cette vaccination :

« Chez le nouveau-né, comme chez l'adolescent, le B.C.G. traverse la muqueuse intestinale, imprègne l'organisme et détermine une modification de la réactivité de celui-ci envers la réinfection virulente. L'allergie tuberculinique, quoique variable, comme intensité, est pourtant assez constante pour servir comme témoin de cette imprégnation. Son existence et son intensité sont d'ailleurs — suivant l'opinion admise de plus en plus par les auteurs — loin d'être un critérium de l'immunité antituberculeuse.

L'absorption du B.C.G. par la voie intestinale ou parentérale n'a pu être prouvée, à la suite de la vaste expérience qu'on a aujourd'hui, comme capable de déterminer, en dehors des incidents sans suite, des phénomènes pathologiques de quelque gravité.

L'efficacité du vaccin se traduit par une augmentation appréciable de la résistance vis-à-vis de la surinfection virulente, ainsi que le prouve la constatation unanime de l'abaissement de la morbidité et de la mortalité tuberculeuse chez les vaccinés vivant en milieu contaminé. Cet abaissement est d'autant plus

appréciable en comparaison avec les témoins que les mesures de prophylaxie sont plus réduites et le danger de contagion plus grand. »

Pour montrer l'efficacité de cette vaccination nous reproduirons les statistiques de Scheel et de Heimbeck sur la morbidité tuberculeuse des étudiants en médecine et des infirmières, donc sujets vivant en milieu infecté.

Scheel chez les étudiants allergiques a trouvé une morbidité de 1,47 % ; chez les non allergiques la morbidité a été de 4,31 %, tandis que chez les vaccinés par le B.C.G. elle était de 2,07 %.

Heimbeck chez 454 infirmières allergiques a trouvé une morbidité de 2,6 %. Chez les 253 non allergiques la morbidité a été de 29,6 % et chez les 104 vaccinées seulement de 3 %.

Une autre importance prophylactique est que « la découverte du virage récent de plusieurs cuti-réactions force à rechercher l'agent de contamination qui existe plus souvent qu'on ne croit, dans des collectivités fermées de jeunes adultes » (Courcoux et Alibert).

Du point de vue thérapeutique, la première mesure à prendre c'est l'éloignement de la source bacillifère. Les formes inapparentes ne nécessitent qu'une surveillance continuelle et la conservation d'un bon état général. Le repos et une bonne nourriture ont une grosse valeur. Les formes apparentes nécessitent en plus un repos immédiat, absolu et prolongé jusqu'à ce que tout revienne au normal. Dans certains cas, il est nécessaire que les malades soient internés dans des sanatoriums ou des préventoriums suivant la forme clinique revêtue par la primo-infection.

Bibliographie

1. Ameuille. Tuberculose du médiastin in *Traité de path. méd. et de thérap. appliquée*, t. XVIII, Maloine 1921, p. 592.
2. Ameuille, Mlle Simon. La contagion de la tuberculose entre adultes. *Revue de phtisiologie*, janvier-février 1934, p. 24-51.
3. Borrel. Pneumonie et tuberculose chez les troupes noires. Annales de l'Institut Pasteur, mars 1920, p. 105-148.
4. Bour. Contribution à l'étude de la primo-infection tuberculeuse tardive. Thèse Paris 1936.
5. Calmette. Sur la vaccination préventive de la tuberculose par le B C G administré par voie buccale chez les adolescents et les adultes non allergiques. *Presse Médicale*, 11.III 1933, p. 393-394.
6. Calmette. Au sujet des relations entre l'allergie tuberculeuse et l'immunité dans la tuberculose. *Presse Médicale* 10.IX 1932, p. 1381-1382.
7. Calmette. La vaccination préventive par le B C G ; objections faites à cette méthode. *La Clinique*, avril 1930 (B), p. 147-149.
8. Courcoux, Alibert. La primo-infection du jeune adulte. *Presse Médicale* 21.XII 1935, p. 2076-2081.
9. Courcoux, Alibert. Pleurésie tuberculeuse dite primitive et primo-infection. *Paris-Médical*, 5.1.1935, p. 11-14.
10. Courcoux, Alibert. Quelques cas de primo-infection du jeune adulte. *Revue de la Tuberculose*, janvier 1936, p. 71-86.
11. Courcoux, Alibert, Biderman, Bucquoy. L'examen médical des étudiants en médecine et des infirmières. *Revue de la Tuberculose*, juillet 1934, p. 725-727.
12. Courcoux, Bidermann, Alibert, Bucquoy. La primo-infection tuberculeuse chez les étudiants en médecine et les infirmières. *Revue de la Tuberculose*, juillet 1934, p. 727-738.
13. Debénédetti, Balgairies. Cuti-réactions tuberculiniques et fièvre. *Revue de la Tuberculose*, novembre 1936, p. 1097-1098.
14. Debénédetti, Foret. Résultats de la cuti-réaction à la tuberculine chez 165 recrues à l'entrée au service militaire. *Revue de la Tuberculose*, juillet 1934, p. 738-739.
15. Debénédetti, Foret. Recherches sur la cuti-réaction à la tuberculine chez 345 recrues et 500 réservistes. *Revue de la Tuberculose*, mars 1935, p. 353-355.
16. Debénédetti, Trésarrieux, Balgairies. Virage de cuti-réactions tuberculiniques négatives et état radiologique. *Revue de la Tuberculose*, novembre 1936, p. 1101-1102.
17. Debré, Renard. De la nécessité de radiographier le thorax des sujets atteints d'érythème noueux. *Monde Médical*, 1-15.IX 1932, p. 827-833.
18. Duine. Contribution à l'étude du mécanisme de la cuti-réaction à la tuberculine. Thèse Paris 1936.
19. Even, Gautrelet. Le conditionnement de la cuti-réaction à la tuberculine et son intérêt en clinique. *Presse Médicale*, 3.XII 1936, p. 1970-1971.
20. Frommel, Sierro, Bachmann. Anergie non spécifique à la tuberculine. *Presse Médicale*, 2.VII 1933, p. 1218-1221.
21. Gernez. Action de certains facteurs non spécifiques sur l'intensité de la cuti-réaction tuberculinique. *Revue de la Tuberculose*, mai 1935, p. 592-594.
22. Gougerot. Erythème noueux, syndrome de réaction de défense par sensibilisation. *La Médecine*, avril 1936, p. 23.
23. Le Bourdelles. La primo-infection tuberculeuse dans l'armée. *Paris Médical*, 5.I 1935, p. 16-20.
24. Nasta, Dumitresco. Vaccinarea antituberculosa in ultimii ani. *Revista Stiintelor medicale*, martie 1936, p. 298-312.
25. Nico. Sur la primo-infection tuberculeuse de l'adulte. Thèse Paris 1934.
26. Phélebon. La primo-infection tuberculeuse est-elle toujours une maladie de l'enfance ? *Presse Médicale*, 17.IX 1927, p. 1131-1132.
27. Rist. La tuberculose. A Colin, Paris 1927.
28. Rist, Mlle Simon. Contribution à l'étude de la contagion tuberculeuse chez les infirmières. *Presse Médicale*, 18.X 1933, p. 1601-1602.
29. Scheel. La tuberculose parmi les étudiants en médecine à Oslo et sa prévention par la vaccination au B C G. *Revue de la Tuberculose*, mai 1935, p. 529-542.
30. Suhateanu. Consideratii asupra vaccinariicu B C G la adult. *Revista Sanitara Militara*, juin-juillet 1932, p. 263-266.
31. Troisier, Bariéty. La primo-infection tuberculeuse de l'adulte. *Revue médicale française*, mai 1934, p. 427-428.
32. Troisier, Bariéty. Sur la primo-infection tuberculeuse de l'adulte. *Pratique médicale française*, avril 1935, p. 219-226.
33. Vaucher, Strauss, Schneegans. L'examen médical des étudiants à l'Université de Strasbourg et la primo-infection tuberculeuse des jeunes gens. *Revue de la Tuberclose*, janvier 1935, p. 90-92.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE SOLENNELLE DU 9 JUILLET 1937)

Raccourcissement congénital de l'œsophage avec sténose et estomac sus-diaphragmatique. — M. A. SOULAS.

Artériographie pulmonaire. — M. V. HINAULT.

Quelques cas de fragilité osseuse congénitale. — M. C. ROEDERER.

Les défomations de l'image de soi chez les amputés. — MM. LHERMITTE (de Paris) et SUSIC (de Zagreb) rappellent que du temps de Charcot on croyait que la sensation d'un membre amputé, ou membre fantôme, était due à l'excitation du névrome terminal du moignon. Or, les recherches plus récentes de Schilder, H. Head, Riddach, Van Bogaert, Lhermitte et Tekehrazi ont montré que cette théorie était contredite par les faits. Ayant étudié 28 amputés, les auteurs concluent que le membre fantôme trouve son origine dans un état psychologique spécial en rapport avec les modifications et la permanence relative de l'image du moi corporel. Malgré la mutilation, l'image psychologique de la personnalité corporelle subsiste et c'est cette image, réveillée par des excitations diverses, qui entretient l'illusion du membre enlevé.

Examen complet d'une malade avant et après l'absorption de doses d'ouabaïne fortes et très prolongées (avec projections). — M. A. PRUCHE.

300 Urographies descendantes chez le nourrisson et chez l'enfant. — M. J.-E. MARCEL.

La température intra-pulmonaire chez les tuberculeux opérés de thoracoplastie. — M. P. REYNIER.

Présentation de films en couleurs. — M. R. MASSART.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 27 MAI 1937)

M. GINESTET présente une fillette de 14 ans atteinte d'ankylose **temporo-maxillaire.** L'infirmité, qui remonte aux premiers mois de la vie, laisse une ouverture buccale qui ne dépasse pas huit millimètres. L'opération (docteur Dufourmentel) a consisté en une libération des surfaces articulaires soudées ; deux cartilages costaux ont été intercalés entre les os libérés. L'intervention a été suivie de la mise en place d'un appareil type Darcissac. L'ouverture buccale obtenue est de trois centimètres.

Myopathie atrophique à début tardif et d'évolution subaiguë. — MM. B. POMME, J. LASSALE, J. HAMON et P. MOUTIER.

Myopathie de l'adulte et insuffisance cardiaque progressive. — MM. B. POMME, J. LASSALE, J. HAMON et L. FAURE.

Essai de culture du virus de la maladie de Nicolas Favre. — M. VILLEQUEZ a pu obtenir, après passage de pus lymphogranulomateux en culture de tissus, des résultats traduisant un accroissement de la virulence et une multiplication de l'ultra-virus de la maladie de N. F.

Névralgie du trijumeau et sympathalgies associées secondaires à un zona post-traumatique. — En rappelant les conditions justifiant le rôle des traumatismes dans l'éclosion des neuro-ectodermies, MM. BARRAUX et ROQUES rapportent l'histoire d'un zona céphalique post-traumatique, suivi quelques jours après de névralgies dans le domaine du V. 3, avec sympathalgies qui furent d'une singulière durée, chez un homme actuellement âgé de 35 ans. Après huit années d'échecs thérapeutiques, seule une intervention chirurgicale par section de la racine sensitive rétrogassérienne (procédé Spiller-Frazier) put mettre un terme aux algies intolérables du sujet.

Réflexions pathogéniques au sujet de quatre cas d'ostéochondrite disséquante. — MM. KLISZOWSKI et TURPIN insistent sur l'importance de la radiologie pour le diagnostic, et la non-concordance entre les manifestations cliniques et les lésions, et sur les arguments en faveur de la théorie vasculaire la plus généralement admise.

Septico-pyohémie à streptocoque hémolytique, après mastoïdectomie. — A l'occasion de deux cas traités et guéris par le sérum de H. Vincent, MM. STEFANINI et DUGUET estiment que, dans les septicémies otogènes, on doit distinguer les septicémies à point de départ auriculaire et les septicémies dues à l'éclosion d'un foyer infectieux secondaire à la faveur d'une embolie septique. La ligature de la jugulaire interne, qui se justifie pour les premières, n'est pour les autres qu'un acte inutile et parfois même dangereux. Seuls importent, en pareil cas, la recherche et le traitement du foyer secondaire.

Appendicites et réactions vaccinales. — A la suite de la vaccination triple associée, MM. MOREL, CHARLIN et BRISSAUD ont été frappés par la fréquence de points douloureux et de réactions au niveau de la fosse iliaque droite. Trois malades ont présenté dans des conditions qui leur paraissent curieuses, toujours douze heures après l'injection, des symptômes d'appendicite aiguë qui ont nécessité une intervention chirurgicale d'urgence. Il s'agissait dans tous les cas d'appendicite gangréneuse ou suppurée. Ces phénomènes sont-ils la conséquence d'une réaction biotropique ou bien d'un « blocage » des réactions de défense de l'organisme ?

Psoriasis vaccinal. — MM. L. FERRABOUC, J. CURVEILLE et P. MOZZICONACCI.

L'examen bactériologique du liquide de lavage gastrique dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — MM. BOIDE et SIMONIN.

Evolution de la tuberculose chez les tirailleurs sénagalais à La Rochelle, en 1935-1936. — M. MALARD complète ses constatations antérieures, au sujet de la tuberculose chez les Sénégalais. La tuberculose devient plus fréquente chez les Sénégalais. En 1936, elle a occasionné une morbidité quatre fois plus grande et une mortalité dix fois plus forte que pendant les années précédentes. Cette progression paraît avoir été influencée par la prédisposition de classes trop jeunes, et par le climat exceptionnellement défavorable. Il propose la suppression de l'envoi des recrues en France en octobre, l'augmentation de la durée du service par l'appel d'un plus grand nombre de rengagés, et l'envoi des recrues jeunes dans l'ouest après une période d'adaptation dans un climat plus favorable.

A propos de la radioscopie systématique des contingents militaires. — M. CASSOU.

Une observation de pelade étendue consécutive à une otite moyenne aiguë et compliquée de mastoïdite grave. — M. MONLOUP.

(SÉANCE DU 17 JUIN 1937)

Influence des matières organiques azotées, en particulier de l'ammoniaque sur l'épuration des eaux de boisson par la javellisation. — MM. KERNY, JUDE et HATET ont étudié l'influence des doses croissantes d'azote ammoniacal sur l'action bactéricide du chlore. Leurs expériences confirment celles de Mackenzie et de Gerstein : la présence d'ammoniaque dans l'eau à épurer ralentit l'action stérilisante des doses de chlore déterminées par la méthode du test-gamme.

Cela tient à ce que le chlore forme avec l'ammoniaque des chloramines dont l'action bactéricide est plus lente que celle du chlore libre, mais qui réagissent comme ce dernier sur le réactif ioduré-amidonné. Les auteurs ont mis au point un réactif au bromure de potassium et à la fluoresceine qui ne se colore en rose (éosine) qu'en présence du chlore libre. Les doses de chlore déterminées par la méthode du test-gamme en présence du nouveau réactif assurent, quelle que soit la teneur en azote ammoniacal, la disparition complète du B. Coli en moins de 15 minutes. Ces doses sont d'autant plus fortes que la proportion d'azote ammoniacal est plus élevée.

Observation d'une ataxie aiguë à rechutes survenue après un rhumatisme articulaire aigu. — MM. Millet et Mathy.

Maladie de Recklinghausen et de Basedow associées. — MM. Jame et Mauvais émettent l'hypothèse, à l'origine d'un complexe endocrino-sympathique, présenté par un jeune soldat, d'une gléomatose généralisée du sympathique extériorisée au niveau des téguments.

A propos du dépistage de la tuberculose dans l'armée. — M. A. Poirier.

Historique et enseignements de la radioscopie systématique. — M. Dutrey.

Introduction à l'étude des indications opératoires et de l'heure de l'intervention dans les oto-mastoïdites aiguës. — MM. Guillermin et A. Lieux.

L'heure chirurgicale dans les complications mastoïdiennes des otites moyennes aiguës. — M. G. Worms.

Le traitement des otites moyennes aiguës par la protéinothérapie. — M. Roques.

(Séance du 12 juillet 1937)

La trousse anagaz. — M. Savaete. — Présentation d'appareil.

Réflexions sur le sang des radiologistes. — M. Dutrey. A la suite de l'emploi de la radioscopie systématique, on constate chez les opérateurs des modifications sanguines. Les globules rouges sont peu altérés (diminution, puis augmentation de la résistance globulaire). Il existe un chiffre limite spécial pour chacun (autour de 4.000.000). Du côté de la série blanche, on ne voit la leucopénie que dès le début, avec une polynucléose neutrophile et surtout éosinophile. La leucocytose durable est rare, et M. Durey conseille, à partir de 15.000 à 20.000, d'éloigner le radiologiste du rayonnement jusqu'au retour à la formule base : leucocytose symptôme, éosinophilie, monocytose sont un test de bonne santé. Suivent des conclusions pratiques.

Agranulocytoses et monocytoses associées. Syndromes mortels. — M. Julliard expose une observation d'angine nécrotique mortelle dont l'évolution fut marquée par les fluctuations hématologiques suivantes : dans une première phase neutropénie et monoblastose, puis, dans les heures précédant la mort, effondrement subit du taux des neutrophiles qui tombe presque à zéro et de celui des éléments monocytaires qui passe de 27.000 par mm^3 à 400. Les examens anatomo-pathologiques soulignent au niveau des centres leucogènes une activité embryonnaire réticulo-endothéliale conservée contrastant avec la pauvreté monocytaire sanguine, comme si un facteur mystérieux annihilait l'extériorisation monocytaire. L'auteur signale que ces particularités sont fréquentes au cours des syndromes agranulocyaires où l'on observe un stade de flambée monoblastique (d'ordre supplétif ou défensif) que l'agonie monocytaire précède de peu l'agonie du malade. Ces considérations impliquent la prudence en ce qui concerne les médications susceptibles d'augmenter le blocage réticulo-endothélial.

Urticaire consécutive à une vaccination triple. — MM. L. Ferrabouc, J. Paraire et J. Pellerat rapportent l'observation d'un sujet qui, après la deuxième injection de vaccin antityphо-paratyphique, antidiphtérique, antitétanique, fut atteint d'urticaire. Les auteurs soulignent la rareté du fait ; ils tentent d'expliquer cette rareté et l'éclosion des accidents colloïdoclasiques chez leur malade.

Radiodiagnostic et occlusion intestinale aiguë. — MM. Jacob, Lieux et Evrard.

Une forme rare du phlegmon de l'orbite : le phlegmon de l'orbite à bacille de Pfeiffer. — MM. Lieux, Chappoux et Gauffre.

A propos des entorses par la méthode de Leriche. — M. Pasquie rapporte quelques cas d'entorses traitées au régiment de sapeurs-pompiers par la méthode de Leriche. Il a voulu montrer les bons résultats que donne la novocaïnisation chez des sujets désireux de guérir. Il relate 6 observations de blessés où, pour entorse, l'indisponibilité n'a pas dépassé 3 à 4 jours, et ajoute un cas d'infiltration pour séquelles douloureuses de facture du scaphoïde, et un cas pour raideur du genou après méniscectomie. Il explique les bons résultats qu'il a obtenus surtout par des raisons d'ordre matériel spéciales au corps des sapeurs-pompiers.

A propos des infiltrations de novocaïne dans les traumatismes articulaires et autres affections. — MM. Dumalie et Honot.

Fistule urinaire congénitale au niveau d'une hernie ombilicale du nouveau-né. — MM. Perrichon de Troyes et du Bourguet.

Syndrome de perforation couverte gastro-duodénale, existence d'un ulcère pylorique non perforé. Enfouissement. Gasto-entérostomie. Guérison. — MM. Perrignon de Troyes et du Bourguet.

Abcès du foie à staphylocoque doré d'étiologie indéterminée ouvert dans l'espace sous-phrénique. — MM. Talbot et Parlange.

Un cas de rage humaine d'origine indéterminée. — MM. Millischeti Dopf et Mazet.

Hernie inguino-scrotale communiquante étranglée, sphacèle d'une anse grêle ; résection segmentaire de l'intestin suivie d'une anastomose termino-terminale. Guérison. — MM. Perrignon de Troyes et du Bourguet.

Hémorragie intestinale à la suite d'une injection de vaccin triple. — MM. Accoyer et Boron.

La notion de cellulies et les indications de cure à Bourbonne-les-Bains. — M. Benitte.

Une forme rare d'occlusion intestinale. L'ileus ascaridien. A propos de 2 observations. — MM. Perrignon de Troyes et du Bourguet.

Les traitements illusoires de la méningite cérébro-spinale à méningocoque. — M. Julliard.

Quelques résultats obtenus par la Permyase dans le traitement des ostéites. — MM. Monot et Houpert.

Les variations de la formule hémo-leucocytaire au cours de la vaccinothérapie. — M. Valatx.

Pouvons-nous vacciner nos enfants contre la tuberculose avec le B C G, par le docteur M. Ferruè Petit in-8° de 96 pages. Prix : 5 fr., chez Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, à Paris, 1936.

Précis d'assurances sociales à l'usage des médecins, par le docteur M. Eylaud, octobre 1936. Une plaquette de 44 pages éditée par les Etablissement Midy, 67, avenue de Wagram, à Paris (17e).

REVUE DES THÈSES

Recherche sur la tolérance de l'appareil optique à l'acétylarsan (1), par le docteur Roger GUEBEL.

La thèse de Roger Guébel est une critique complète et serrée des accidents oculaires, consécutifs aux traitements par les arsenicaux pentavalents, en particulier par l'acétylarsan.

Fait capital souligné par l'auteur : les névrites optiques par l'acétylarsan sont d'une extrême rareté : on ne retrouve dans la littérature que 27 cas, proportion des plus faibles si l'on envisage le nombre considérable de traitements effectués à l'aide de ce produit.

Les observations connues et les travaux effectués sur cette question par Sézary, Barbé, de Font-Réaulx, permettent de retenir deux grands principes qu'il est indispensable de respecter, si l'on veut mettre de son côté toutes les chances d'éviter les troubles visuels : 1° *Nécessité d'une posologie correcte ; 2° Nécessité d'une connaissance approfondie du terrain.*

L'auteur reprend à la lumière de ces faits les observations relatant des troubles visuels consécutifs à des injections d'acétylarsan, et en fait une étude critique d'où se dégage un enseignement précis pour la prévention des accidents.

Les règles posologiques établies par Sézary ont montré que les doses fortes introduites en une seule injection sont particulièrement nocives, que le rythme des injections a une importance considérable. Faire les injections en deçà d'une certaine limite fixée par l'expérience, c'est exposer les malades à la névrite optique. Les injections doivent être faites par voie intramusculaire ou sous-cutanée, au rythme de 2 injections par semaine, sans dépasser 3 cc. pour une injection.

La connaissance du terrain avant le traitement n'est pas moins importante ; elle intéresse à la fois l'appareil visuel et l'état général, surtout l'état viscéral.

L'auteur a repris chacune des observations cliniques, dont l'étude critique détaillée constitue une illustration précise des principes dominant l'administration de l'acetylarsan. Le travail de Guébel est une mise au point précise sur une question longtemps débattue ; il équivaut à un véritable guide pratique de l'emploi et des contre-indications de l'acétylarsan, médication des plus précieuses en thérapeutique antisyphilitique dans un grand nombre de cas, où les arsenicaux trivalents sont contre-indiqués.

NOTES POUR L'INTERNAT

PARALYSIES DIPHTÉRIQUES (2)

PRONOSTIC

Dans l'ensemble, on peut dire que les paralysies sont habituellement d'autant moins graves qu'elles sont plus tardives.

Sont graves :

I. *Les paralysies qui débordent le voile, les yeux, les membres inférieurs,* car il faut toujours craindre l'atteinte possible du diaphragme et une paralysie ascendante à type de Landry.

Mais ces formes sont très rares et, en pratique, les paralysies diphtériques ne laissent aucune séquelle.

II. *Les paralysies précoces du voile,* qui sont le fait des angines malignes, si bien que même si par le sérum on est parvenu à nettoyer la gorge, il faudra toujours craindre :

Un *syndrome malin secondaire,* avec ses ecchymoses, sa tachycardie, son hépatomégalie, son augmentation de la matité cardiaque avec assourdissement des bruits et ultérieurement ses vomissements, qui précèdent de peu la mort qui va survenir par syncope.

Le facteur prédominant dans ces accidents a été attribué, suivant les auteurs, à : l'insuffisance surrénale aiguë, à une thrombose cardiaque, à une myocardite, à une lésion nerveuse intracardiaque, à une paralysie du pneumogastrique.

C'est à ce titre qu'elle rentrerait dans la description des paralysies diphtériques.

Un *syndrome malin tardif,* qui peut déterminer la mort par syncope jusqu'au 52e jour.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est habituellement facile.

Si la diphtérie a été reconnue, il est évident.

Si la diphtérie a été méconnue, l'existence d'antécédents d'angine, la persistance d'une certaine pâleur, d'adénopathies, de bacilles dans la gorge s'il en existe encore, feront le diagnostic.

Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on aura à le discuter.

Il faudra d'abord *s'assurer qu'il s'agit bien d'une paralysie du voile* et non du nasonnement d'une angine, d'un phlegmon amygdalien ou rétro-pharyngien, de végétations ou de polype.

Exceptionnellement, on discutera une paralysie du voile par *compression du IXe* par une gomme ou une tumeur (syndrome d'Avellis, Schmidt, Jackson), une *paralysie bulbaire asthénique de Erb-Goldflam.*

Jamais on ne discutera ni la paralysie pseudo bulbaire, ni la paralysie labio-glosso-laryngée d'une sclérose latérale amyotrophique.

Dans les *formes généralisées,* ce n'est que théoriquement que l'on discute :

Pour les *troubles oculaires :* la méningite tuberculeuse ou syphilitique, l'encéphalite, le botulisme, le diabète.

Pour la *paralysie des membres :* les autres polynévrites, la poliomyélite, les paralysies sériques, qui frappent les membres supérieurs, revêtent souvent le type Duchenne-Erb et donnent de gros troubles trophiques et des douleurs vives.

En effet, la marche cyclique de l'affection, atteignant le voile, puis les yeux, puis les membres inférieurs, affirme le diagnostic.

TRAITEMENT

Il doit avant tout être préventif :

— Par une sérothérapie massive, précoce ;

— Par la strychnothérapie dans toutes les formes sérieuses.

Si les paralysies surviennent, la strychnothérapie sera encore employée, mais elle ne semble pas avoir la même efficacité que lorsque son emploi est préventif.

On a discuté pour savoir s'il fallait faire du sérum.

Pour certains, celui-ci pourrait encore servir à cette période chez les sujets :

— N'ayant pas reçu de sérum ou en ayant reçu une dose insuffisante ;

— A Schick + ;

— Restant porteurs de germes ;

— Dans les formes précoces ;

— Dans les formes graves.

J. FERROIR.

(1) *Th. de Paris,* 1936. — Presses universitaires.

(2) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 62 du 4 août, et n° 64 du 11 août.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 67. — SAMEDI 21 AOUT 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Bordeaux. — Après concours, la Médaille d'or du Prix de l'Internat en 1937, pour la section Chirurgie, a été décernée à M. Barroux, interne de 4e année, et pour la section Médecine à M. Personne de Lachaud, interne de 4e année.

Faculté de Marseille. — Le docteur M. Salmon, chef des travaux d'anatomie, est chargé d'un cours d'anthropologie coloniale à la Faculté de Marseille.

Légion d'honneur. — JUSTICE. — *Chevalier :* M. le docteur Jean Cavalle, à Béziers.

GUERRE. — *Chevalier :* M. le docteur Massé, à l'Isle-sur-Sorgues.

(Mutilés à 100 p. 100) : *Grand officier.* — M. le docteur Julié, ancien médecin principal de 2e classe. — *Commandeur :* M. le docteur Wilborts, ancien médecin capitaine.

INTÉRIEUR. — *Grand officier :* M. le professeur Lambret, de Lille.

— *Chevalier :* M. le docteur de Saint-Foscien (de Grandvilliers).

EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTS. — *Chevalier :* M. le docteur Jean Arlaud et M. le professeur Léon Dieulafé, à Toulouse.

P.T.T. — *Chevalier :* M. le docteur Durand, médecin des P.T.T., médecin chef du Dispensaire d'hygiène sociale de l'Association amicale des P.T.T.

COLONIES. — *Officier :* M. le professeur Nathan-Cahen, à Bordeaux.

Chevalier : M. le docteur Chesnaux, médecin de l'assistance médicale ; M. le docteur Dunan, à Saint-Pierre et Miquelon ; M. le docteur Monnerville, médecin de l'assistance médicale ; M. le docteur Vildrin ; M. Tran-Van-Hand, dit Joseph, médecin indo-chinois principal de 2e classe.

Distinctions honorifiques. — *Médailles d'honneur de l'Assistance publique : or :* M. le docteur Bonnet, de Romans.

Argent : MM. les docteurs Guérin, de Verdun ; Nilus, d'Abreschwiller ; Lemaire, de Zuydecoote ; Théry, de Compiègne ; Keller et Pfersdorff, de Strasbourg ; Lesage, de Paris.

Bronze : MM. les docteurs Roussel, de Mézières ; Fabre, de Nîmes ; Charbonnel et Dumons, de Bordeaux ; Vire, de Saint-Marcellin ; Charvin, de Saint-Etienne ; Halgand, de pret, de Lille ; Descombins, de Montceau-les-Mines ; Hum-Savenay ; Couffon, d'Angers ; Brunet, de Bar-le-Duc ; Dubert et Vaucher, de Strasbourg ; Chatelot, de Villersexel ; Fardet, de Boulogne-Billancourt ; Mlle Malartic, de Paris ; Mmes Bousquet, de Deuil ; Lorne, Maugis, Picquet et Potiron, de Sens ; Reynal, de Tunis.

EDUCATION NATIONALE. — Distinctions conférées pour services rendus à l'éducation physique et aux Sports :

Médaille d'or : M. le médecin-major Cazamian (Ecole de Santé navale) ; M. Bonnet, de Marseille.

Argent : M. le médecin-commandant Remontet, de Paris.

Bronze: M. le médecin de 2e classe Cazenave; MM. Schatz, de Sarreguemines ; Thomas, de Metz ; Tasquet, élève de l'Ecole de Santé navale (Bordeaux) .

A titre étranger. — *Or :* MM. les docteurs Manuila, de Zmiscara ; Marinkovie, de Pavo.

Argent : Ferenc, de Kossuth ; Heyl, de Berlin ; Pertlicek, de Vienne.

A la suite de la catastrophe de Villeneuve-Saint-Georges, la *médaille d'or* pour actes de dévouement a été décernée à MM. les docteurs Quenoville, Durosoy et Etienne Boyer, à Villeneuve-Saint-Georges.

Ministère de la Guerre. — *Liste de classement, par ordre de mérite, des médecins ayant effectué un stage à l'Ecole d'application du service de santé militaire, de décembre 1936 à juillet 1937 :*

Médecins lieutenants (Promotion de 1934) : Saboya (n° 19 du classement général), entre MM. Martin-Barbaz et Vosselmann.

(Promotion de 1935) : Accart, Perrot, Mougenot, Thory, Gaubens, Setruk, Baylon, Sarrouy, Thillard, Mollinger, Aubert, Darroze, Steiger, Leclercq, Lapierre, Masson, Monnin, Merand, Berthezène, Frerejean, Izac, Caillard, Raynal, Morel (M.), Causse, Rugalé, Lagier, Bongars, de Vaudeau, Semat, Vallée, Bouzonie, Javel, Lacave, Mignot, Grossetête, Généreau, Bernes, Lecoz, Morel (Y.), Mutinelli, Binet, Boutet, Lauzié, Bouquet, Julien La Bruyère, Courtial, Bazeille, Edel, Bideau, Fouin, Jacquot, Galy Merlin, Souëf, Robet, Kerbœuf, Bayet, Péchoux, Amidieu du Clos, Nouaille, Chaix, Serre, Chopis, Floquet.

Fédération Nationale des Médecins du Front. — M. le professeur Gaillard (*Laboratoire d'essences végétales antiseptiques*) met cette année à la disposition de la Fédération nationale des Médecins du Front quatre bourses de voyage de 4.000 francs chacune.

Dans sa dernière réunion, le Comité de la Fédération a nommé une Commission qui examinera les candidatures et désignera les quatre médecins bénéficiaires. Les membres des Sociétés fédérées désirant se faire attribuer une de ces bourses sont priés d'adresser toute demande de renseignements à M. le docteur Sureau, 11, rue Portalis, Paris (8e).

Luchon : Scoutisme et Camp thermal. — Depuis plus d'un mois, de nombreux groupes de scouts, venus pour la plupart de l'Ile-de-France et de la Touraine, campent auprès de Luchon.

Ces jeunes gens, provenant de l'enseignement libre comme de l'enseignement d'Etat, offrent le plus parfait ensemble de ce que peut être une discipline librement consentie vers un but déterminé. La grande école de Baden Powell porte des fruits magnifiques.

La direction des Etablissements thermaux de Luchon a consacré, à diverses reprises, plusieurs visites-conférences à ces intéressants groupements. Notre excellent confrère Molinéry, en nous communiquant ces renseignements, ajoute : « Le thermalisme social se lie étroitement au scoutisme. Ne sait-on pas, en effet, que les scouts ont créé une « *section d'allongés* ». Celle-ci, à Berck, sur la Côte d'Azur, sur la Côte d'Argent, a des groupements où ses adhérents, pénétrés de l'âme scoute, vivent par le cerveau, l'esprit et le cœur de la vie de leurs camarades.

« Or, l'organisation que nous poursuivons inlassablement du thermalisme social, dit M. Molinéry, nous a permis de prouver à ces jeunes gens (ils étaient, ici, près de 150), que, rentrés à Paris, ils devront faire connaître à leurs amis en quoi consiste la thérapeutique luchonnaise. En conséquence, l'organisation d'un camp thermal scout s'impose à Luchon, avec toutes les directives médicales que comporte cette organisation, et que nous avons développées, tout récemment encore, au Congrès international des colonies de vacances et des camps thermaux, de Paris.

Le petit Camp thermal. — A côté de nos scouts, nous écrit M. Molinéry, nous avons pu recevoir, pour la deuxième fois, le « petit camp thermal », organisé par Mme Bleys, professeur à Gaillac, avec la collaboration de Mme Mazens et Mme Cariven.

« L'organisation à laquelle ces dames ont présidé est digne de tous éloges. Un premier groupement, fillettes et jeunes filles, séjourne à Luchon du 5 juillet au 5 août. Un second groupement, garçons et jeunes gens, séjournera au milieu de nous du 7 août au 6 septembre.

« Nous ne saurions assez appeler l'attention de nos lecteurs sur cette organisation, qui a pris le nom de : « *petit camp thermal de l'Union fédérale.* »

Il faut que l'on sache que la colonie des veuves de guerre de Gaillac, dite du « Cap Ferret », s'est transformée à partir de cette année 1937 en une colonie de montagne située dans l'un des plus beaux sites pyrénéens : Luchon, dénommée à tant de titres « la Reine des Pyrénées ».

Le petit camp thermal de Luchon, tout comme son aîné, s'attache à sauvegarder et à développer chez les enfants l'esprit qui a présidé à sa formation : sentiments de solidarité et d'entr'aide fraternelle, discipline large et volontaire, respect et confiance affectueuse vis-à-vis du personnel dirigeant (veuves et orphelines de guerre, strictement bénévoles, et dont le désintéressement absolu a fait ses preuves).

Il faut noter encore, et la chose est de toute importance, c'est que la direction respecte scrupuleusement la volonté des familles relativement à l'exercice des cultes religieux, avec toutes les obligations ou réserves qui pourraient être faites par les familles.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CONTRE LA PAPERASSERIE (1)

Le Bureau du Syndical médical de Seine-et-Oise nous communique la note suivante :

Certains renseignements inexacts ou erronés ayant été publiés dans la presse au sujet de la grève déclenchée par le Syndicat médical départemental pour protester contre les abus de paperasserie, le Bureau du Syndicat tient à faire savoir que la grève médicale n'est qu'une « grève administrative », les médecins continuant à donner — et ce, gratuitement — leurs soins aux malades indigents, mais ne remplissant aucune des formules qu'on a voulu leur imposer.

Le Bureau du Syndicat, soucieux de sauvegarder les intérêts des malades, a donné des instructions à tous ses membres pour que soient indiqués sur l'ordonnance délivrée à l'indigent son nom et sa qualité. Il a été possible de ce fait de faire délivrer aux malades les médicaments qui leur étaient nécessaires.

Le Bureau du Syndicat tient à rendre hommage au large esprit de conciliation et de compréhension dont ont fait preuve le préfet et les services intéressés de la préfecture.

(1) Voir *Gaz. Hôp.*, 1937, n° 64, p. 1018 et nos 65-66, p. 1034.



ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

LA RŒNTGENOLOGIE EN 1936

PAR

Louis DELHERM et P.-Henri CODET

CHEF ASSISTANT

DU SERVICE CENTRAL D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DE LA PITIÉ

L'année 1936 a vu se manifester de ***nombreuses*** *tendances nouvelles, tant dans le domaine de l'interprétation radiologique que dans la conception et dans les techniques de la radiothérapie. Nous avons colligé les plus importantes de ces communications, en donnant un résumé de chacune d'elles.*

CRANE, OS, ARTICULATIONS

Séméiologie radiologique des affections ostéo-articulaires dites rhumatisme chronique. P. Robert (Chambéry) et J. Forestier (Aix-les-Bains). (*IIIe Congrès des médecins électro-radiologistes de langue française*, Paris, 8-10 oct. 1936.) — Adoptant la classification qu'ils ont établie avec F. Coste et Lacapère ; P. Robert et J. Forestier divisent les affections ostéo-articulaires, dites rhumatismales, en deux grandes catégories : les arthrites et les arthroses à côté desquelles ils rangent à part la syndesmophytose.

Les *arthrites*, arthrites inflammatoires chroniques, sont caractérisées au point de vue étiologique par leur origine infectieuse. Elles s'observent à tout âge, mais surtout après la quarantaine. Elles succèdent souvent à une maladie infectieuse. Au point de vue biologique, les arthrites sont caractérisées par des troubles de floculation du sérum sanguin. Cliniquement, leur évolution se fait par poussées fluxionnaires, avec tumeur, chaleur et rougeur locales. La rougeur manque le plus souvent, mais on note par contre des attitudes et positions vicieuses. La polyarthrite chronique et les oligo-arthrites dues à divers germes pathogènes à virulence modérée constituent les deux formes les plus connues.

Au point de vue radiologique, les arthrites peuvent être étudiées aux trois phases de leur évolution.

A la période de début, le seul signe important est la décalcification diffuse, homogène, étendue à toute la zone articulaire et même à l'os avoisinant. Dans les cas très frustes, ce signe peut manquer. On recherchera également l'amincissement du réseau trabéculaire et l'élargissement de l'interligne.

A la période d'état, on retrouve toujours la décalcification, mais elle est moins homogène, nuageuse, floconneuse. On note des taches de destruction osseuse, de très grande importance diagnostique. Taches discrètes, simple déformation du contour articulaire, siégeant sur l'interligne. Sous-corticales à l'origine, elles finissent par effondrer la corticale et provoquent la disparition du bord de l'os à ce niveau. L'interligne s'amincit rapidement et très fortement. Jamais on n'observe d'ostéophytes ni d'hypercalcification. A un stade plus avancé, l'amincissement gagne tout l'interligne.

La stabilisation et la reconstruction constituent la troisième période dans l'évolution des arthrites. La décalcification s'atténue, on note l'apparition de réactions calciques de défense : apparition du processus d'arthrose, processus constructifs pouvant aller jusqu'à la reconstruction de l'interligne articulaire. L'existence d'une encoche articulaire ou d'une décalcification diaphysaire pourront permettre de porter rétrospectivement le diagnostic d'arthrite infectieuse refroidie.

Les arthroses, au contraire, ont pour signe constant l'hypercalcification, surtout accusée dans les zones d'irritation mécanique au niveau desquelles va se produire l'usure progressive des cartilages. Ce sont des maladies non fluxionnaires, d'usure articulaire, survenant dans la deuxième moitié de la vie et surtout dans la vieillesse.

A côté de l'arthrose-maladie, il y a l'arthrose-symptôme dont le type le plus fréquent est le syndrome arthrosique évoluant après une arthrite.

Au point de vue radiologique, on note l'hypercalcification d'aspect homogène, tandis que les contours de l'os présentent des formations caractéristiques des arthroses : les ostéophytes. Ce sont des prolongements osseux se traduisant souvent sous la forme de becs sur les clichés.

Des contours osseux présentent des modifications d'origine érosive, des destructions par usure mécanique et non par effondrement.

On note une diminution plus ou moins marquée de la transparence de l'interligne articulaire. L'évolution des arthroses est lente et progressive.

A côté de ces deux grands types, les auteurs ont étudié un autre syndrome d'origine infectieuse, le syndrome syndesmophytique, réalisant au point de vue clinique le tableau de la spondylose rhizomélique, qu'il vaudrait mieux appeler spondylarthrite inflammatoire à tendance ankylosante. Radiologiquement, l'élément essentiel est le syndesmophyte, ossification ligamentaire fibre par fibre, formé d'os dense, sans sctructure trabéculaire, sans corticale, l'os est dense. Le syndesmophyte s'élabore au niveau de l'insertion du ligament, tandis que l'ostéophyte se développe au niveau de la zone parachondrale de l'os.

Tels sont, dans leurs grandes lignes, les éléments du diagnostic radiologique des affections rhumatismales chroniques.

C'est sur la radiographie que reposeront le diagnostic ainsi que les indications thérapeutiques et le pronostic de ces affections.

Trois méthodes de radiographie analytique (planigraphie, sériscopie et substraction. Ziedses des Plantes (Utrecht). (*IIIe Congrès des méd. électro-radiol. de langue franç.*, Paris, 8-10 oct. 1936.) — Le sériscope du docteur Ziedses des Plantes est un appareil qui permet la prise d'un certain nombre de clichés dans des incidences définies. Ces clichés sont ensuite disposés dans l'appareil, un simple bouton molleté les déplaçant les uns par rapport aux autres déplace le plan de visibilité. Des numéros indiquent la distance de la coupe au plan de la table, par gradua-

tions en centimètres. Les images obtenues permettent d'étudier analytiquement tout un segment du corps humain.

Le problème des coupes radiographiques : quelques résultats de planigraphie. L. Delherm, Thoyer-Rozat, Strouzer et Jacques Bernard. (*Bull. et mém. Soc. radiol. méd. de Francs*, 10 novembre 1936.) — La planigraphie se propose de fournir de véritables coupes radiographiques pour préciser la morphologie d'une région cachée par des formations denses ou épaisses ; elle permet une étude radiographique plan par plan. Le principe de la méthode, posé dès 1921 par M. Bocage, repose sur le déplacement simultané de l'ampoule et du film : les ombres du plan défini par l'axe fixe du mouvement sont fixes ; les ombres des autres plans se déplacent au cours du mouvement et sont ainsi étalées, effacées. Les auteurs ont adopté le mouvement spiral réalisé par l'appareil de M. Ziedses des Plantes (Utrecht). Les résultats sont encourageants. Cette technique appliquée au squelette facilite l'étude de régions difficilement explorables par les procédés habituels, comme : les articulations sterno-claviculaires, la colonne cervicale supérieure, la colonne lombo-sacrée. Elle permet d'isoler différents plans du crâne et de réaliser des coupes à différents niveaux du sinus, de l'orbite, de la selle turcique, etc.

L'historadiographie. P. Lamarque. (*Presse médicale*, 21 mars 1936.) — Il s'agit d'une méthode nouvelle, ouvrant un nouveau chapitre dans la technique microscopique. Cette méthode comporte une instrumentation très particulière et qui permet d'obtenir des résultats très remarquables dans les investigations histologiques, par l'utilisation de la radiographie.

L'ostéo-thorio-nécrose tardive des maxillaires. L. Lebourg. (*Presse Méd.*, 11 mars 1936). — La possibilité de nécroses extensives des maxillaires survenant après un traitement prolongé par le thorium X semble à l'heure actuelle définitivement établie et il mporte d'instituer précocement les règles préventives indispensables.

Les adamantinomes. J. Bercher, F. Codvelle et Ch. Ruppe. (*Presse Méd.*, 14 nov. 1936.) — En pratique, deux variétés d'adamantinomes attirent l'attention du clinicien. Qu'il s'agisse d'adamantinomes à croissance illimitée (épithéliome adamantin, fibro-épithéliome adamantin) ou à croissance limitée (adamantinome odonto-plastique ou adamantinome solide dentifié) le diagnostic est établi par la radiographie qui en constitue la pierre de touche.

La forme ostéoplastique généralisée des métastases du cancer prostatique. Van Bogaert, Van Cauteren et H. J. Scherer (*Presse Médicale*, 14 nov. 1936). — La forme ostéoplastique des métastases prostatiques est, au contraire des maladies de Paget et d'Albers-Schönberg, une maladie à évolution subaiguë, rapidement cachectisante, en dépit d'une augmentation pondérale, parfois fébrile et très douloureuse.

Les images radiologiques montrent que si, au début et en raison de la rareté de cette forme d'ostéopathie condensante, le diagnostic peut être discuté, les épreuves recueillies au cours d'examens sériés dénoncent une généralisation inéluctable et rapide du mal.

L'ostéopétrose généralisée n'est pas une maladie rare. Sa fréquence dans l'intoxication fluorée. Spéder. (*Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, janv. 1936.) — L'ostéopétrose généralisée — maladie d'Albers Schönberg — n'est pas une affection rare, si on la recherche chez les individus soumis à une intoxication par le fluor, et surtout par le fluorure de calcium.

L'arthro-pneumoradiographie. J. Oberholzer. (*Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, janv. 1936.) — La pneumoradiographie du genou et d'autres articulations est une méthode qui, exécutée soigneusement, peut être appliquée sans dangers. Elle précise le diagnostic des lésions méniscales du genou, renseigne sur l'état des ligaments croisés et latéraux, sur l'état de la capsule articulaire et des culs-de-sac, sur les paquets cellulo-adipeux de Hoffa. Elle joue un rôle important dans le diagnostic de l'ostéochondrite et dans la localisation des corps libres intra-articulaires.

La pneumoradiographie donne encore des renseignements dans les lésions intéressant les articulations de l'épaule et du coude.

Contribution à l'étude radiographique de la « léontiasis ossea ». Maurice Dide et Pierre Leclerc. (*Bull.* et *Mém. Soc. Rad. Médic. de France*, janvier 1936, p. 56.) — L'étude radiographique apporte un certain nombre de données très intéressantes dans le diagnostic différentiel des dystrophies osseuses à prédominance cranio-faciale.

Le nom de leontiasis ossea paraît devoir être réservé aux déformations intéressant le massif facial (type Cruveilhier); les déformations à prédominance cranienne doivent plutôt être rapportées au syndrome de Paget.

L'association de dystrophies osseuses à des lésions vasculaires sanguines, l'existence constante de lésions parathyroïdiennes ne suffisent pas à démontrer l'origine endocrinienne de ces affections qui paraissent devoir être rangées dans le groupe des dystrophies familiales.

La leontiasis ossea se distingue de la maladie de Paget par sa localisation, de l'ostéite fibreuse et de l'ostéomalacie par un processus dystrophique dont l'image radiographique ne peut être confondue.

APPAREIL RESPIRATOIRE

POUMONS

Le problème radiologique du kyste hydatique du poumon. Les éléments de son diagnostic positif. J. Belot et G. Peuteuil. (*Presse Médicale*, 25 avril 1936.) — Jusqu'à ces dernières années, le problème radiologique du kyste hydatique du poumon paraissait résolu ; en réalité, il n'avait jamais été posé nettement.

Les deux seuls critères radiologiques actuels de l'hydatidose pulmonaire sont le « signe du décollement » et le « signe de la membrane », ainsi que le mettent en évidence les auteurs après une étude clinique et radiologique des deux grands groupes de kystes :

1) Les kystes hydatiques fermés qui se présentent comme un diagnostic d'opacité arrondie ;

2) Les kystes hydatiques ouverts qui posent le diagnostic d'image hydro-aérique ou aérique.

Etude radiologique de l'hydatidose. R. Tixier, Le Genissel et P. Goinard (Alger). (*Journal de Radiol. et d'Electro.*, mai 1936.)

Kyste congénital suppuré du poumon. Prof. E. Sergent. (*Presse Médicale*, 20 juin 1936.) — Les kystes congénitaux peuvent rester à l'état latent toute la vie, mais ils peuvent s'infecter à l'occasion d'une affection broncho-pulmonaire aiguë. Une image aérique ou hydro-aérique apparaît à l'examen radiologique. Dans le cas rapporté par l'auteur, il s'agit d'une femme de 33 ans, à tendance hémoptoïque, non bacillifère, chez laquelle l'image kystique est mise en évidence par le lipiodol.

Les états suppurés pleuro-pulmonaires. Etienne PIOT. (*Presse médicale*, 24 oct. 1936.) — « Médecin, le radiologiste se doit de partager la vie active de ses confrères praticiens, et d'aller jusqu'au chevet des malades. »

La radiologie d'urgence au lit du malade permet de développer cliniquement les possibilités du radiodiagnostic et d'apporter techniquement des documents d'un intérêt nouveau, en particulier au cours des états suppurés pleuro-pulmonaires.

Les cancers primitifs suppurés du poumon. Prof. E. SERGENT, R. KOURILSKY, TURIAF et PAUCHARD. (*Presse médicale*, 14 nov. 1936.) — Les cancers primitifs nécrosants du poumon peuvent, d'une façon générale, être divisés en deux grandes catégories anatomo-cliniques : les cancers nécrosants et les cancers avec obstruction bronchique, où l'examen radiologique et lipiodolé joue un rôle de premier ordre dans le diagnostic.

Le rôle de l'examen radiographique dans le diagnostic des cancers sous-glottiques. Fr. BACLESSE et J. LEROUX-ROBERT. (*Journ. de Rad. et d'Electr.*, août 1936 et déc. 1936.) — Etudes anatomo-topographique et radiographique comparées.

APPAREIL DIGESTIF
ESTOMAC, DUODENUM, INTESTINS

L'évolution des ulcères. R. A. GUTMANN et G. VOULPIOTIS. (*Soc. Rad. Méd.*, 11 janv. 1936, p. 45.) — Les ulcères ne commencent pas par une période progressive indistincte. Ils débutent d'emblée, et dès les premiers jours se manifestent les signes cliniques et radiologiques. Ces données ont été rappelées à maintes reprises par ces auteurs qui rappellent en même temps qu'au bout de quelques semaines disparaissent les signes cliniques et les signes radiologiques.

Mais au sujet de cette communication, ils rappellent que lorsqu'un malade continue à souffrir, avec persistance des signes radiologiques, il faut suspecter un cancer ulcériforme.

La méthode des radiographies en série s'est imposée pour le diagnostic de ces manifestations.

Le cancer du pôle supérieur de l'estomac. André CAIN et Pierre AUGIER. (*Presse médicale*, 24 oct. 1936.) — Le cancer tubérositaire ou fundique a des caractères anatomiques et radiologiques qui lui sont propres. Il doit être systématiquement recherché en décubitus et en Trendelenburg. Dans le cancer tubérositaire, l'amputation de la grosse tubérosité est totale ou partielle selon l'extension de la tumeur. Dans le cancer sous-cardiaque, la substance opaque chemine à travers une poche à air réduite, en dessinant des réseaux irréguliers et épaissis avant d'atteindre la petite courbure. A un stade plus avancé, l'arrêt au cardia est la règle.

La méthode des plis dans l'interprétation des lacunes gastriques. J. MASSON (Lausanne). (*Presse médic.*, 24 oct. 1936.) — La méthode des plis a été surtout préconisée en vue du diagnostic précoce du cancer. Elle permet : 1° d'exclure avec certitude un cancer inexistant ; 2° faire un diagnostic précoce d'une tumeur réelle ; 3° en connaître avec précision l'étendue exacte et 4° distinguer à coup sûr entre une tumeur intrinsèque et une tumeur extrinsèque.

Trois observations de cancer gastrique au début. R. GUTMANN. (*Bull. Mém. Soc. Rad. méd. Franç.*, 7 juillet 1936.) — L'auteur insiste sur l'importance qu'il y a pour les médecins à faire pratiquer chez des malades à image ulcéreuse, non seulement un premier examen qui montre la lésion, mais des examens évolutifs qui montrent ce qu'elle devient, en particulier si elle disparaît après traitement, ou au contraire, si elle persiste et s'accroît.

Le problème de la cholécystatonie. M. CHIRAY, I. PAVEL, A. LOMON et Georges ROSANOFF. (*Presse médicale*, 20 juin 1936.) — La cholécystatonie est une affection caractérisée par la distension atonique du réservoir biliaire, distension complètement indépendante de tout obstacle mécanique, facilement caractérisé par l'examen radiologique.

L'exploration radiologique directe des voies biliaires. Epreuve complémentaire de la cholécystostomie. M. CHIRAY et A. LOMON. (*Presse méd.*, 22 fév. 1936.) — Cette épreuve consiste à injecter un agent de contraste (lipiodol pour ces auteurs), qui permettra d'effectuer l'étude du transit biliaire normal et du transit biliaire dans les cholécystites, dans les cholédocites, dans les sténoses par calculs ou par compression.

Cette nouvelle méthode d'exploration doit prendre place dans la conduite du traitement des ictères chroniques, par rétention non précisée. La chlolécystostomie est le premier acte, l'exploration lipiodolée par la fistule chirurgicale constitue le second, et celui-ci est souvent lui-même suivi d'un troisième acte libérateur.

APPAREIL CIRCULATOIRE
CŒUR, AORTE

Etude radiokymographique de la distension artérielle pulmonaire et de la stase veineuse hilaire. CLERC, DELHERM, FISCHGOLD et FRAIN. (*Bull. et Mém. Soc. Rad. Médic. France*, 7 juillet 1936.) — L'image de distension artérielle pulmonaire s'observe, soit dans les affections primaires du vaisseau examiné, soit secondairement à la suite d'une gêne réalisée sur le parcours de l'ondée ventriculaire droite (cardiopathie, pneumopathie).

La distension artérielle pulmonaire se caractérise par la distension de l'artère, son déroulement et l'hyperpulsion du tronc et des branches de l'artère pulmonaire.

Cette inscription donne à l'image radiographique une allure quelquefois pathognomonique.

Le hile de distension artérielle, à contours nets et pulsatiles, est à distinguer du hile de stase veineuse, immobile et amorphe.

La radiokymographie du cœur et des vaisseaux. Emile BORDET et H. FISCHGOLD. (Masson et Cie, édit.). — Ce livre expose avec précision la technique radiokymographique et analyse très objectivement les résultats obtenus. Il expose aussi clairement que possible les titres qui classent la kymographie parmi les méthodes d'investigation fonctionnelle du cœur et des vaisseaux.

Etudes anatomo-radiologiques de l'appareil circulatoire du cadavre. P. COTTENOT et R. HEIM DE BALSAC. (*Soc. de Rad. Méd. de France*, 9 juin 1936.) — Cette communication a pour objet d'exposer la technique employée dans l'opacification post mortem de l'appareil circulatoire et la valeur de la méthode.

L'opacification est réalisée par injection d'une substance de contraste liquide (acétate de plomb) ou crémeuse (suspension barytée) injectée au moyen d'une seringue de Couyon de 150 cc. L'injection étant poussée dans la veine jugulaire, on suit radioscopiquement la pénétration du liquide opacifiant dans la veine cave inférieure et ses ramifications

intra-hépatiques, puis le ventricule droit, l'infundibulum et tout l'arbre artériel pulmonaire.

Par voie carotidienne ou aortique, l'injection opacifie toute la boucle aortique, mais les sigmoïdes doivent normalement s'opposer au remplissage du ventricule gauche, c'est pourquoi on cathétérise la carotide, l'aorte et l'orifice aortique, au moyen d'une sonde urétérale, quand on veut opacifier le ventricule gauche.

Après opacification, on procède à des radiographies sous 4 incidences. Les images obtenues sont très nettes et instructives.

Constitution du bord droit du pédicule en position frontale. D. Routier et H. de Balsac. (*Bull. et Mém. Société Radiol. méd. France*, 7 juillet 1936.) — L'opacification post mortem de l'appareil circulatoire permet de noter que chez le nouveau-né, l'enfant et l'adulte, le bord droit est uniquement formé par la V. C. S. L'aorte ascendante en reste toujours plus ou moins éloignée. Chez les sujets âgés ou porteur d'une aorte ascendante élargie et déroulée, ce segment vasculaire empiète progressivement vers la droite.

Les auteurs étudient aussi les rapports du bord droit du pédicule avec la trachée et la bronche droite, l'œsophage, l'artère pulmonaire droite, les formations glandulaires et ganglionnaires du médiastin. Ils insistent sur la valeur des téléradiographies et des radiokymographies.

Interprétation radiologique de la silhouette cardio-vasculaire. Heim de Balsac. (*Monde médical*, 1er nov. 1936.)

L'examen radiologique de l'aorte en position frontale. G. Lian et M. Marchal (*Presse Médicale*, 23 mai 1936). — L'examen radiologique de l'aorte en position frontale permet aisément d'apprécier si la courbure de l'aorte est normale, ou si au contraire elle est flexueuse, soit dans la totalité de son trajet, soit dans une position seulement (ascendante, horizontale, descendante).

Deux méthodes permettent la mesure du diamètre de l'aorte en position frontale :

a) Mesure par construction géométrique du centre de l'aorte ;

b) Mesure par superposition et coïncidence de cercles gradués avec l'arc supérieur antique. Une bonne téléradiographie frontale fournit presque tous les renseignements nécessaires à l'examen de l'aorte, d'après les auteurs.

Trois cas de corps étrangers intra-cardiaques. Clerc, Delherm, Fischgold et Frain. (*Bull. et Mém. Société Rad. Médic. France*, mars 1936, p. 183.) — La radiokymographie pour l'exploration des corps étrangers opaques intracardiaques permet de porter le diagnostic du siège intra- ou extra-cardiaque, et de préciser si le corps étranger est dans une cavité, dans l'épaisseur du muscle cardiaque ou enfin dans le péricarde.

La blessure de la mince paroi de l'oreillette est mortelle.

A propos de la lymphographie. H. Morel-Kahn et Jacques Bernard. (*Presse Médicale*, 7 mars 1936.) — Les procédés d'opacification nécessaires à l'étude radiologique des principaux organes creux ont été depuis quelques années appliqués aux vaisseaux et en particulier aux lymphatiques.

Les sels opacifiants utilisés sont des sels de thorium.

Deux cas de calcification du péricarde. P. H. Codet et G. Bonte. (*Bull. et Mém. de la Société de Rad. Méd. de France*, 11 février 1936.) — Etude radiologique, mais surtout radiokymographique, qui a permis d'enregistrer les battements transmis à la calcification du péricarde. — La kymographie permet une bonne étude de la cinétique cardiaque et du rôle fonctionnel de la calcification.

RADIOTHERAPIE

La radiothérapie à voltage élevé. Technique. Wangermez et Auriac (Bordeaux). (*Rapport. IIIe Congrès des Méd. Elect. Radiol. de Langue franç.*, Paris, 8-10 octobre 1936.) — La notion de non-électivité des longueurs d'onde paraît aujourd'hui bien établie. En vertu des principes de la physique générale, l'énergie radiante n'est utilisée dans les tissus que par abaissement de fréquence (dégradation du quantum) et formation dans les tissus de rayonnements de très grande longueur d'onde. Le problème de la radiothérapie à haut voltage se résume donc à rechercher les facteurs susceptibles de faire pénétrer à l'intérieur des corps et des tissus des quanta élevés qui, par dégradations successives, vont agir sur les tissus les plus sensibles.

L'étude des facteurs de la pénétration montre qu'on obtient les mêmes améliorations dans le taux de transmission, en passant de 0 m. 50 à 1 mètre de distance focale à 200 kv., ou en passant de 200 à 700 kv. sans changer la distance.

L'avenir de la radiothérapie de quantité semble donc très intéressant, à tous points de vue.

Essai de radiothérapie à 520 kv. Gunsett (Strasbourg). (*IIIe Congrès des méd. électro-radiol. de langue française*, Paris, 8-10 oct. 1936.) — Une tension constante et un tube spécial permettent d'obtenir 520.000 volts et 3 mA.

Le très haut voltage permet d'obtenir :

1° Une très sensible augmentation de la dose reçue en profondeur ;

2° Une diminution du rayonnement diffusé ;

3° La possibilité de faire supporter à la peau une plus grande dose de rayons X ;

4° La diminution de la distance anticathode-peau jusqu'à 80 cm. et la diminution du temps nécessaire à chaque séance.

Les indications de ce traitement sont les tumeurs profondes pour lesquelles il faut le maximum de la dose de Rx compatible avec l'intégrité de la peau.

La radiothérapie à voltage élevé. Mathey-Cornat (Bordeaux). (*IIIe Congrès des méd. électro-radiol. de langue française.* Paris, 8-10 oct. 1936.)

Les conditions physiques optima de filtration en rœntgenthérapie. Destriau et Mathey-Cornat (Bordeaux). (*IIIe Congrès des méd. électro-radiol. de langue française.* Paris, 8-10 oct. 1936.)

Essai sur la technique de la rœntgenthérapie des cancers du col à l'aide d'appareillages à très haut voltage. Gunsett. (*Journ. de Rad. et d'Electr.*, juin 1936.)

Note sur la radiothérapie hypophysaire dans la maladie de Basedow. Delherm et Stuhl. (*IIIe Congrès des méd. électro-radiolog. de langue franç.*, Paris, 8-10 oct. 1936.) — On sait (Aron) que des extraits du lobe antérieur de l'hypophyse ont une action stimulante sur la thyroïde et qu'ils peuvent déterminer un syndrome net d'hyperthyroïdie. On sait aussi que l'exophtalmie n'est pas un symptôme thyroïdien.

La radiothérapie hypophysaire, de même que la radiothérapie surrénale et ovarienne, trouvera son indication toutes les fois où les résultats favorables seront un peu lents à apparaître dans le traitement radiothérapique de la maladie de Basedow. Les auteurs rapportent quelques cas très heureusement influencés par la radiothérapie hypophysaire, cas qui s'étaient montrés radio-résistants à la radiothérapie thyroïdienne.

Les facteurs de diffusion en télécuriethérapie et en télérœntgenthérapie. Mallet et Proux. (*IIIe Congrès des méd. électro-radiol. de langue française.* Paris, 8-10 oct. 1936.)

Faut-il considérer la téléradiothérapie comme une radiothérapie fonctionnelle humorale ? R. DESPLATS (Lille). (*Bull. et Mém. Soc. Radiol. Méd. France*, 7 juillet 1936.) — La caractéristique de la téléradiothérapie est de s'adresser avant tout au milieu circulatoire, qui est irradié en grand volume par suite des larges portes d'entrée et de modifier ainsi le terrain cancéreux.

Les conditions techniques restent encore à mettre au point, mais les doses doivent être données lentement et prudemment en surveillant de près la formule sanguine.

Nécessité du contrôle radiologique en curiethérapie intra-laryngée. LEDOUX-LEBARD, WALLON et A. DJIAN. (*Bull. et Mém. Soc. Rad. Méd. Fr.*, 7 juillet 1936.) — La radiographie, combinée à la technique d'amarrage des tubes de radium par doubles fils de Wallon et Granet, permet de repérer vigoureusement la position topographique des tubes et de rectifier leurs positions défectueuses.

Principe, conditions physiques, notions radiobiologiques, avantages et dangers de la rœntgenthérapie totale. J. DUCUING. (*Toulouse médical*, déc. 1936.) — La radiothérapie totale est un procédé d'irradiation délicat à manier, mais elle est une thérapeutique à ne pas négliger pour le traitement de certaines affections très graves et jusqu'ici au-dessus de toutes les ressources thérapeutiques.

Les anémies consécutives à la télérœntgenthérapie totale. Prof. Ch. AUBERTIN. — Pour l'auteur même dans des cas bien déterminés (certaines récidives de leucémie, leucémies médullaires pures, érythrémies sans splénomégalie, maladie de Hodgkin), la télérœntgenthérapie totale devra être employée avec une grande prudence, car elle peut déterminer une anémie d'autant plus grave qu'elle peut n'apparaître qu'assez tardivement après la fin des séances de télérœntgenthérapie.

Acquisitions nouvelles de la télérœntgenthérapie des cancers. L. MALLET. (*Bull. et Mém. Société de Rad. Méd. de France*, 12 mai 1936.) — Des cancers du sein avec métastases généralisées au squelette ont réagi favorablement au traitement télérœntgenthérapique. La recalcification des lésions s'effectue parfois d'une façon surprenante, avec amélioration considérable de l'état général de ces malades. Des cancers de l'œsophage ont pu également largement bénéficier de cette technique.

Des biopsies faites au cours du traitement ont montré que la présence des cellules néoplasiques encore intactes ne s'accompagne pas des réactions habituelles des cellules soumises au rayonnement direct et l'on ne note aucune altération du stroma.

La télérœntgenthérapie, à doses faibles et prolongées, évite donc l'affaiblissement du terrain si préjudiciable quand on utilise la technique des doses fortes et localisées. Cette technique réduit à néant la théorie de la vaccination de la cellule néoplasique ou de la radio-excitation par les petites doses, car on ne note jamais, par l'emploi de la télérœntgenthérapie, ni stimulation des tumeurs, mais bien au contraire un arrêt de leur croissance dès le début du traitement.

A propos de la rœntgenthérapie de la sclérose en plaques. DELHERM, MOREL-KAHN et TARGOWLA. (*Bull. et Mém. Soc. Rad. Méd. France*, janvier 1936, p. 63.) — La rœntgenthérapie paraît devoir permettre des résultats très encourageants dans le traitement de la sclérose en plaques.

Sur 13 cas, il a été noté :
4 très grandes améliorations.
6 améliorations plus ou moins accentuées.
2 échecs.
(1 malade est en cours de traitement).
Technique : EE 25-30 cm.
F : 6 à 8 mm Al.
Champs paravertébraux D et G
Centrés sur l'axe médullaire
Région cervico-dorsale (C^4—D^6).
Région dorso-lombaire (D^{10}—L^4).
Doses : 600 à 800 I par champ (même 1.000 r).
200 r par séance et par champ.

Le traitement sera d'autant plus efficace qu'il sera commencé d'une façon plus précoce, avant l'organisation des lésions.

Radiothérapie des affections inflammatoires aiguës. JAUDEL. (*Soc. Franç. d'Electr. et de Radiol.*, 24 mars 1936.) — Après avoir insisté sur la simplicité de la technique, sur la rapidité de l'action des rayons, sur l'efficacité et la durée des résultats, l'auteur conclut que l'on doit faire un emploi de plus en plus large de la radiothérapie dans les affections inflammatoires aiguës.

Action des radiations sur la division cellulaire et les mutations. L. SAGOLS. (*Thèse Montpellier*, 1936.) — On connaît l'action des radiations et leur utilisation dans la lutte contre le cancer. Suivant la dose employée, cette action peut être excitatrice ou destructrice.

L'action des radiations sur les cellules reproductrices et sur l'embryogénèse est moins connue. La sensibilité du noyau et du cytoplasme est différente ; l'intégrité des chromosomes est nécessaire pour permettre une gastrulation normale. L'irradiation des gamètes permet de rendre compte des mutations chromosomiques et factorielles.

Ce travail extrêmement documenté est complété par une abondante bibliographie.

Considérations sur le traitement radiothérapique du cancer primitif du poumon. Ses possibilités, ses espoirs. P. THOYER-ROZAT et DUCHAMP. (*Bull. Soc. Radiol. Méd. de France*, 10 nov. 1936.) — Les auteurs étudient l'efficacité actuelle des radiations et les possibilités d'amélioration des résultats.

Le diagnostic du cancer primitif du poumon est fait trop tardivement, quelquefois un an après le début, et cependant c'est une affection très fréquente. Aussi est-il nécessaire de faire le plus souvent possible des examens radiologiques, des explorations lipiodolées : bronchoscopie, biopsie. La tomographie peut aider l'établissement du diagnostic. Au point de vue du traitement, les résultats ne sont que palliatifs. mais les tumeurs primitives du poumon sont pour la plupart radiosensibles et l'effet des radiations est freiné par l'état avancé de la maladie. Il faut donc compter sur un diagnostic plus précoce et sur l'appareillage moderne.

La télécuriethérapie, la curiethérapie externe peuvent être également d'un précieux secours.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

A la recherche de l'unité, par E. TECHOUEYRES, Directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Reims. 1937. Un vol. grand in-8° de 184 pages. Prix : 32 fr., chez J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Les syndromes parathyroïdiens, par MM. SNAPPER, L. BÉRARD et M. HENRY, G. CORYN. Rapports présentés au Congrès français de médecine (XXIVe session, Paris, 1936). Un vol. de 365 pages, chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

L'analyse mentale en pratique médicale, par A. AUSTREGESILO, professeur à l'Université de Rio-de-Janeiro. — Un volume de 130 pages. Prix : 18 fr. — Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

SOCIETÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 2 JUIN 1937)

A propos des tumeurs pédiculées de l'estomac. — M. MONDOR a revu en parfait état une de ses malades opérées en 1933.

MM. FIESSINGER et BERGERET ont observé une très volumineux schwannome gastrique dont l'examen histologique révéla qu'il s'agissait par places d'un sarcome polymorphe. On fit dans ce cas une gastrectomie large.

Embolectomie fémorale. Guérison. — MM. SICARD, THOMERET et CHAMBON ont pu intervenir à la deuxième heure d'une embolie fémorale de cause indéterminée ; l'embolectomie fut facile d'un caillot mesurant 31 centimètres, et la guérison fut sans histoire.

M. HUET insiste sur la difficulté du diagnostic de siège.

Echinococcose alvéolaire en France. — M. DÉVÉ tient à montrer l'existence indiscutable de foyers autochtones d'échinococcose alvéolaire en France, dans les départements voisins de la Suisse : il en cite plus de 20 cas observés par les mêmes chirurgiens, presque tous Bisontins. Il insiste par ailleurs sur les signes cliniques qui peuvent la faire soupçonner avant l'intervention, et sur les caractères anatomo-pathologiques des lésions. Qu'il nous suffise de dire ici que doit être suspecte toute hépatomégalie avec ictère et grosse rate et conservation paradoxale de l'état général et de l'appétit. M. Dévé présente ensuite de fort belles pièces anatomiques.

Péritonite à pneumocoque. — M. DE LA MARNIÈRE rapporte trois observations de péritonite à pneumocoque post-partum qu'il a eu l'occasion d'opérer ; il se demande s'il est possible d'arriver au diagnostic clinique.

Rôle de l'iléite dans la pathogénie de l'invagination. — M. DE LA MARNIÈRE est tenté de voir dans l'iléite segmentaire la cause de l'invagination dite essentielle.

M. LEVEUF pense plutôt que M. de la Marnière s'est trouvé en présence de cas d'iléite aiguë segmentaire.

(SÉANCE DU 9 JUIN 1937)

Fractures du calcanéum traitées par boulonnage. — M. BOPPE rapporte deux belles observations de M. MERLE D'AUBIGNÉ, qui a obtenu par le boulonnage transversal une excellente réduction.

Staphylococcie à localisations multiples. — M. ROUSSET a guéri par l'anatoxine une staphylococcie à localisations multiples, dont une épididymite. M. MOULONGUET, rapporteur, insiste sur le rôle indiscutable de l'anatoxine dans ce cas, et précise les doses ; il insiste en particulier sur la nécessité de commencer par des doses minimes : 1/10 de centimètre cube, afin de tâter la sensibilité des sujets.

M. SAUVÉ se félicite du résultat obtenu par M. Rousset, mais montre quelque scepticisme quant à l'avenir.

M. LEVEUF a eu par l'anatoxine beaucoup d'échecs et estime qu'il faut être très prudent dans l'interprétation des résultats.

M. R.-C. MONOD rappelle la définition de la septicémie, qui comporte la culture des microbes dans le sang et non pas seulement leur passage.

M. BAZY pense que l'anatoxine agit en mettant en jeu des phénomènes d'allergie ; il souhaite que les futures observations comportent le dosage systématique de l'antitoxine dans le sang.

Tuberculose synoviale du genou guérie par arthrotomie. — M. GAUTIER (Angers) a guéri par simple arthrotomie une tuberculose du genou confirmée par l'examen histologique. La guérison se maintient depuis un an.

MM. Pierre DUVAL et RICHARD protestent contre la seconde observation de M. Gautier, qui ne comporte pas de contrôle histologique ni bactériologique.

M. SORREL retient de l'observation l'intérêt de la biopsie synoviale, qui présente pour lui un intérêt considérable.

M. MADIER demande des précisions sur l'identification du bacille de Koch.

M. MONDOR a fait des biopsies articulaires, mais aussi a vu des fistules.

M. MICHON croit que les inoculations, comme toutes les techniques, peuvent tromper, et conseille les inoculations « en série ».

M. BAZY juge également qu'il faut être très prudent dans l'interprétation des résultats, les techniques actuelles étant relativement imparfaites.

Pour M. ALGLAVE, une inoculation négative ne saurait avoir de valeur absolue.

(SÉANCE DU 16 JUIN 1937)

Prévention du syndrome de Volkmann. — M. SORREL estime que l'intervention précoce permet d'éviter la constitution du syndrome de Volkmann ; il insiste sur les symptômes « d'alarme » au cours des fractures du membre supérieur.

Os radial externe. — M. MOUCHET rapporte la première observation radiologique d'os radial externe, qui a été faite par MM. ROQUES et GRIZAUD (Armée).

Le magnésium dans le traitement des fractures. — M. VERBRUGGE (Anvers) a fait un important travail sur ce sujet, que rapporte M. MÉNÉGAUX. Il en résulte que l'utilisation du magnésium sous forme de fiches ou de vis de petit volume est sans inconvénient, mais que l'on doit proscrire les plaques vissées ou les matériels importants.

Pneumothorax extra-pleural dans la tuberculose pulmonaire. — MM. MAURER, HAUTEFEUILLE et DREYFUS LE FOYER, après avoir rappelé l'histoire du pneumothorax extra-pleural et montré le rôle de précurseur de Tuffier, détaillent leur technique actuelle, disent les suites post-opératoires et leurs résultats éloignés. Ils étudient ensuite les indications de cette technique, qu'ils ont réalisée 20 fois sans incident.

M. SOUPAULT, qui a utilisé la méthode, ne croit pas que la réinsufflation soit toujours nécessaire.

A propos du pneumothorax extra-pleural. — M. Robert MONOD estime que le pneumothorax extra-pleural constitue une intervention mineure, et montre les avantages des ballonets de caoutchouc qui permettent de maintenir une pression d'air constante et d'éviter les épanchements intra-cavitaires.

L'évipan sodique peut-il léser le rein ? — M. SOUPAULT apporte les enseignements de 25 cas. Il en résulte que l'évipan peut déterminer une atteinte légère et momentanée du rein, mais qui paraît sans danger.

Accidents paralytiques secondaires aux hémorragies, en particulier dans les fibromes. — M. GRÉGOIRE, après avoir rappelé les troubles mentaux habituellement consécutifs aux spoliations sanguines importantes, cite deux observations de paralysies consécutives à des hémorragies chez des fibromateuses : une monoplégie brachiale droite et une gauche. Chez les deux malades les troubles disparurent spontanément. L'auteur envisage la transfusion comme moyen thérapeutique à mettre en œuvre d'urgence.

Nouveau procédé d'arthrodèse de l'épaule. — M. J. LEVEUF a mis au point un système de greffe solidarisant la tête humérale et la face postérieure de l'omoplate au-des-

sous de l'épine. L'attitude d'abduction est ainsi fixée de façon telle que l'appareil plâtré peut être confectionné seulement le second jour. Six opérés ont été suivis, qui ont obtenu un excellent résultat.

(SÉANCE DU 23 JUIN 1937)

Myosite aiguë streptococcique. — MM. NAULLEAU et NÉDELEC (Angers) ont eu l'occasion d'observer un cas de polymyosite des muscles pectoraux et grand pectodorsal, à allure septicémique, guérie en 3 mois après trois interventions. Les auteurs insistent sur le peu d'influence du drainage et posent la question de la résection musculaire étendue précoce, qui est acceptée par le rapporteur M. D'ALLAINES.

Pseudarthroses et inflexions congénitales du tibia. — M. MONDOR analyse un travail important de M. DUCROQUET, qui estime que certaines inflexions congénitales du tibia peuvent être soupçonnées de n'être qu'un élément de la maladie de Recklinggausen, les formes monosymptomatiques représentant des cas de neuro-fibromatose à la troisième ou quatrième génération.

M. FÈVRE demande s'il a été fait des examens histologiques.

M. MOUCHET a observé à deux reprises des taches pigmentaires dans des inflexions congénitales du tibia.

Nouvelles conceptions sur les embolies pulmonaires. — M. BROCQ rapporte un très important travail de M. BARDIN sur les embolies pulmonaires. De très nombreuses expériences il semble résulter que la mort subite et les accidents dramatiques sont le fait d'un réflexe parti de la paroi des vaisseaux. Du point de vue thérapeutique il faut donc, par tous les moyens en notre pouvoir, s'efforcer de supprimer ou d'atténuer le réflexe mortel.

M. R. GRÉGOIRE estime que les apoplexies pulmonaires sans oblitération vasculaire peuvent avoir la même origine réflexe, certains corps chimiques étant susceptibles de déclancher le réflexe au même titre que des poudres inertes.

M. QUÉNU signale la quasi-constance, dans les embolies pulmonaires, d'une sudation profuse qui cadre bien avec un ébranlement du système neuro-végétatif.

M. R. MONOD remarque la concordance entre cette théorie nouvelle et les constatations de la chirurgie pulmonaire. Celle-ci permet sans accident la ligature des plus gros vaisseaux du hile ; il serait intéressant de connaître le siège de la zone réflexogène pour éviter son irritation ou la prévenir. Il estime par contre que l'ablation de l'embolus, si elle est réalisable, doit être faite.

M. CAPETTE donne conaissance des prescriptions préventives et curatives qu'il met en œuvre dans son service en s'inspirant des recherches de Bardin.

M. DE MARTEL est persuadé du rôle du pneumogastrique et du sympathique dans les suites opératoires.

M. LAMARE partage la façon de voir de l'auteur : il cite un cas de véritable résurrection par infiltration du ganglion stellaire.

Infiltration ligamentaire dans certaines arthrites suppurées. — M. FIOLLE, dans trois cas, a obtenu par cette infiltration une sédation absolument extraordinaire et instantanée des phénomènes douloureux. L'injection a eu de plus une action des plus nettes sur l'évolution des phénomènes articulaires, et dans les trois cas l'arthrite a guéri sans arthrotomie, par simple ponction.

(SÉANCE DU 30 JUIN 1937)

Apicolyses par ballonnets de caoutchouc. — MM. P. BOURGEOIS et LEBEL montrent les inconvénients de la méthode et insistent sur les précautions qui doivent être prises dans la mise en place de ce matériel.

A propos de la lobectomie. — M. Robert MONOD nous rapporte deux travaux sur cette question, l'un sur la lobectomie en un temps de M. Alejandro CABALLOS (Buenos-Ayres), qui a obtenu 6 succès sur 8 opérations. L'auteur a considérablement simplifié les techniques actuelles et ses malades ont guéri dans un temps remarquablement court. M. OSTROWSKI (Lwow) communique deux cas de lobectomie en un temps, tous deux guéris.

Fracture de jambe boulonnée sans ouverture du foyer de fracture. — M. CADENAT communique une très belle observation de M. MERLE D'AUBIGNÉ, qui a pu, dans une fracture oblique, obtenir une réduction suffisante pour mettre en place un boulon.

Gastrectomie totale. — M. BANZET a réalisé avec succès cette très belle opération chez un vieillard de 71 ans porteur d'un cancer juxta-cardiaque. Le malade, opéré depuis 8 mois, est en excellente santé et se nourrit fort bien.

A propos du sérum hypertonique. — M. WILMOTH signale l'observation d'un malade mort dans un tableau cholériforme, et se demande s'il ne faut pas incriminer la médication chlorurée hypertonique qui a été mise en œuvre.

MM. SOUPAULT, CHEVASSU et BRÉCHOT ne croient pas que l'on puisse tirer d'utiles conclusions d'une observation aussi complexe.

Deux cas de cholépéritoine sans perforation. — M. BRUGEAS (Shanghaï) est intervenu à deux reprises pour un syn-

drome péritonéal de cette nature ; dans les deux cas aucune explication n'a pu être donnée, en particulier aucun des deux malades n'avait le moindre antécédent biliaire. Guérison dans les deux cas.

Injection ascendante dans les anastomoses bilio-digestives. — M. Mirizzi (Cordoba) insiste sur le danger d'infection ascendante et montre les avantages de la cystico-duodénostomie.

Deux cas de tumeur sympathique abdominale. — MM. Lombard et Montpellier ont observé un sympathome surrénal et un ganglio-neurome malin chez deux enfants qui ont été opérés, le premier seul avec succès. Les auteurs, à ce sujet, font une intéressante revue générale de cette question peu connue.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 25 juin 1937)

Diabète et lithiase biliaire associés. Amélioration du diabète après cholécystectomie. — MM. Rathery et Froment. Malade lithiasique ancienne, atteinte ultérieurement de diabète à type consomptif léger. Après l'intervention chirurgicale, la tolérance glucidique augmenta et on put obtenir de l'aglycosurie avec un régime plus riche en féculents, tout en supprimant l'insuline.

Spirochétose méningée avec subictère léger, augmentation considérable de la lipidémie et du rapport lipides totaux du sang. Irido-cyclo-choroïdite bilatérale. — MM. Nicaud, Laudat et Gerbeaux. Dans un cas de spirochétose ictéro-hémorragique, les auteurs avaient étudié la lipidémie et le rapport $\frac{\text{lipides totaux}}{\text{cholestérol}}$ du sang.

Dans une nouvelle observation, les auteurs ont constaté, comme la première fois, une augmentation considérable de la lipidémie, alors que le cholestérol était légèrement augmenté. Des modifications analogues ont été trouvées chez un cobaye inoculé. Ces modifications ne sont pas propres à la spirochétose. Les auteurs les ont observées dans deux cas d'ictères bénins non spirochétosiques. On ne peut guère attribuer aux lésions hépatiques un rôle exclusif dans l'augmentation de la lipidémie.

Agranulocytose curable à évolution par poussée consécutive à l'ingestion de pyramidon. — M. Roch (de Genève). Un cas d'agranulocytose, dont la première poussée survint après l'ingestion de 5 gr. 40 de pyramidon en 12 jours, donc d'une dose non toxique. Il s'agissait d'une angine agranulocytaire typique sans suppuration. Rapide amélioration par transfusions sanguines ; puis survenue de 2 rechutes, l'une après traitement des nécroses maxillodentaires, l'autre après une nouvelle absorption de 88 centigr. de pyramidon.

Un cas de syndrome de Milkman. — M. Garcin. Observation d'une femme âgée, chez qui apparurent des douleurs pelviennes : à la radio, images de pseudo-fractures du bassin sous forme de stries linéaires, tantôt traversant les branches ischio-pubiennes, tantôt intéressant seulement la corticale d'où elles semblaient partir : côtes et omoplates indemnes. Guérison sous l'influence d'un traitement récalcifiant.

Polyglobulies d'origine centrale et érythrémies du type Geisbock. — M. Lechelle. L'auteur rappelle qu'il a publié en collaboration avec Douady et Joseph un malade, dont l'observation peut se résumer ainsi :

Syndrome adiposo-génital, diabète sucré, exophtalmie bilatérale et hémiparalysie droite des nerfs de l'étage antérieur du crâne dus à un ménangiome ou à un sarcome partiellement calcifié. Erythrose cutanée avec polyglobulie. Les auteurs ont eu outre émis l'hypothèse d'un centre encéphalique, régulateur de l'hématopoïèse.

Levulosurie chez l'enfant. Etude d'un trouble rare du métabolisme hydrocarboné. — MM. Paisseau, Ferroir et Mangeot. Enfant de 6 ans atteint, depuis 2 ans de lévulosurie. Les auteurs étudient l'élimination du lévulose chez leur malade. Ils ont constaté que la lévulosurie augmentait après les repas, qu'elle atteignait son maximum dans la deuxième heure qui le suivait, que l'élimination variait de 10 à 18 % de la dose ingérée. Ils ont étudié le métabolisme du glucose. Ils concluent à un trouble bénin de pathogénie complexe hépato-endocrinienne, sans que le pancréas entre en cause.

Périarthrite rhumatismale chronique consécutive à un zona et localisée dans le territoire de l'éruption. -- MM. Jean Delay et Le Beau. Exemple de l'arthropathie du zona. Dans un zona brachial, sont apparues des arthrites à topographie strictement radiculaire, localisées dans le territoire de l'éruption. Les auteurs insistent sur l'importance des perturbations sympathiques déjà notée dans certaines observations d'arthropathies zostériennes.

Un cas pur de myoclonies palado-pharyngo-laryngées chez un adulte. — MM. Mollaret, Delay et I. y. Bettaucourt Adulte de 44 ans chez lequel on a constaté un syndrome myoclonique au niveau du voile du palais, des piliers et des cordes vocales, battant à 106 à la minute et dont le rythme n'était modifié par rien. Le syndrome était absolument pur.

CONGRÈS

Ier Congrès National des Hôpitaux. — La Fédération hospitalière de France, qui groupe les représentants des commissions administratives des hôpitaux et hospices telles qu'elles sont constituées par la loi du 7 août 1851, a tenu son premier Congrès national à Paris, du 3 au 5 juillet dernier, dans l'hôtel des Arts et Métiers, 9 *bis*, avenue d'Iéna (16e).

A cette réunion assistaient les représentants de toutes les Unions hospitalières de France et de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, qui constituent cette Fédération. Les congressistes étaient au nombre de 340.

La séance d'ouverture a été présidée par M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique, en présence de M. Vidal-Naquet, président de la Fédération hospitalière de France, et de M. le docteur von Deschwanden, de Lucerne, président de l'Association internationale des Hôpitaux, qui avait voulu marquer, par sa présence, l'étroite solidarité qui doit unir tous les administrateurs d'hôpitaux.

Les travaux du Congrès portèrent, en premier lieu, sur la question des « 10 premiers jours d'hospitalisation », présentée par le docteur G. Petit, vice-président de la Commission administrative des Hospices d'Orléans. Le Congrès a unanimement adopté le vœu suivant :

« Le Congrès national de la Fédération des Unions hospitalières de France, tenu à Paris le 4 juillet 1937, émet le vœu que les hôpitaux soient exonérés de la charge des dix premiers jours de traitement, et que ceux-ci soient imposés aux collectivités responsables de l'assistance obligatoire. Cette exonération doit être absolue, dans le sens le plus complet, quelle que soit la durée du séjour du malade ou du blessé à l'hôpital. La loi du 15 juillet 1893 doit être révisée dans ce sens, dans son article 25 complété par la loi du 1er août 1919, et la loi du 7 février 1937. »

Vient ensuite la discussion du rapport présenté par M. le docteur Renon et M. Merle, des Hospices de Niort, sur « la répercussion des lois d'assistance et de prévoyance sociales sur l'hospitalisation ». M. Renon fait un large exposé sur les importantes répercussions de chacune des lois d'assistance depuis celle de 1893 jusqu'à celles des Assurances so-

ciales, et précise les conséquences de cette nouvelle législation.

Enfin, le Congrès a adopté le vœu suivant de M. Ciaudo, vice-président de la Commission administrative des Hospices de Nice, sur « l'hospitalisation des étrangers » :

« Que soit élaboré sans délai un projet de loi tendant à faire décharger par l'Etat les hôpitaux, en très grande partie sinon en totalité, des frais d'hospitalisation des étrangers indigents, sans qu'il soit fait de différence entre les malades appartenant à des pays avec lesquels nous sommes liés par des traités de réciprocité, et ceux appartenant à des pays avec lesquels nous n'avons pas de traité ;

« Qu'en attendant la promulgation de cette loi, dont l'urgence est évidente, la répartition du crédit dont dispose le ministère de la Santé publique pour surbventionner les hôpitaux recevant des étrangers indigents, soit faite au prorata de leurs frais, quel que soit le pays d'origine des hospitalisés étrangers. »

LIVRES NOUVEAUX

Neurologia infantil. (Conceptions étiopathologéniques et sociales) par A. Gareiso et F. Escardó. — Buenos-Ayres, El Ateneo, 1936.

Statistique dont il est toujours aisé de médire et étude des causes sont, avec la détermination des conditions de fait, la seule base solide d'une prophylaxie bien comprise et efficace. C'est à leur étude et à leur analyse critique dans le domaine si important de la neuropsychiatrie infantile que se sont appliqués les auteurs, avec une clarté et une finesse de discernement où tout médecin français reconnaîtra le génie latin et saluera des qualités qui lui sont chères.

C'est avec le plus vif intérêt qu'il parcourra ce bilan de l'activité médicale dans un pays plein de vitalité et riche en possibilités, activité orientée vers la conservation et l'enrichissement des qualités d'une race et d'une nation à laquelle notre patrie est liée par tant d'affinités intellectuelles et tant de sympathies réciproques.

L. Babonneix.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LISTE DES PRIX A DÉCERNER EN 1937

Bernheim, 800 *francs*. — Récompense de la meilleure thèse de doctorat sur la tuberculose (étudiants français, russes ou polonais). — 15 *octobre* 1937.

Segond, 5.600 *francs*. — Bourses à des internes ayant fait leurs preuves, qui préparent le concours d'adjuvat ou ont obtenu le titre d'aide d'anatomie. — 15 *octobre* 1937.

Prix Behier, 2.000 *francs*. — Prix biennal, à l'auteur du meilleur travail sur une question de pathologie médicale. — 15 *octobre* 1937.

Déroulède, 900 *francs*. — Récompense de travaux ayant trait à l'étude du cancer. — 15 *octobre* 1937.

Monthyon, 2.300 *francs*. — Récompense du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes en 1936. — 15 *octobre* 1937.

Girard, 2.800 *francs*. — Prix à un étudiant pourvu de douze inscriptions au moins, poursuivant des recherches pour découvrir un médicament, sérum, etc., susceptible d'atténuer en France les ravages causés par les maladies contagieuses. — 15 *octobre* 1937.

Barbier, 3.000 *francs*. — Prix en faveur de la personne qui inventera une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment, — 15 *octobre* 1937.

Chatauvillard, 3.500 *francs*. — Prix au meilleur travail sur les sciences médicales imprimé au cours de l'année précédente (les thèses et dissertations inaugurales sont admises). — 31 *janvier* 1938.

Jeunesse, 2.600 *francs*. — Prix au meilleur ouvrage sur l'Hygiène. — 15 *octobre* 1937.

Léri, 1.350 *francs*. — Prix à un auteur de nationalité française pour le meilleur travail sur les affections des os et articulations, publié au cours de l'année 1936. — 15 *octobre* 1937.

Anonyme, 3.250 *francs*. — Bourses à des étudiants méritants et sans fortune. — 15 *octobre* 1937.

Rigout, 800 *francs*. — Récompense de la meilleure thèse de chimie biologique, physiologique ou de bactériologie. — 15 *octobre* 1937.

Desmazes, 1.800 *francs*. — Récompense du meilleur traité sur la grippe. — 15 *octobre* 1937.

Lannelongue, 500 *francs*. — Aide à un étudiant en médecine momentanément dans la gêne. — 15 *octobre* 1937.

De Rothschild, 1.000 *francs*. — Bourses à deux étudiants, de préférence israélites. — 15 *octobre* 1937.

Carville, 1.450 *francs*. — Deux bourses au profit de deux étudiants français, laborieux et peu fortunés. — 15 *octobre* 1937.

Demarle, 700 *francs*. — Prix annuel à un étudiant méritant. — 15 *octobre* 1937.

De Trémont, 2.000 *francs*. — Prix annuel à un étudiant méritant et sans fortune. — 15 *octobre* 1937.

Veret, 450 *francs*. — Prix annuel à un étudiant méritant et sans fortune. — 15 *octobre* 1937.

Hervieux, 3.200 *francs*. — Aide à deux étudiants méritants et sans fortune. — 15 *octobre* 1937.

Dieulafoy, 6.300 *francs*. — Bourses à trois étudiants méritants, sans fortune ou peu fortunés. — 15 *octobre* 1937.

Seligmann. — Bourse de 10.000 francs destinée à soigner un externe des hôpitaux de 3e année ou un interne des hôpitaux de Paris atteint de tuberculose débutante.

Legs Marjolin. — Remboursement total ou partiel des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude et ayant recueilli avec soin les observations dans leur service (joindre à la demande les certificats des chefs de service). — 15 *octobre* 1937.

Serge-Henri Salle, 180 *francs*. — Achat d'ouvrages se rapportant aux sciences médicales, qui seront attribués à un externe de la Charité. — 15 *octobre* 1937.

Faucher. — Exonération totale ou partielle des frais de scolarité et d'examens pour deux étudiants français et deux étudiants polonais. — 15 *octobre* 1937.

Legs Malterre. — Aide à un ou plusieurs étudiants français méritants ou sans fortune. — 15 *octobre* 1937.

Prix Lévi Franckel, 1.400 *francs*. — A un élève méritant de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — 15 *octobre* 1937.

Prix Jeunesse, 1.600 *francs*. — Récompense du meilleur ouvrage relatif à l'histologie. — 15 *octobre* 1937.

Prix Lacaze, 25.000 *francs*. — Récompense du meilleur ouvrage sur la phtisie. — 15 *octobre* 1937.

Bourses municipales. — Ces bourses ont pour objet de venir en aide aux étudiants méritants et peu fortunés. Elles sont réservées, en principe, aux étudiants fréquentant les cours de la Faculté depuis un an, au moins.

Les candidats doivent être nés soit à Paris, soit dans le département de la Seine, où les parents doivent y être domiciliés depuis cinq ans au moins au 15 octobre 1937.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 68. — MERCREDI 25 AOUT 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**	Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Etudiants : **25** francs par an.	Tous les autres pays : **75** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux psychiatriques. — M. le docteur Adnes, reçu au concours du médicat des asiles, a été nommé médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique départemental de Hoerdt (Bas-Rhin).

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Papin, professeur sans chaire, est nommé à compter du 1er novembre 1937 professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

M. Wangermez, agrégé pérennisé, est nommé à compter du 1er novembre 1937 professeur de physique médicale et pharmaceutique à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux (dernier titulaire de la chaire : M. Sigalas).

M. Damade, agrégé, est nommé à compter du 1er novembre 1937, professeur d'anatomie pathologique et microscopie clinique à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux (dernier titulaire de la chaire : M. Sabrazès).

Faculté de médecine de Nancy. — La chaire d'anatomie pathologique (dernier titulaire : M. Hoche) de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est déclarée vacante.

Légion d'honneur. — *Chevalier :* M. le docteur Demahis, à Cérilly.

Chevalier : M. le docteur Arlaud, de Toulouse.

Ministère de l'Agriculture. — MÉRITE AGRICOLE. — *Chevalier :* MM. les docteurs Odinet (A.R.), de Paris ; Sens, de Neuilly ; Gérard, de Tunis ; Olieu, de Gap.

Guerre. — M. Théron (M.-L.-P.), du ministère des Pensions, est affecté comme sous-directeur du Service de santé de la 13e région à Clermont-Ferrand (service).

Ministère des Pensions. — *Rétribution des médecins examinateurs et vérificateurs.* — Les médecins chargés de l'étude des dossiers soumis à la commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux gratuits sont rétribués dans les conditions déterminées ci-après :

Par heure de travail effectif, une vacation fixée à 14 fr. pour les médecins examinateurs et à 18 fr. pour les médecins vérificateurs, chaque médecin devant fournir un rendement horaire minimum à fixer par décision du ministre des Pensions.

En aucun cas, les médecins ne pourront faire plus de quarante-huit heures de travail par semaine.

Sanatoriums. — M. Lefèvre, médecin adjoint de 4e classe au sanatorium département de la Savoie à Hauteville (Ain), est mis, sur sa demande, en disponibilité à partir du 1er juillet 1937.

— M. Thomson, médecin adjoint au sanatorium de Plougouven (Finistère), a été nommé médecin directeur au sanatorium de la Meynardie (Dordogne).

— M. Lecoq a été nommé médecin adjoint des sanatoriums publics et affecté au sanatorium des Tilleroyes, près Besançon (Doubs).

Conseil supérieur de la recherche scientifique. — Le *Journal officiel* du 19 août publie un décret relatif à la composition du Conseil. Le Conseil comprend neuf sections, dont l'une est consacrée à la biologie et une autre à la médecine expérimentale.

Le décret est suivi d'un arrêté modifiant la composition des corps électoraux du Conseil supérieur de la recherche scientifique et la procédure des élections. Les représentants de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine sont désignés par ces corps. Un membre de la section n° 5 (biologie) est désigné par la Fédération des Sociétés de sciences naturelles. Parmi les électeurs : les professeurs du Collège de France et du Muséum, les professeurs et agrégés en exercice des Facultés de médecine, les directeurs de l'Ecole pratique des hautes études.

Assemblée française de Médecine générale. — Les prochaines *Assises nationales*, consacrées aux *Colibacilloses urinaires*, auront lieu à l'Hôtel-Dieu de Paris, le dimanche 7 novembre 1937, de 9 heures à midi.

Les *Assises du Souvenir, à la mémoire de Jean Charcot*, auront lieu le 12 septembre 1937, à Saint-Malo-Saint-Servan.

L'examen médical des travailleurs allemands. — Le Führer des médecins du Reich a convoqué, à Munich, une conférence de médecins, en vue d'un examen médical de tous les travailleurs du Reich.

A cette conférence prennent part des représentants de l'armée, de l'Etat, du parti et du front du travail.

Des rapports sont faits sur les résultats obtenus dans quatre districts où des examens médicaux ont été passés dans les usines.

Le deuxième Centenaire de Galvani. — Au mois d'octobre prochain sera célébré à Bologne, avec le concours des Universités et des sociétés savantes du monde entier, le deuxième centenaire de la naissance du grand Italien Luigi Galvani. Cette commémoration permettra d'honorer la mémoire de Galvani, et en même temps, elle rappellera le souvenir d'un autre illustre Bolonais, récemment disparu, Guglielmo Marconi.

Une cérémonie religieuse, présidée par le cardinal-archevêque de Bologne, aura lieu, au début des fêtes, dans l'église du Corpus Domini, de Bologne, où reposent Galvani et sa femme Lucia Galeazzi.

Exposition de périodiques au Japon. — L'exposition annuelle des principaux périodiques du monde entier aura lieu au Japon, en 1938. Elle sera organisée par la Marugen Cy, à Tokio.

COURS ET CONFÉRENCES

Faculté de médecine de Paris. — CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. Professeur : M. NOBÉCOURT. — CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE : Professeur : M. BEZANÇON. — *Cours de vacances sur les tuberculoses ganglio-pulmonaires de l'enfance.* — Le docteur P.-F. ARMAND-DELILLE, médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades, avec le concours du docteur Ch. LESTOCQUOY, médecin assistant, fera du lundi 30 août au samedi 11 septembre 1937, à l'Hôpital des Enfants-Malades, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatolologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose ganglio-pulmonaire et pulmonaire de l'enfant, le pneumothorax thérapeutique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

Chaque matin, à 10 heures : visite dans les salles Gilette et Damaschino, avec examens cliniques, examen radiologiques et recherches de laboratoire.

Leçons à 11 heures, dans l'amphithéâtre de la clinique médicale des enfants, Hôpital des Enfants-Malades.

Prix de l'inscription : 200 francs.

Faculté de médecine. — HISTOLOGIE. — *Enseignement spécial de la Technique histologique élémentaire*, sous la direction de M. CHAMPY, professeur.

Cours pratiques destinés aux médecins et étudiants désireux de se familiariser avec la technique histologique.

Programme : Prélèvement et fixation de pièces (Bouin-Zenker-Regaud-Alcool). — Méthodes d'inclusion : celloïdine. — Coupes par congélation, méthodes qui leur sont applicables : méthode de del Rio Hortego, coloration au Giemsa. — Colorations simples : hémateine-éosine; Weigert-Van Gierson-Curtis. — Coloration aux couleurs d'aniline. Colorations spéciales du tissu conjonctif, picro-bleu. — Coloration de fibres élastiques. — Coloration cytologiques : hématoxyline au fer ; coloration de Prenant. — Méthodes mitochondriales et méthodes d'imprégnation du réseau de Golgi. — Méthodes spéciales pour la graisse et les lipoïdes ; méthodes pour le glycogène. — Colorations vitales (rouge neutre, bleu de méthylène, vert Janus). — Etude du sang : hématimétrie, centrifugation, numération ; coloration du sang. — Méthodes spéciales du système nerveux : méthode de Colgi, méthode de Cajal. — Coloration des fibres nerveuses : méthodes de Weigert et analogues. — Méthodes de dissociation : rétine osmiée, nerf osmié, muscle, épithéliums ; colorations spéciales de dissociations. — Méthode de nitratation, ses diverses applications. — Injections vasculaires et méthodes d'étude des vaisseaux. — Principe de quelques méthodes microchimiques (fer, calcium, oxydases). — Méthode de comparaison de la structure des organes pour l'histologie expérimentale. — Principe de la méthode des cultures de tissus. Préparation du plasma, des extraits embryonnaires ; ensemencement et lavage des cultures.

Les séances auront lieu tous les jours, de 14 à 17 heures, au Laboratoire d'Histologie (salle Ranvier) de la Faculté de médecine, à partir du lundi 4 octobre jusqu'au 23 octobre 1937.

S'inscrire les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4).

Le nombre des élèves et limité à 20.

Droit d'inscription : 250 francs.

Nécrologie. — Nous apprenons avec peine la mort de M. Adrien Gastinel, père de M. Pierre Gastinel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Nous prions notre cher collaborateur et ami de trouver ici l'expression très affectueuse de notre profonde sympathie.

— Le docteur Louis Beaupère, radiologiste des Hôpitaux de Lyon.

— M. Charles Istria, étudiant en médecine, à Marseille.

TRAVAUX ORIGINAUX

QUELQUES CONSIDÉRATIONS CHIMIQUES SUR LES CORPS CANCÉRIGÈNES

Par le docteur CHARLOTTE CROZET
et M. MARCEL CROZET
docteur en pharmacie.

La genèse de la découverte des composés cancérigènes par Cook (1930), Kennaway et Hieger a été remarquablement exposée dans le « Paris Médical » du 17 mars 1934 par le Professeur Velluz. Le but que nous nous proposons est d'en tirer quelques conséquences immédiatement applicables à la science médicale.

La mise en évidence par de nombreux auteurs des processus de cyclisation et de déshydrogénation qui font insensiblement passer du cholestérol à la folliculine, composés physiologiques aux corps cancérigènes, composés pathologiques, a été faite. La clinique est venue confirmer les théories que la ressemblance des formules chimiques permettait d'élaborer.

La différence brutale qui existe entre le composé cancérigène et les composés physiologiques est la disparition totale de l'oxygène dans la molécule du cholestérol. Ceci permet de dire qu'il se produit deux phénomènes :

a) *Une réduction intramoléculaire.* Le cholestérol se réduit d'abord lui-même, disparition des fonctions alcool et cétone, ce qui l'amène à l'état de carbure qui n'est pas encore cancérigène.

b) *Une réduction extramoléculaire.* Par perte d'hydrogène produite par la cyclisation dont la manifestation est d'abord l'apparition du corps à 5 noyaux benzéniques, cancérigène, puis la tumeur maligne.

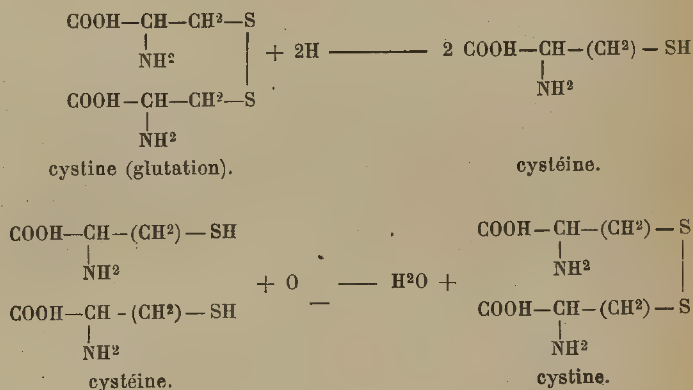
Or il faut bien admettre que les carbures du type du 1-2-5-6 dibenzanthracène ne sont pas des réducteurs très puissants. Il y a donc un autre élément de l'organisme qui intervient. Ce que la chaleur réalise entre 700 et 920° (Kennaway), cet autre élément le produit aussi. Quel est-il ? Toute la question est là, et c'est justement parce qu'il y a deux causes que le problème est si compliqué et si difficile à résoudre. Composé chimique, glutathion, ferment, microbe ? Ceci explique la pluralité des théories sur l'origine des tumeurs malignes.

Il y a en définitive 2 facteurs intimement liés :

1° *L'agent causal* qui existe *normalement* dans l'organisme puisque le simple frottement de muqueuses saines avec des composés cancérigènes produit la tumeur maligne.

2° *Le vecteur catalytique* qui est le carbure. Ce que l'agent causal ne peut produire seul, le carbure cancérigène permet de le réaliser et, chose tout à fait curieuse du point de vue chimique, l'agent catalyseur a été trouvé avant la réaction.

Il y a beaucoup de raisons pour que tous les corps cancérigènes dérivent du cholestérol, mais il doit y avoir sous l'influence de l'agent causal une multitude de processus de réduction et celui dont la folliculine est un intermédiaire n'est probablement qu'une manifestation de ces processus que nous avons eu la chance de pouvoir saisir. Comme type d'une de ces réactions catalytiques supposons que l'agent causal soit le glutathion, le phénomène pourrait s'expliquer comme suit :



Il se produit donc une véritable asphyxie cellulaire, l'oxygène étant utilisé pour oxyder un autre corps et non pour les réactions vitales. L'organisme en danger prolifère alors.

Cette disparition totale de l'oxygène qui démarque les composés physiologiques apparentés au cholestérol et les corps cancérigènes se manifeste :

1° Au point de vue chimique.

Par la perte des fonctions cétone et alcool et la création de corps nouveaux, les carbures, d'aptitude réactionnelle très faible. La coexistence de tous ces corps permet difficilement de diagnostiquer chimiquement l'apparition des corps cancérigènes.

2° Au point de vue physique.

Par un fait qui pourra peut-être permettre un diagnostic précoce de l'apparition des éléments cancérigènes :

Le spectre à 3 bandes de ces corps.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Essai de justification de l'endocrinothérapie par l'hormone du follicule ovarien, par le docteur Guy DE BIRMINGHAM. Grand in-8° de 50 pages, chez Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris (6e), 1936.

Mesmer et son secret, par le docteur Jean VINCHON, préface du prof. agrégé LÉVY-VALENSI. Un vol. in-4° de 130 pages avec illustrations, à Paris, chez Legrand, 93, boulevard Saint-Germain (6e). Prix : 28 fr.

Le milieu synovial physiologique et pathologique (Introduction à l'étude de la pathologie articulaire), par le professeur J. SABRAZÈS et le professeur agrégé R. DE GRAILLY. Vol. I, grand in-8° de 205 pages, à Paris, chez J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille (6e). Prix : 50 fr.

ACTUALITÉS

LA DIGITALE LAINEUSE

De la digitale pourprée depuis longtemps employée en thérapeutiques sous forme de préparations galéniques on a depuis longtemps cherché à isoler les principes actifs. La réussite a été plus apparente que réelle malgré l'incontestable valeur des résultats obtenus. Aucun des produits extractifs employés isolément n'a jamais pu en effet reproduire exactement l'action des préparations galéniques; et non plus aucune association de produits extractifs, si ingénieuse fût-elle. De plus, les divergences de conception entre chimistes, de valeur hors de conteste, s'étendent certainement au delà des limites de ce que serait un désaccord entre des nomenclatures abondantes et disparates.

Les principes actifs, glucosides en général, sont extrêmement nombreux, mais surtout la matière première végétale se modifie avec la plus grande rapidité.

Le premier, Nativelle avait réussi à préparer un glucoside cristallisé, la digitaline, qui dans des travaux étrangers ultérieurs fut dénommée digitoxine. On décrivait ainsi dans la feuille fraîche de digitale 3 glucosides : 2 peu actifs, gitoxine et gitaline ; un actif, digitaline (digitoxine) et un enzyme.

Perrot et ses élèves paralysant l'action très rapide de cet enzyme par les vapeurs d'alcool montrèrent — et d'autres le confirmèrent après eux — l'absence de digitaline dans la plante fraîche.

Celle-ci naîtrait donc par l'action très rapide de l'enzyme. L'action d'aucun de ces glucosides n'est du reste superposable malgré les ressemblances à celle de la plante elle-même, mais elle est dans une certaine mesure comparable à celle de la digitaline.

L'action de la plante résulte donc vraisemblablement pour Perrot de la présence d'un complexe glucosidique particulier que Stoll de Bâle réussit à préparer sous forme cristallisée.

Il n'en reste pas moins que les préparations à base de digitalis purpurea ne sont pas sans présenter quelques inconvénients ; variabilité dans l'action thérapeutique suivant l'origine de la plante et surtout lorsqu'il s'agit de plantes cultivées sur lesquelles on ne peut faire fond, gêne due aux phénomènes d'accumulation.

En ces dernières années divers auteurs ont entrepris l'étude d'une autre variété de digitale, la digitale laineuse, digitis lanata, plus constante dans sa teneur en produits actifs et d'une culture aisée qui respecte davantage sa valeur thérapeutique.

La digitalis lanata croît à l'état sauvage dans les régions broussailleuses et montagneuses de la Hongrie et aussi de l'Epire et de la Thessalie. On la cultive aisément aussi dans des terrains en pente, argileux et calcaires. Ainsi que le constata Morris (1917), sa teneur en glucoside est relativement constante et plus élevée que celle de la digitale pourprée. En 1926, Dafert et ses collaborateurs, en 1928 Graaf, confirmèrent ces constatations.

Les principes actifs de cette plante sont du reste apparentés à ceux de la digitale pourprée.

En 1930, Smith, le premier, réussit à extraire de la lanata un glucoside cristallisé qu'il dénomma digoxine, parmi d'autres dont l'un semble identique à l'anhydrodigitaline de la purpurea. De son côté Mannich isola 4 glucosides isomorphes, dont la lanadigine.

La même année, Perrot, Bourcet et R. Hamet isolent un glucoside cristallisé différent de la digoxine de Smith, la dilanine, qui semble n'exister que dans la plante fraîche et stabilisée.

En 1903, Stoll et Kreis reprenant cette étude ne trouvèrent dans les feuilles fraîches que 3 glucosides, les digilanides A, B et C et un enzyme, la digilanidose. Ces glucosides renferment 4 molécules de glucose et sont ainsi les plus riches en sucre des tonicardiaques actuellement connus. Ils semblent différer des produits homologues de la purpurea par la présence d'un groupement acétyl.

Les glucosides A et B, hydrosolubles, s'absorbent et s'éliminent rapidement. Le glucoside C, moins abondant que A, peu soluble dans l'eau, dialyse lentement, se fixe énergiquement sur la fibre cardiaque et se comporte à cet égard de façon assez analogue à la digitaline cristallisée.

Les produits jusqu'ici employés en médecine semblent des mélanges des 3 glucosides dont l'isomorphie permet de prévoir le parallélisme pharmacodynamique, mélanges établis à la ressemblance de celui qui est réalisé dans la plante fraîche.

Pour Stoll et Kreis les produits isolés par Mannich, par Perrot, résultent de l'action sur les glucosides de l'enzyme qui les accompagne.

Enfin l'homologie chimique avec les produits de la purpurea est encore confirmée par la possibilité de passer à volonté du glucoside de la série purpurea aux glucosides de la série lanata ou l'inverse.

Action physiologique. — *Toxicité générale.* — Etudiée sur le cobaye elle semble 3 à 4 fois plus élevée (0 millig. 10 par kg.) que celle de la digitale pourprée (0 millig. 30 à 0,40 par kg.). Certaines autres conditions influent toutefois comme nous le verrons sur les conclusions pratiques à tirer de cette constatation. Les signes d'intoxication sont analogues à ceux qu'occasionnent les autres digitaliques : anxiété, gêne respiratoire, tremblement localisé d'abord à la tête et au train antérieur et se généralisant ensuite, convulsions et mort. La dose mortelle pour l'ensemble des glucosides semble chez le cobaye de deux milligrammes par kg. par voie sous-cutanée.

Chez l'homme, c'est naturellement l'action sur *l'appareil circulatoire* qui est la plus importante.

L'action de la digitale laineuse se traduit à l'examen physique et radiologique par la diminution de l'aire cardiaque. Hochrein et Lechleitner ont observé un **ralentissement de la fréquence cardiaque**, d'autant plus marqué qu'il existait auparavant une tachycardie plus intense. Cependant cet effet est décelable même lorsque le cœur a été ralenti préalablement. Il est plus marqué aussi lorsque l'action propre du pneumogastrique est supprimée ou amoindrie par l'effet de l'atropine ou de l'adrénaline. L'action de la digitale sur la fréquence des pulsations est assez puissante pour se faire sentir même sur la tachycardie basedowienne. Il y a **allongement de la pause diastolique, diminution de la conductibilité auriculo-ventriculaire** et **augmentation d'énergie de la contraction ventriculaire.**

Les caractères du pouls reflètent naturellement ces modifications de la révolution cardiaque.

L'effet sur la tension artérielle varie avec les sujets et l'état du cœur. Les artères réagissent en général par vasoconstriction. La tension veineuse s'abaisse surtout si elle était auparavant excessive. Les phénomènes de stase de tout ordre s'amendent rapidement.

Du fait de cette action cardiovasculaire, la digitale laineuse possède un *pouvoir diurétique* indirect intense, égal et parfois supérieur à celui des autres digitaliques. Parallèlement à cette diurèse on observe naturellement une chute de poids rapide.

La capacité vitale respiratoire augmente sans cependant revenir à la normale.

Du côté de l'appareil digestif on observe une augmentation du tonus de la musculature, d'une amplitude égale à celle produite par la digitale pourprée.

Les symptômes fonctionnels se trouvent du fait de cette action rapidement améliorés, en particulier les crises asthmatiformes. Le tracé électrocardiographique tend vers une configuration normale.

Absorption. — Rothlin l'a observée rapide. 30 % environ de la dose administrée sont fixés par les viscères abdominaux ; le reste se répartit entre la peau, les muscles et surtout le cœur qui présente pour le médicament l'affinité prédominante ; il en absorbe 0 millig. 0093 par gramme de tissu cardiaque.

La fixation semble d'ailleurs beaucoup moins intense que pour les autres digitaliques (Dietrich et Schwiegk) et l'accumulation est de ce fait particulièrement faible. Aussi la toxicité n'est-elle en pratique pas plus considérable que celle de la digitale pourprée ; on peut donc administrer le médicament à dose faible et prolongée ; d'autre part, l'irritation gastro-intestinale semble moindre, elle aussi.

L'élimination est, d'autre part, notablement plus rapide que celle de la digitale pourprée : 78 % de la dose de lanata absorbée sont éliminés en 4 jours alors que dans le même temps l'élimination de purpurea ne s'élève qu'à 10 % (Schwiegk).

Indications thérapeutiques. — La principale est l'insuffisance ventriculaire droite, soit l'insuffisance avec régime sinusal normal comme la défaillance cardiaque des emphysémateux, soit l'insuffisance à prédominance droite mais associée à d'autres troubles, par exemple la fibrillation auriculaire.

Elle est indiquée aussi dans les insuffisances cardiaques graves d'origine mitrale ; les épanchements dans les séreuses ne constituent pas, bien au contraire, une contre-indication.

La digitale laineuse est aussi le médicament des tachycardies d'origine basedowienne (Bertheau) et aussi du rétrécissement mitral avec rythme sinusal ou compliqué d'aortite.

Elle rend également des services dans le rhumatisme cardiaque, même lorsque le myocarde est atteint, et aussi dans l'hypertension de l'artériosclérose ou du petit rein contracté.

La digitale laineuse permet enfin de prolonger les cures digitaliques, soit qu'on l'administre après la digitale pourprée soit plus simplement qu'on l'emploie seule de façon prolongée, ce qui est rendu possible par l'absence d'accumulation appréciable.

Entre les mains de certains auteurs enfin, elle a donné de bons résultats dans des cas d'insuffisance cardiaque avec bloc auriculoventriculaire et dans les dégénérescences graves du myocarde et les états préfibrillaires, mais ce sont là des indications relatives sur lesquelles l'accord ne règne pas encore entre les auteurs (Lutembacher).

Contre-indications. — Elles sont celles des digitaliques en général : bradycardies simples ou par dissociation ; tachycardies avec rythme bigéminé.

Résistance mécanique opposée à l'impulsion cardiaque : épanchement péricardique, grosse dilatation du cœur gauche, lésions chroniques du rein.

La digitale laineuse ne doit pas non plus être employée lorsqu'il existe des processus inflammatoires aigus en évolution : myocardites aiguës, endocardites aiguës.

Elle est contre-indiquée également chez les aortiques non asystoliques ou lorsque existe une dilatation anévrysmatique.

L'artériosclérose dans ses diverses localisations peut constituer, elle aussi, une contre-indication.

Mode d'administration, Posologie. — Elle varie un peu avec l'origine du médicament employé, mais dans une étroite mesure ; il y a, en effet, entre la dose thérapeutique et la dose toxique une marge étendue. Dans tous les cas, l'action du médicament semble s'exercer rapidement et la rapidité d'élimination que Vaquez considérait plutôt comme un inconvénient a cependant une action certaine sur la limitation des troubles par accumulation.

La rapidité d'action varie aussi selon le mode d'administration : **voie digestive ou voie intraveineuse.**

Chacune a ses indications particulières, la voie intraveineuse étant naturellement la plus rapidement agissante, ses effets pouvant se manifester dès le 1er jour du traitement, tandis que par la voie digestive ce n'est qu'en 24 heures environ que le médicament montre son activité. Il convient aussi de noter qu'injecté par voie intraveineuse le mélange des glucosides actifs semble agir surtout par les principes hydrosolubles, les autres se fixant moins vite sur le myocarde. Au contraire, par voie digestive, une partie des produits hydrosolubles est éliminée pendant même que dure encore l'absorption digestive et ce sont les produits hydroinsolubles qui manifestent surtout leur action.

Quoi qu'il en soit, les précautions à prendre sont les mêmes qu'avec la digitale pourprée ; séjour au lit pendant le traitement, diète le premier jour accompagnée de purgation, traitement digitalique le 2e jour avec diète lactée absolue. La cure par la digitale laineuse peut être suivie, comme celle par la digitale pourprée, d'une cure diurétique par la théobromine, mais non de façon obligatoire si l'effet diurétique de la digitale a été suffisant. Il n'y a pas non plus d'empêchement à l'administration ultérieure d'ouabaïne.

La voie intraveineuse est réservée par Lutembacher aux traitements d'urgence, aux asystolies aiguës avec très gros foie où de ce fait l'absorption digestive est profondément troublée. Cet auteur, et aussi Felsenbrunnen, emploient une solution hydroalcoolique de glucosides contenant 2 dixièmes de milligramme par cmc. Ils en injectent chaque jour 3 à 4 cmc. — soit 6 à 8 dixièmes de milligramme — deux ou trois jours de suite. On reprend si besoin une cure semblable le 8e jour.

La voie digestive s'adresse aux hyposystoliques, principalement les mitraux, et occasionnellement aux traitements préventifs. Lutembacher emploie une solution à 1/2 milligramme par cmc. (L gouttes) dont il donne chaque jour 3 doses de trente gouttes chacune, soit un peu moins d'un milligramme. Continuer le traitement 3 jours de suite et reprendre si besoin aux 8e, 15e, 21e jours.

Il convient d'éviter ces fortes doses, s'il y a ralentissement excessif du cœur, dilatation cardiaque, état de préfibrillation ou trouble de la conduction par le faisceau de His.

Les doses moyennes s'adressent surtout aux mitraux hyposystoliques. La même solution est employée et donnée 2 ou 3 jours de suite en 3 prises quotidiennes de XX gouttes chacune. Même renouvellement si nécessaire aux 8e, 15e, 21e jours.

Les doses faibles sont de XX gouttes par jour en 2 fois ou de XXX gouttes en 3 fois ; elles permettent en général des cures d'entretien prolongées telles que les a faites Berthau chez les hypertendus, les emphysémateux, les scléreux, les cœurs rhumatismaux. Seule la tendance du cœur à la diastolisation est une contre-indication à la cure d'entretien.

Accessoirement enfin on a pu administrer la digitale laineuse par voie rectale : 1 ou 2 suppositoires au 1/2 milligramme pendant 3 ou 4 jours, mode d'administration peu habituel.

La digitale laineuse est en général bien tolérée et active. Il convient toutefois d'en surveiller attentivement les effets comme ceux de la digitale pourprée. Nausées, vomisse-

ments sont des signes d'intolérance qui doivent en faire suspendre l'usage.

Il semble pourtant que la tolérance soit souvent supérieure chez certains malades à celle vis-à-vis de la digitale pourprée. Rapidités d'action et d'élimination donnent à cette variété de médication digitalique des caractères particuliers qui lui méritent une place à part à côté de la thérapeutique digitalique classique, en particulier lorsqu'une cure d'entretien prolongée est nécessaire.

R. LEVENT.

IIIes JOURNÉES MÉDICALES INTERNATIONALES DE PARIS (1)

I. — Les régulations hormonales en biologie, en clinique et en thérapeutique

Les régulations neuro-hormonales et hormono-neurales. — Le professeur G. ROUSSY souligne l'importance de ces régulations. L'endocrinologie est, en effet, dominée actuellement par trois notions fondamentales : nombre considérable des hormones découvertes au cours de ces dernières années, et dont l'étude clinique se poursuit dans les laboratoires du monde entier ; parenté étroite entre hormones et vitamines ; rapports intimes entre glandes endocrines et système neuro-végétatif, dont la réunion physiologique forme un véritable complexe neuro-glandulaire.

Le système neuro-endocrinien exerce son action sur les centres neuro-végétatifs par quatre mécanismes :

Mécanisme nerveux direct, dans lequel certaines commandes sont envoyées directement par le système neuro-végétatif aux organes d'exécution.

Mécanisme hormonal direct, dans lequel les principes hormonaux déversés dans le torrent circulatoire agissent sans intermédiaire.

Mécanisme hormonal central, dans lequel le système neuro-végétatif agit indirectement sur les organes d'exécution, en stimulant l'exécution des principes hormonaux.

Mécanisme hormonal central, dans lequel les glandes endocrines agissent directement sur les organes en excitant des fonctions de tel ou tel centre neuro-végétatif.

La complexité de ces fonctions est encore plus grande si on considère ce qui se passe à la périphérie entre les terminaisons nerveuses, les hormones et les cellules de l'organe d'exécution.

Régulations hormono-hormonales ou interglandulaires. — Le professeur PORTIER montre leur importance par quelques exemples. Le premier est celui de la liaison hypophysaire pancréatico-surrénale : l'adrénaline agit sur la surrénale en provoquant une hyperglycémie et en freinant la sécrétion d'insuline, sans doute par l'intermédiaire de cette hyperglycémie. L'action de l'hypophyse sur la surrénale semble se faire également par l'intermédiaire de la concentration du glucose ; l'hypophyse exerce une action frénatrice sur la sécrétion interne du pancréas ; ces interréactions permettent de comprendre le mécanisme de diabète pancréatique, dans lequel l'hypophyse semble jouer un rôle essentiel. Le second exemple est celui de la liaison entre hypophyse et appareil génital : après l'ablation de l'hypophyse, on observe une atrophie des glandes endocrines, et en particulier des glandes sexuelles, tandis que l'injection d'extrait hypophysaire stimule ces glandes.

Les régulations hormonales en clinique humaine. — Le professeur MAURIAC (Bordeaux), après avoir montré combien d'inconnues existent encore en endocrinologie, et combien il est parfois difficile d'appliquer à l'homme vivant les données acquises par l'étude expérimentale, souligne l'importance des résultats déjà acquis. La thérapeutique du diabète, de l'anémie pernicieuse, du diabète insipide, bientôt peut-être celle de la maladie d'Addison, ont fait des progrès décisifs. De même l'explication de certaines malformations, comme l'acromégalie, de certaines lésions osseuses, comme la maladie de Recklinghausen, est fournie par l'endocrinologie. Il n'est pas jusqu'aux troubles psychiques qui ne soient parfois sous la dépendance de dérèglements hormonaux. Mais, dans bien des cas, il reste fort difficile de préciser quelle est l'hormone en cause, et la notion même de syndrome pluriglandulaire est une des preuves des incertitudes de la clinique.

Les régulations hormonales en clinique chirurgicale. — Le professeur LERICHE (Strasbourg) montre ce que la chirurgie peut attendre de l'endocrinologie. L'incision cutanée elle-même peut agir sur la tension artérielle par l'intermédiaire de la surrénale, et la maladie post-opératoire pose un important problème hormonal. La chirurgie, art essentiellement humain, a besoin de savoir ce qui, dans le tempérament, fait la bénignité ou la gravité d'un accident ou d'une opération. Elle peut, après une analyse précise des tempéraments hormonaux, corriger l'activité anormale de certaines glandes. Plus intéressante encore serait la revitalisation de certaines glandes déficientes : là, on a dû renoncer à l'espoir fondé dans les greffes, mais la production d'une hyperactivité circulatoire par énervation sympathique donne de sérieux espoirs. C'est une véritable chirurgie physiologique non mutilante qui n'est encore qu'à l'état d'ébauche et qui doit être créée.

Le déclenchement hormonal du rut. — Le professeur Edgar ALLEN (New-Haven) montre comment le cycle œstral des mammifères inférieurs et le cycle menstruel des primates peuvent être reproduits chez des animaux ovariectomisés, avec des hormones pures cristallisées ou synthétiques. Le traitement de suppléance commence par l'injection de folliculine ; elle produit une réelle hyperplasie des épithéliums génitaux que met mieux en évidence l'injection combinée de colchicine, qui a le pouvoir d'arrêter les mitoses en métaphases. On peut ainsi, par l'injection d'hormones folliculaires, obtenir chez les petits rongeurs l'æstrus expérimental. Le cycle œstral, chez ces animaux, est une succession de phases de croissance et régression, sous l'influence de la folliculine, et il peut se produire en l'absence d'ovulation et par conséquent de corps jaunes. Lorsqu'il y a copulation, les corps jaunes ont leur activité prolongée, et la progestérone qu'ils sécrètent s'oppose à la régression génitale et retarde l'œstrus. Un tel état de pseudo-gestation peut être produit par la progestérone seule. Chez les primates, les résultats sont les mêmes, avec cette différence que, quatre à cinq jours après la cessation des injections, la menstruation s'installe.

La folliculine est ici encore essentielle et le corps jaune accessoire ; néanmoins, l'état prémenstruel de l'utérus nécessite l'intervention de progestérone de corps jaune et l'action successive des deux hormones. L'injection prolongée de folliculine empêche le développement de la menstruation, et toute menstruation expérimentale est empêchée par des injections de folliculine ou de progestérone.

L'hypophyse est nécessaire au fonctionnement ovarien ; son ablation amène la menstruation, et il est possible de réaliser une menstruation expérimentale avec ses hormones.

L'auteur conclut au rôle essentiel de la folliculine dans le mécanisme hormonal de l'œstrus et du cycle menstruel ; les modifications de la période prémenstruelle nécessitent, au contraire, l'action successive de la folliculine et du corps jaune.

(1) Voir *Gaz. Hôp.*, 1937, n° 52, p. 842.

La multiplicité des hormones hypophysaires. — Le professeur E. Smith (New-York) montre la difficulté de la détermination des hormones hypophysaires et souligne le contraste entre le grand nombre de ces hormones, qui sont actuellement huit, et le petit nombre des cellules dont seules les acidophiles et les basophiles sont sécrétantes. Il semble bien que toutes ces hormones ne correspondent pas à des entités cliniques nettes et définies ; on ne les a d'ailleurs jamais isolées à l'état pur. La réaction des organes stimulés par les hormones est d'ailleurs peut-être influencée par l'état physiologique de l'animal, c'est ainsi que l'auteur explique l'activité de l'hormone sexuelle mâle, moindre chez le singe hypophysectomisé que chez le rat, par la chute de la glycémie, et divers troubles post-opératoires consécutifs à l'hypophysectomie chez le singe. Le taux d'absorption des hormones injectées peut avoir une influence sur leur action : c'est le cas pour les hormones gonadotropes : le sulfate de zinc retarde l'absorption de l'hormone lutéinisante. Malgré les grands progrès faits par la physiologie hypophysaire, celle-ci comporte encore bien des inconnues.

La culture des viscères dans l'appareil de Lindbergh. — Le professeur Alexis Carrel (New-York) montre l'intérêt de cette méthode qui consiste à transplanter de façon aseptique un organe ou une région anatomique dans la pompe de Lindbergh et à le nourrir à l'aide d'un liquide injecté dans l'artère principale. Alors que la culture des tissus aborde les cellules en tant qu'unités indépendantes, cette méthode étudie les associations cellulaires en tant qu'unités constitutives du corps. Elle se propose d'élucider surtout l'influence des conditions physiques et de la composition clinique du liquide circulant dans les artères sur l'activité structurale et fonctionnelle des organes ; elle est donc particulièrement appropriée aux glandes endocrines.

La grande différence qui sépare l'appareil de Lindbergh des classiques méthodes de perfusion est la longue durée de l'expérience, qui peut atteindre un mois, et l'absence presque constante d'infection. Les organes enlevés en bloc avec leurs vaisseaux sont placés aseptiquement dans la pompe : il est possible d'éviter les embolies et les nécroses ; l'infection est évitée par la combinaison de l'asepsie et de l'antisepsie. Le rapporteur précise ensuite le poids du liquide circulant, qui doit être 2.000 fois plus grand que celui de l'organe (pour une semaine), et la composition du liquide nutritif et du milieu gazeux. Les conditions mécaniques de la circulation sont réglables à volonté, et les modifications du liquide circulant facilement décelables par l'analyse chimique ; l'étude de la perfusion thyroïdienne, par ce procédé, a donné des résultats fort intéressants. Certaines glandes, cependant très avides d'oxygène, comme le rein et le testicule, dégénèrent rapidement ; une modification technique permettant d'augmenter la quantité d'oxygène dissous donne à espérer que cette lacune pourra être comblée. Grâce à l'appareil de Lindbergh, il est devenu possible non seulement de maintenir en vie des organes en dehors du corps, mais aussi d'observer la manifestation de leur activité normale ou pathologique, sous l'influence du liquide circulant.

II. — Régulations hypophysaires

Une vue d'ensemble des hormones hypophysaires, tant au point de vue biochimique que pharmacodynamique, est présentée dans le rapport de R. Hazard (Paris). Dans le *lobe antérieur*, cet auteur distingue : une hormone somatotrope ou hormone de croissance ; deux hormones gonadotropes, hormone de maturation folliculaire qui provoque le développement de la cellule germinale et hormone lutéinisante qui agit sur les dérivés du tissu connectif (cellules de la thèque des ovaires, cellules interstitielles du testicule) ; ces deux hormones sont à distinguer des prolans qui, malgré leur analogie d'action, sont d'origine vraisemblablement différente (placentaire pour le prolan B) ; une hormone thyrotrope qui stimule et règle l'activité du corps thyroïde ; des hormones corticotrope, pancréatotrope, lactogène, parathyrotrope ; des hormones diabétogène et cétogène. Le *lobe intermédiaire* sécrète une intermédine agissant sur les chromatophores et qu'on retrouve également dans les autres lobes ; il exerce également une action antipolyurique sans modification de l'excrétion chlorée. Le *lobe postérieur* exerce par ses extraits trois actions principales : hypertensive, ocytocique et antipolyurique, vraisemblablement dues à deux principes : ocytocine et vasopressine, cette dernière exerçant également l'action antipolyurique.

R. Collin (Nancy) étudie les *hormones neurotropes* et montre les modalités de la neurocrinie hypophysaire.

M. Aron (Strasbourg) précise le mode d'action de la *thyréostimuline* et ses rapports avec les autres hormones hypophysaires.

R. Moricard (Paris) montre l'action de l'hypophyse sur le *développement ovarien* (meïose) ; l'hormone hypophysaire déclenche la première mitose de maturation ; ce phénomène, intraovarien, précède immédiatement l'ovulation.

R.-M. May (Paris) montre l'action vicariante sur les glandes génitales de la *greffe bréphoplastique d'hypophyse* dans la chambre intérieur de l'œil.

B.-A. Houssay et A. Biasotti (Buenos-Ayres) montrent comment l'hypophyse, organe central de la constellation endocrinienne, exerce un *rôle régulateur sur la plupart des phénomènes métaboliques.* Les auteurs insistent surtout sur l'action sur le métabolisme des hydrates de carbone, et notamment l'hormone diabétogène qui agit directement sans l'intermédiaire du pancréas ; l'hypophyse semble jouer un rôle, d'importance variable, dans les diabètes humains.

A. Fischer et N. Engel (Budapest) montrent comment fonctionne la *régulation automatique des fonctions hypophysaires.*

H. Ucko (Londres) étudie la valeur clinique des différents *tests hypophysaires.*

Cl. Vincent (Paris), se fondant sur des données biologiques et sur son expérience personnelle clinique et chirurgicale, étudie les rapports entre l'*hypophyse et l'hypothalamus.*

J. Verne (Paris) consacre son rapport à l'*hormone mélanotrope* (intermédine de Zondek), dont il montre la double action : action immédiate qui se traduit par l'expansion de la cellule pigmentaire, action lente qui se manifeste par la migration de cette cellule du derme vers l'épiderme, par une augmentation de son trophisme et du métabolisme pigmentaire qui devient plus actif. Il souligne le rôle primordial de cette hormone dans la physiologie de la glande pituitaire ; la recherche de test mélanocytique dans les humeurs lui semble donner de réelles indications sur l'état fonctionnel de la glande pituitaire.

M. Villaret, L. Justin-Besançon et R. Cachera étudient le problème de la *régulation hormonale des échanges aqueux* en montrant le rôle respectif du foie et du système hypophysotubérien. Ils étudient le traitement du diabète insipide en montrant l'efficacité incontestée de l'hormone post-hypophysaire.

L. Devraigne (Paris) montre les ressources qu'apporte l'hormone posthypophysaire en *thérapeutique obstétricale.*

M. Bariéty (Paris) expose la question des *troubles du développement d'origine hypophysaire* (acromégalie, gigantisme, infantilisme, nanisme, acronicrie) au double point de vue clinique et biologique.

L. Cornil (Marseille) fait une étude détaillée de deux nouveaux syndromes du lobe antérieur de l'hypophyse, le *syndrome de Cushing* et le *syndrome de Simmonds*, en les opposant cliniquement et anatomiquement comme un syn-

drome d'hyperplasie et un syndrome d'hypoplasie des cellules basophiles de l'hypophyse ; il atténue cependant ce schéma par quelques réserves et pense que la participation possible de l'hypothalamus dans les deux cas peut compliquer le problème.

G. Syllaba (Prague) étudie la question du *diabète hypophysaire*. Si, dit-il, il n'existe pas de diabète hypophysaire au sens strictement anatomique de ce mot, c'est-à-dire de diabète qui ne soit causé que par des lésions hypophysaires sans lésions pancréatiques, il existe cependant un diabète hypophysaire au sens clinique du mot ; ce diabète présente quelques caractères particuliers : insulino-résistance et interdépendance entre l'ingestion des glucides et leur assimilation par l'organisme. L'ablation de l'hypophyse peut améliorer ces symptômes.

J. Belot et L. Stuhl (Paris), enfin, montrent les diverses altérations morphologiques de la selle turcique qui peuvent être décelées par la *radiographie* en cas de tumeur hypophysaire, et précisent les indications thérapeutiques de la *radiothérapie* hypophysaire.

III. — Régulations thyroparathyroïdiennes

L'étude biochimique de ces hormones fait l'objet du rapport de J. Roche (Marseille). Les *hormones thyroïdiennes* ont été les premières étudiées. On a isolé du corps thyroïde trois composés iodés ; l'iodothyroglobuline, corps mal défini, la diodothyrosine, la thyroxine ; cette dernière est le seul dérivé de composition définie dont l'administration soit suivie d'effets analogues à ceux de l'ingestion de corps thyroïdeou d'iodothyroglobuline. La thyroxine se constitue très probablement à partir de la diodothyrosine, laquelle est elle-même contenue dans une molécule protéique ; elle fait en quelque sorte partie intégrante de l'iodothyroglobuline. Cette iodothyroglobuline constitue, dans les vésicules colloïdes, une véritable réserve d'hormone ; sa lyse, dans les vésicules closes, libère par petites quantités de la thyroxine et des polypeptides la contenant : ce serait le mélange de ces corps qui constituerait la véritable sécrétion hormonale.

La plus importante des actions physiologiques de la thyroxine et de ses précurseurs est l'élévation du métabolisme de base ; ils ont également une action morphogénétique telle que l'accélération des métamorphoses, mais cette action n'est pas spécifique et peut être obtenue par des dérivés iodés non hormonaux. L'action sur la croissance des mammifères se manifeste surtout par une augmentation du poids de certains organes qui a pu servir de base à un dosage biologique de la thyroxine.

L'étude biochimique des *hormones parathyroïdiennes* est beaucoup plus récente. Ce n'est, en effet, que depuis les travaux de Collip que des extraits glandulaires actifs ont pu être obtenus ; leur principe actif, désigné sous le nom de paratyrone ou parathormone, peut être isolé en solution aqueuse, mais n'est pas encore identifié ni préparé à l'état cristallisé. Cette hormone exerce une fonction importante dans la régulation de la calcémie, et son rôle physiologique apparaît comme couplé avec celui de la vitamine D. En dehors de ce fait indiscutable, le mode d'action de la paratyrone reste fort mal élucidé, et sa recherche pose les mêmes problèmes que la pathogénie de la tétanie paratyréoprive. Malgré des obscurités, la découverte de la paratyrone constitue une acquisition thérapeutique précieuse.

M. Danielopolu (Bucarest) étudie le *mécanisme neurohormonal des thyroïdies*. Il groupe, sous cette dénomination, le goitre endémique et sporadique, la maladie de Basedow et toutes les hyperthyroïdies, le myxœdème, le crétinisme et les affections paragoitreuses, éliminant les thyroïdies infectieuses et le cancer thyroïdien. Il montre comment peut se réaliser un véritable cercle vicieux thyrovégétatif.

M. Pende (Rome) étudie les *tests* proposés pour évaluer cliniquement le degré de la dysfonction thyroïdienne. L'épreuve de l'action glycogénolytique et kétonégénétique, et le dosage de l'iodémie spontanée ou provoquée sur le rat lui apparaissent comme les plus utilisables en clinique. Mais ils doivent toujours être associés à la recherche du métabolisme basal et à l'étude clinique du malade. Il étudie actuellement la cytobiopsie de la thyroïde, sans pouvoir encore se prononcer sur les résultats de cette méthode.

A. Escalier et P. Salles (Paris) montrent l'importance des modifications du *métabolisme basal*, tant au point de vue expérimental qu'au point de vue clinique, dans les dysrégulations hormonales de la thyroïde.

J. Charvat (Prague) fait une étude clinique et thérapeutique du *myxœdème* et des hypothyréoses frustes.

R. Huguenin (Paris) étudie également, du double point de vue clinique et thérapeutique, les *syndromes d'hyperthyréose*. Il montre les modifications histologiques apportées au niveau du corps thyroïde par les diverses thérapeutiques et souligne l'importance de l'état architectural de la glande pour la conduite thérapeutique : c'est ainsi qu'en matière de thyroïdectomie les résultats sont bien différents suivant que le moignon thyroïdien est sain ou altéré par la nécrose et la sclérose sous-capsulaire si fréquentes dans les goitres anciens.

H. Welti (Paris) envisage les problèmes posés par le *traitement opératoire de l'hyperthyroïdie*. Il souligne l'importance du traitement préopératoire et montre les beaux résultats de la thyroïdectomie subtotale ; cette intervention doit être précoce et réservée aux véritables hyperthyroïdiens. La thyroïdectomie totale lui semble dangereuse ; le volume du corps thyroïde à extirper est variable avec les cas ; il doit être particulièrement important en cas de troubles cardiaques, moindre chez les jeunes dont il faut préserver la croissance ou lorsque d'importantes lésions thyroïdiennes inflammatoires ou postradiothérapiques exposent au myxœdème postopératoire.

L. Delherm et H. Beau (Paris) précisent les indications du *traitement électro radiothérapique* du goitre exophtalmique. Sur 373 cas traités, ils comptent 179 guérisons ou améliorations importantes, 63 améliorations, 45 améliorations légères, 56 échecs, 30 malades opérés. Ils considèrent la radiothérapie comme aussi efficace et moins grave que le traitement chirurgical dont ils font le procès, tout en s'inclinant devant les belles statistiques qui restent l'apanage d'un petit nombre d'opérateurs spécialisés.

H. Bénard (Paris) étudie la *régulation hormonale du métabolisme du calcium*. Il souligne le rôle essentiel des parathyroïdes. Ce rôle n'est-il pas exclusif ? On ne saurait nier l'influence des deux autres glandes endocrines, et notamment de la thyroïde, de l'ovaire, de l'hypophyse ; mais l'action de l'hormone parathyroïdienne apparaît prédominante. Il faut tenir compte également du rôle de la vitamine D et de la phosphatase.

P. Sainton (Paris) montre le rôle des *parathyroïdes en pathologie osseuse*. Leur action ne s'exerce que sur la calcification. Le seul syndrome hyperparathyroïdien nettement défini est l'ostéose parathyroïdienne ou maladie de Recklinghausen. Le rôle de la parathyroïde est encore plus discutable dans la maladie de Paget et dans le syndrome de Cushing où on a voulu faire intervenir la parathyrostimuline hypophysaire. A côté de cette hyperparathyroïdie adénomateuse primitive semble exister une hyperplasie parathyroïdienne secondaire témoignant d'une hyperactivité parathyroïdienne fonctionnelle et temporaire dans les processus de carence, beaucoup plus nette d'ailleurs du point de vue expérimental que du point de vue clinique. Quant aux troubles osseux dus à l'hyperparathyroïdie, ils sont rares ; seuls, quelques cas de rachitisme pourraient en relever.

I. Snapper (Amsterdam) fait une synthèse complète des *dysrégulations parathyroïdiennes* en opposant l'hyperparathyroïdie (tétanie) et l'hyperparathyroïdie (maladie osseuse de Recklinghausen, ostéite fibreuse kystique généralisée), dont il trace le tableau clinique.

L. Bérard et M. Henry (Lyon) font une étude clinique et chirurgicale des *dysfonctions hormonales d'origine parathyroïdienne.* Dans la tétanie, le traitement est exclusivement médical. Opothérapie, médication calcique, A-T 10 ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on aura recours à la réactivation chirurgicale des parathyroïdes par sympathectomie cervicale selon la méthode de Leriche. Dans la maladie osseuse de Recklinghausen, au contraire, le traitement est exclusivement chirurgical : il faut extirper l'adénome qu'on retrouve 8 fois sur 10 ; les auteurs précisent la technique de cette intervention, dont ils montrent les résultats favorables. Ils envisagent également les divers syndromes dans lesquels la parathyroïdectomie a été proposée.

(A suivre.)

JEAN LEREBOULLET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

SÉANCE DU 10 JUILLET 1936.

Action de l'ion calcium sur l'excitabilité dans le domaine du système nerveux autonome. — M. P. CHAUCHARD. Dans le système autonome, l'ion Ca^{++}, comme l'ion K^{+}, agit, d'une part sur les fibres nerveuses, d'autre part, sur l'organe d'aboutissement, son action étant, dans ce dernier cas, toujours de même sens que celle de l'adrénaline.

Vaccination antityphique par l'endo-anatoxine typhique précipitée par l'alun. — MM. E. GRASSET et W. LEWIN. En précipitant l'endotoxine et l'endo-anatoxine typhiques par 1 à 2 p. 100 d'alun, on obtient après alcalinisation des précipités ayant conservé les principes et propriétés antigéniques de l'endotoxine et anatoxine originales. Ces antigènes insolubles déterminent chez la souris une protection solide envers l'infection typhique de bacilles type Vi ; chez le lapin, la production de taux élevés d'agglutines antityphiques H et O, de même que chez l'homme vacciné au moyen de l'endo-anatoxine précipitée, sans réactions appréciables.

Influence de la température sur l'anesthésie du goujon par le bromure de propyle et teneur en anesthésique de l'encéphale à 15° et à 25°. — MM. TIFFENEAU et D. BROUN. L'anesthésie constatée par l'abolition de la réflectivité se produit en un temps deux fois moindre à 25° qu'à 15°. La quantité d'anesthésique fixée dans le cerveau par unité de poids et de temps est deux fois plus grande à 25° qu'à 15°. La teneur du cerveau en bromure de propyle est sensiblement la même aux deux températures pour un même état anesthésique.

Anesthésie par le bromure de propyle et teneur du cerveau en anesthésique chez le cobaye en état d'hypothermie. — M. TIFFENEAU et Mlle H. BARCLAY. Chez le cobaye en état d'hypothermie, l'anesthésie au bromure de propyle s'établit plus rapidement que chez le normal et les diverses régions de l'encéphale contiennent moins de substance anesthésique.

Réactions d'agglutination de deux souches dysentériques de mutation. — Mlles M. AÏTOFF et M. DION. Malgré les différences de réactions de fermentation, la parenté sérologique entre les deux souches de mutation est très étroite. Elle est nette aussi avec la souche d'origine, mais fait entièrement défaut avec le bacille d'Aertryck.

Transformations biologiques d'un bacille dysentérique par passage sur les animaux. — Mlles M. AÏTOFF, M. DION et H. DOBKEVITCH. Leurs expériences constituent un exemple très démonstratif de l'influence de l'organisme animal sur le microbe et, plus spécialement, de l'influence du sang de l'animal *vivant.*

Elles montrent la possibilité d'isoler, dans les selles de malades atteints de dysenterie, des bacilles donnant des réactions de fermentation différentes de celles qu'on obtiendrait avec des bacilles isolés dans le sang.

Sur la variabilité des qualités de l'antitoxine tétanique. — MM. G. RAMON, E. LEMÉTAYER et I. PIROSKY. On doit considérer l'antitoxine tétanique comme variable dans ses qualités, suivant son origine. L'antitoxine obtenue chez le cheval non vacciné avant son hyperimmunisation apparaît moins complète dans sa capacité neutralisante que celle fournie par le cheval préalablement vacciné, qui a acquis une aptitude particulière à produire rapidement, intensivement, une antitoxine « de qualité ». L'organisme qui possède une « immunité de base » naturelle ou artificielle est « préparé » à assimiler promptement l'antigène spécifique et à en tirer le meilleur parti pour l'élaboration de l'antitoxine qui serait constituée à la fois par des éléments extraits de l'antigène et par d'autres éléments fournis par l'organisme lui-même.

Valeur antigène intrinsèque et activité immunisante de l'anatoxine staphylococcique. — MM. G. RAMON, R. RICHOU et M. ROUCHDI. Il existe un certain parallélisme entre la valeur antigène intrinsèque de l'anastaphylotoxine et le taux moyen d'antitoxine constaté chez les animaux. On note cependant des divergences. En réalité, le degré d'immunité que provoque l'injection d'un échantillon donné d'anatoxine ne dépend pas seulement de la valeur antigène de cet échantillon, mais encore d'autres conditions. Le pouvoir immunisant d'un échantillon d'anastaphylotoxine ne saurait donc être mesuré par la quantité d'antitoxine dont il provoque la formation chez tel ou tel animal. L'activité immunisante de l'anatoxine staphylococcique ne peut être évaluée avec précision qu'en fonction de son pouvoir antigène intrinsèque.

Utilisation des spores contre les insectes nuisibles. — M. S. METALNIKOFF. On a essayé depuis longtemps d'utiliser des bactéries contre les insectes, mais jusqu'à présent, on n'a pas pu réussir, car on utilisait des microbes *asporogènes.* M. Metalnikoff a eu l'idée de rechercher les microbes sporogènes des insectes et de préparer des spores en poudre. Cette poudre de spores peut être facilement appliquée comme n'importe quel produit chimique.

Les résultats obtenus, après essais sur différents insectes nuisibles, ont tous été concluants.

Action du sérum humain sur la régénération globulaire du triton. — MM. L. NATTAN-LARRIER et L. GRIMARD-STEEG. Lorsque l'on injecte des sérums humains à des tritons qui régénèrent leurs globules rouges après une longue période d'inanition, les effets varient suivant l'origine des sérums. Le sérum des nouveau-nés possède une faible action inhibitrice ; le sérum des adultes possède une forte action empêchante ; le sérum des sujets plus âgés possède une action favorisante et provoque l'apparition de nombreuses formes de multiplication nucléaire.

Altération du poumon perfusé avec du sang enrichi en polypeptides, chez le chien sensibilisé. — MM. M. BURSTEIN et Cl. OLIVIER, se servant de la préparation du poumon isolé, perfusé et ventilé, mettent en évidence, chez

les chiens sensibilisés aux polypeptiques musculaires trois semaines auparavant, l'apparition des lésions après adjonction des polypeptides au sang de la perfusion.

Ces lésions, analogues à celles décrites par P. Duval et L. Binet sur l'animal entier, consistent en zones d'infarctus et d'atélectasie. Dans deux cas, les auteurs ont provoqué un œdème pulmonaire aigu.

Ces recherches, qui permettent de suivre sous les yeux l'apparition des lésions, montrent que les polypeptides provoquent une sensibilisation locale du tissu pulmonaire.

Reconstitution « in vitro » du complexe libérant l'acétylcholine du cerveau. — Mlle E. Corteggiani, MM. A. Carayon-Gentil, J. Gautrelet et A. Kaswin. Il est possible d'obtenir la reconstitution du complexe libérant l'acétylcholine par chauffage, en ajoutant de l'acétylcholine à une suspension de cerveau dans l'eau distillée.

Action du moranyl sur les surrénales et l'excitabilité du splanchnique. — M. A. Kaswin. Le moranyl provoque une décharge lente d'adrénaline surrénale, une diminution de l'activité de la glande, une excitabilité moindre au splanchnique et une très légère action sympathicolytique.

Influence de l'ésérine sur la stabilité du complexe libérant l'acétylcholine par chauffage. — Mlle E. Corteggiani. Dans le cerveau de mouton, le complexe libérant l'acétylcholine par chauffage est décomposé immédiatement par l'eau, sa stabilité est assurée pendant plusieurs heures dans l'eau additionnée d'ésérine à 150.000 ou dans le liquide physiologique (NaCl 9 p. 1000).

Existence du complexe libérant l'acétylcholine sous l'influence de la chaleur dans divers organes de vertébrés. — Mlle E. Corteggiani. A côté de l'acétylcholine libre, il existerait, chez nombre de vertébrés, une acétylcholine dissimulée dans un complexe et susceptible « in vitro » d'être libérée de celui-ci par chauffage.

Action inhibitrice de l'acide ascorbique sur le choc anaphylactique des organes isolés. — MM. G. Ungar, J.-L. Parrot et A. Levillain. La substance histaminique libérée au cours du choc anaphylactique « in vitro », n'apparaît plus lorsque l'organe sensibilisé est resté en contact pendant quelques minutes avec une solution d'acide ascorbique. C'est en inhibant cette libération que l'acide ascorbique empêche ou atténue ce choc.

Sur la présence d'une substance analogue à l'histamine dans l'urine de la femme enceinte. — MM. G. Ungar et J. Dubois ont constaté la présence dans l'urine des femmes enceintes, d'un corps qui se comporte pharmacologiquement comme l'histamine. Etant donné l'absence complète de cette substance dans les urines normales, le fait mérite d'être signalé. Le maximum de fréquence de cette histaminurie est entre le 4e et le 6e mois. Elle n'est pas précoce et elle semble diminuer pendant les trois derniers mois.

Rôle de la flore microbienne associée à l'amibe dysentérique dans l'étiologie de l'amibiase expérimentale. — M. R. Deschiens. Le pouvoir pathogène des souches humaines de l'amibe dysentérique pour le chat est très différent, suivant la souche considérée. Une souche d'amibes dysentériques étant un complexe comprenant un protozoaire : l'amibe dysentérique et une flore bactérienne, les différences de degré du pouvoir pathogène peuvent être inhérentes à l'amibe ou à la flore qui l'accompagne.

Deschiens étudie expérimentalement la part qui revient à la flore dans l'action pathogène du complexe amibe + flore.

Il résulte de l'ensemble de ses expériences que la flore associée à l'amibe dysentérique est un des facteurs de l'action pathogène du complexe amibe + flore microbienne qui constitue une souche d'amibes dysentériques.

Ces notions concernant les conditions étiologiques de l'amibiase sont de nature à éclairer l'épidémiologie de cette infection et, en particulier, à expliquer le fait qu'il existe des villes à égouts défectueux ou à population notoirement malpropre qui sont très touchées par l'amibiase, alors que des localités voisines sont peu atteintes ou indemnes.

Action de l'hormone mâle sur les glandes prénuptiales. — MM. H. Bulliard et A. Ravina. Le propionate de testostérone provoque chez le rat un notable développement des glandes de Tyson, avec hypersécrétion de ces glandes. Le produit de sécrétion peut être recueilli au niveau de l'orifice du canal excréteur et servir de contrôle de l'activité de ces glandes. Un priapisme précoce, du degré III, a été aussi observé dans près de la moitié des cas.

Recherche comparative du bacille tuberculeux par la culture et par l'inoculation au cobaye dans les épanchements séro-fibrineux de la plèvre. — MM. A. Saenz et J. Chevé. La culture donne des résultats identiques à ceux fournis par l'inoculation au cobaye. Il reste cependant en sa faveur, outre sa simplicité, qu'elle fournit un diagnostic en un temps notablement plus court que le cobaye.

La dispersion tréponémique chez les souris atteintes de syphilis expérimentale cliniquement inapparente. — MM. C. Levaditi, A. Vaisman et D. Rousset-Chabaud. La dispersion cutanée du *Treponema pallidum*, hors du point d'inoculation, est évidente dès le trentième jour, mais ne rayonne pas d'une manière centrifuge vers les autres zones cutanées. Cette dispersion et la pullulation locale du tréponème s'opèrent en vertu d'une affinité élective du germe pour certaines régions de la peau. Le système réticulo-endothélial est le milieu le plus propice à la tréponémose dispersive et aussi les fibres lisses du tractus digestif. Chez les animaux infectés de longue date, des altérations peuvent accompagner la pullulation tréponémique. La maladie peut même devenir mortelle et revêtir des caractères de systématisation tissulaire. Jamais les tréponèmes, malgré leur présence dans le périoste interne des os du crâne, au contact même de la dure-mère, n'envahissent le parenchyme nerveux cérébral ou médullaire.

SOCIETE DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 25 JUIN 1937)

Ulcères de la face postérieure de l'estomac. — MM. Ducuing et Marquès, à propose de deux observations personnelles, insistent sur la rareté de ces ulcères, dont les signes cliniques passent souvent inaperçus et le diagnostic radiologique est difficile.

Abcès des os. — MM. R. Dieulafé, P. Dambrin et Tamalet discutent le diagnostic et le traitement des abcès des os.

MM. C. Dambrin et Ducuing insistent sur le démembrement qu'a subi le chapitre des abcès des os dont le nom devrait être prononcé assez rarement.

Tumeurs suspectes du sein. — M. Rieunau présente 6 observations où le diagnostic de cancer du sein envisagé au point de vue clinique a été infirmé par l'histologie.

MM. C. Dambrin et Ducuing discutent quelques-unes des observations rapportées.

Amputation du rectum par voie abdominale. — MM. Ducuing et Grimoud, étudiant les limites raisonnables de l'opération, montrent les avantages de cette voie qui leur a permis d'atteindre des cancers ampullaires propagés aux organes génitaux et d'enlever en bloc rectum et utérus.

LIVRES NOUVEAUX

Physiologie de l'innervation rénale, par Jean Hamburger. Préface de M. Pasteur-Vallery-Radot. — Un volume de 180 pages, avec 15 figures, 30 fr. — Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre constitue le premier travail d'ensemble sur la physiologie des nerfs du rein.

L'auteur a tenu compte de tous les travaux français et étrangers, ne s'attachant qu'aux résultats cliniques et expérimentaux qui doivent être retenus.

Son livre constitue en outre une œuvre personnelle : il a mis au point, pour l'étude du calibre des artères du rein, une technique d'examen qui substitue une méthode directe aux anciens procédés indirects.

L'artériographie rénale, qu'il a réalisée chez l'animal, permet de juger, d'une façon certaine, les effets artério-dilatateurs de l'énervation du rein. Il apporte d'autre part un fait capital : l'énervation rénale empêche l'apparition de l'albuminurie orthostatique expérimentale. Chez le lapin, chez le cobaye et chez le chien, l'auteur a pu obtenir des résultats certains.

On savait que l'excitation expérimentale des nerfs du rein provoque de l'albuminurie. La section de ces nerfs empêchant l'apparition de l'albuminurie, on en arrive à cette conclusion que l'albuminurie orthostatique est d'origine nerveuse.

Par ce fait expérimental, le mécanisme nerveux de certaines albuminuries intermittentes semble éclairé.

La lecture des pages de ce livre met au courant le médecin sur tout ce que l'on sait, à l'heure actuelle, du rôle vasomoteur des nerfs du rein, de la diurèse influencée par l'excitation ou la destruction de ces nerfs, de l'action du système nerveux dans les troubles fonctionnels de la sécrétion urinaire.

L'anaphylaxie expérimentale et humaine, par Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme Holtzer (ex Hugo). — Un volume de 130 pages avec 25 figures. Masson et Cie, éditeurs.

Les travaux publiés sur l'anaphylaxie sont innombrables. Les auteurs n'en ont fait ni la bibliographie ni la critique ; ils ont voulu apporter seulement le résultat de leurs expériences personnelles.

La première partie de ce volume est consacrée à l'anaphylaxie de l'animal. Les auteurs précisent les conditions d'expériences et le mode d'étude d'un phénomène anaphylactique, depuis l'injection sensibilisante jusqu'à la période de désensibilisation. Leur but a été d'établir une méthode de travail qui pût servir de guide dans les recherches sur les différents problèmes de l'anaphylaxie expérimentale. Aussi ce livre devra-t-il être consulté chaque fois que l'on voudra étudier une question ayant trait à l'anaphylaxie de l'animal. On y trouvera les données essentielles sur les antigènes et leurs voies d'introduction, sur la date d'apparition de l'état anaphylactique, sur le choc anaphylactique et les phénomènes qui l'accompagnent, sur la protection temporaire et la désensibilisation.

Dans la seconde partie du volume, les auteurs ont étudié l'anaphylaxie humaine. Ils se sont efforcés de déterminer la limite de cette anaphylaxie en montrant quelles devaient être les bases du diagnostic biologique d'un phénomène anaphylactique. Les critères cliniques et biologiques sont étudiés en détail ; puis ce sont les traitements spécifiques dont les auteurs font l'exposé et la critique.

Ce livre sera donc utile à tout biologiste qui veut faire une étude de l'anaphylaxie expérimentale et à tout médecin qui veut connaître les cadres de l'anaphylaxie humaine. Ce travail était nécessaire, étant donnée la confusion qui s'était établie dans les esprits pour tout ce qui concerne l'anaphylaxie. Cette étude, très serrée, permet de remettre les choses au point avec toute la précision désirable.

PRATIQUE MÉDICALE

BROMURE ET SÉDOBROL

d'après le docteur R. Chausset (1)

L'administration prolongée des bromures provoque, on le sait, certains inconvénients connus sous le nom de bromisme ; de nombreux travaux ont prouvé toutefois que ces phénomènes étaient dus à l'utilisation du bromure de potassium. En effet, si l'on prend un bromure de sodium chimiquement pur et minutieusement préparé et surtout si on incorpore ce bromure de sodium à un extrait de bouillon végétal concentré et achloruré, c'est-à-dire si on utilise le sédobrol qui est aujourd'hui un médicament classique, on peut attendre les plus grands services de la médication bromurée non seulement dans la thérapeutique des affections nerveuses et neuro-psychiques, mais encore dans tous les états d'agitation nerveuse, dans les insomnies et dans toutes les affections spasmodiques, en particulier dans la laryngite striduleuse et la coqueluche ; il faut rappeler également que tous les petits nerveux et tous les irritables sont tributaires de cette médication qu'ils supportent admirablement et il faut noter que dans toutes les affections et les troubles de l'appareil circulatoire, du tube digestif, du tractus uro-génital, le bromure de sodium, sous forme de sédobrol, à la dose d'une à trois tablettes par jour, donne les résultats les plus nets et les plus constants.

Mais il est tout à fait important d'utiliser non pas un bromure ordinaire, non pas un extrait de bouillon végétal quelconque, mais bien le sédobrol qui est toujours admirablement toléré même par les enfants et qui permet dans certaines conditions l'administration parfaitement dissimulée de la médication bromurée.

(1) *Concours médical*, Paris, n° 23, 7 juin 1936.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES CAVERNES PULMONAIRES

Le diagnostic des cavernes pulmonaires était autrefois purement clinique.

Il doit être aujourd'hui clinique et radiologique.

La radiologie a en effet permis :

a) De reconnaître les cavernes sans signe d'auscultation ;

b) De reconnaître les syndromes pseudo cavitaires.

Enfin, elle permet l'observation de l'évolution anatomique de la caverne.

DIAGNOSTIC POSITIF

Il est essentiellement stéthacoustique et radiologique.

S. g. Certes, dans un certain nombre de cas, l'aspect général du malade amaigri, pâle, sans force, avec une température hectique, fait pressentir de graves lésions cavitaires, mais rien n'est plus variable que l'état général d'un cavitaire.

S. f. Une expectoration nummulaire abondante, une expectoration purulente homogène et très abondante peuvent aussi faire penser à la possibilité d'une caverne, mais cette expectoration peut se voir parfois en dehors de toute caverne et manquer en cas de caverne véritable.

Les hémoptysies n'ont pas plus de valeur.

S. ph. Ce sont donc seuls les signes physiques qui permettront le diagnostic.

Celui-ci reposera sur le syndrome :

A la percussion : matité.

A la palpation ; vibrations augmentées.

A l'auscultation : souffle à timbre creux, de tonalité basse de forte intensité.

— Râles creux très humides et inégaux.

L'ensemble du souffle et des râles réalisant le gargouillement.

— Bronchophonie.

— Pectoriloquie : retentissement de la voix à tonalité grave et à timbre creux.

— Retentissement caverneux de la toux.

D'ailleurs, celle-ci entraîne une expectoration abondante et modifie le tremblement du timbre des souffles et la nature des bruits surajoutés.

Dans les cavernes volumineuses superficielles, on peut d'ailleurs trouver des signes tout différents :

A l'inspection : une dépression avec amyotrophie en regard de la cavité.

A la palpation ; vibrations parfois diminuées.

A la percussion. — Tympanisme dont la tonalité varie avec la position du malade, l'ouverture ou la fermeture de la bouche.

— Il faut noter de plus que cette percussion est souvent douloureuse.

— Parfois *bruit de pot fêlé* en percutant assez fort, le malade étant, en expiration, la bouche ouverte.

A l'auscultation, souffle amphorique, retentissement amphorique de la voix et de la toux.

Mais les signes d'auscultation ne sont pas toujours nets.

a) On ne trouve souvent chez des cavitaires que des *râles consonnants* à timbre à la fois humide et éclatant.

b) On ne trouve même parfois que des *râles sous-crépitants banaux.*

c) Parfois, il n'existe même aucun signe d'auscultation, même après avoir ausculté dans l'aisselle et avoir fait tousser le malade (*cavernes muettes*).

Aussi le diagnostic d'une caverne nécessite-t-il à la fois l'examen clinique et radiologique.

A *l'examen radiologique*, on constate au milieu d'une zone opaque de condensation une clarté centrale de dimension variable, plus ou moins régulière, avec parfois mais non toujours une bronche de drainage et un niveau liquide.

De plus, fait capital, cette image claire se contracte à la toux en donnant parfois le signe du rideau.

L'image n'est cependant pas toujours aussi nette, on peut observer :

— Des cavernes limitées par un contour peu épais, presque linéaire.

— Des aspects spéciaux dus à des cavernes multiples, aspect de nid d'abeilles, de mie de pain,

— De plus, parfois l'aspect peut être douteux, il faudra alors essayer de le confirmer par des examens en diverses positions.

On pourra de plus, toutes les fois que cela sera possible, employer la méthode radiotomique, qui consiste à obtenir sur un cliché une véritable coupe mince du parenchyme pulmonaire à une profondeur déterminée par une radiographie stéréoscopique préalable.

Certaines cavernes de petite taille ont ainsi pu être des surprises de tomographie.

De même, cette méthode peut permettre de reconnaître une caverne masquée par une opacité dense, confirmer un diagnostic de caverne dans les zones de lecture difficile : entrecroisement de côtes, sinus costomédiastinaux, etc., localiser exactement le siège et les dimensions d'une caverne avant intervention thoracoplastique.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Il se pose :

a) *Pour les signes physiques :*

— On peut rencontrer : de la matité, des vibrations augmentées, un souffle, des râles humides dans les *tumeurs pulmonaires.*

— De la matité, des souffles, des râles au cours d'*épanchements pleuraux, d'infarctus.*

— Un bruit trachéal latéralisé avec des râles au sommet (Armand-Delille) dans les syndromes de *déviation trachéale.*

— Des *syndromes pseudo-cavitaires post-hémoptoïques.*

— Des *syndromes pseudo-cavitaires dus à une dilatation des bronches*, qui donnent eux aussi une expectoration très abondante, mais un état général bien conservé et dont le diagnostic sera fait par l'injection lipiodolée des bronches.

— Enfin avec un *pneumothorax partiel* qui donne les mêmes signes cliniques qu'une caverne superficielle, ce ne sera que l'examen radiologique qui permettra le diagnostic.

b) *Pour les signes radiologiques :*

Il faut reconnaître :

Les *fausses images cavitaires*, en s'assurant par un examen minutieux que le contour est complet.

C'est ainsi que l'on évitera les erreurs classiques dues à une mauvaise interprétation

D'ombres costales,

De bronches vues en coupe,

De brides pleurales,

De taches situées à des profondeurs différentes.

Là encore, les méthodes stéréoscopique et radiotomique rendront de grands services.

Il faudra toujours faire, nous le répétons, des examens sous des incidences différentes dans les cas douteux et se méfier des images parahilaires.

Un entrecroisement broncho-vasculaire peut en effet simuler une caverne et d'autre part de vraies cavernes de cette région peuvent facilement passer inaperçues.

(A suivre.) ROGER-JEAN CHEVALLIER.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 69. — SAMEDI 28 AOUT 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Marseille. — Un concours sera ouvert à l'Hôtel-Dieu le lundi 18 octobre 1937, à 9 heures, pour *douze places d'Elèves Internes en médecine et en chirurgie.*

Les Externes titulaires des Hôpitaux de Marseille et les Internes titulaires des Hôpitaux d'une ville de France possédant une Faculté, une Ecole de plein exercice ou une Ecole préparatoire de Médecine, pourvus de huit inscriptions, ont seuls le droit de se présenter au concours. Les candidats devront se faire inscrire et déposer leur dossier au Secrétariat de l'Administration des Hospices, rue Lafon, n° 9, avant le 4 octobre, à 18 heures.

Un concours sera ouvert dans les locaux de la Faculté de médecine, rue Auguste-Blanqui, 92, le lundi 25 octobre 1937, à 9 heures, pour *trente-cinq places d'Elèves Externes en médecine et en chirurgie.*

Les candidats doivent avoir au moins quatre inscriptions de médecine, avoir subi une revaccination antivariolique et une vaccination antityphoparatyphoïdique récentes, et avoir accompli dans les services des hôpitaux de Marseille un stage d'un mois au moins au cours des mois de juillet, août et septembre précédant le concours. La liste d'inscription ouverte au Secrétariat de l'Administration des hospices, rue Lafon, n° 9, à Marseille, sera close le lundi 11 octobre, à 18 heures.

Hôpitaux de Nice. — Un concours pour l'internat des hôpitaux de Nice aura lieu dans cette ville, le 18 octobre 1937 ; parmi les places mises au concours, *l'une sera réservée au service d'ophtalmologie,* et sera pourvue par un concours spécial comprenant la rédaction écrite d'une observation et l'examen de la réfraction de deux malades.

Les candidats désirant concourir à ces épreuves devront, outre les conditions générales d'inscription au concours de l'Internat, produire un certificat d'un chef de service universitaire ou hospitalier d'ophtalmologie attestant qu'ils ont fait dans ce service un stage minimum d'un an.

Hôpitaux de Nîmes. — Un concours sera ouvert au Centre Médical de Nîmes, le 10 décembre 1937, pour *cinq places d'Internes en médecine et en chirurgie.*

Les candidats devront être Français et pourvus de douze inscriptions, au moins, de doctorat. Ils devront se faire inscrire et déposer leur dossier au Secrétariat des Hôpitaux, rue Hoche, n° 5, à Nîmes, avant le 4 décembre 1937, à 17 heures.

Maison de Santé départementale de Blois. — Une place d'interne en médecine est vacante dans cet établissement. Les conditions à remplir sont les suivantes : 1° Etre de nationalité française et ne pas avoir plus de 30 ans ; 2° être titulaire de 16 inscriptions au minimum.

Pour la constitution du dossier, s'adresser à la Direction de la Maison de Santé départementale, 34, avenue Maunoury, à Blois, avant le 15 septembre 1937.

Ville d'Alger. — Un concours sur titres est ouvert en vue du recrutement d'un pharmacien-chef des services municipaux de la ville d'Alger. Les candidats doivent être pourvus du diplôme de pharmacien délivré par une Faculté française et âgés de 25 ans au moins ou de 40 ans au plus le 1er octobre 1937. Dates limites des inscriptions :

8 octobre 1937 par poste et 12 octobre 1937 pour remise à la mairie. Traitement de début : 36.000 francs par an, indemnités algérienne de 25 p. 100, et d'Algérie de 8 p. 100 en sus, ainsi que, le cas échéant, indemnités pour charges de famille. Pour tous renseignements, s'adresser ou écrire à la Mairie d'Alger, bureau 55 (1er étage).

Faculté de médecine de Paris. — *Exonération du droit d'inscription.* — Des exonérations totales et des réductions de moitié du droit d'inscription sont accordées aux étudiants, en vertu du décret du 10 août 1935. (Ces exonérations et réductions ne portent pas sur le droit de bibliothèque, ni sur celui de travaux pratiques afférents à l'inscription trimestrielle.)

Le nombre des bénéficiaires des exonérations ne peut excéder 25 p. 100 du total des étudiants ; celui des bénéficiaires de réduction est limité à 10 p. 100 du même total.

Les demandes établies sur papier timbré et accompagnées de l'imprimé délivré par le Secrétariat doivent être adressées à M. le Doyen, jusqu'au 31 octobre.

MM. les étudiants qui ont déposé une demande d'exonération ou de réduction du droit d'inscription doivent l'indiquer sur leur bulletin, en prenant leurs inscriptions trimestrielles. Ils seront inscrits provisoirement et ne paieront qu'après décision ultérieure. Aucun remboursement ne sera accordé aux étudiants qui ne se seraient pas conformés à ces prescriptions.

Exonération de droits scolaires aux étudiants appartenant à des familles nombreuses (décret du 22 novembre 1925). — MM. les oétudiants français appartenant à une famille d'au moins trois enfants, ou ayant un frère ou une sœur également en cours d'études dans une Faculté, peuvent être dispensés en totalité ou en partie des droits de scolarité ou d'examen pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine. Les enfants Morts pour la France sont mis en ligne de compte pour l'admission au bénéfice de ces dispositions.

Les demandes établies sur papier timbré à 4 francs, accompagnées de l'imprimé délivré par la Faculté, d'un certificat de vie des frères et sœurs, d'un relevé des contributions et, le cas échéant, d'un certificat établissant la situation scolaire d'un frère ou d'une sœur dans un autre établissement d'enseignement supérieur, doivent être adressées à M. le Doyen, jusqu'au 31 octobre.

En prenant leurs inscriptions trimestrielles, MM. les étudiants qui se sont mis en instance d'exonération de droits scolaires au titre des familles nombreuses, doivent l'indiquer sur leur bulletin. Ils seront inscrits provisoirement et ne paieront qu'après décision ultérieure. Aucun remboursement ne sera accordé aux étudiants qui ne se seraient pas conformés à ces prescriptions.

Ministère de la Santé publique. — *Commission de coordination des assurances sociales et de la santé publique.* — M. Achet, inspecteur principal de l'administration de l'Assistance publique à Paris, est nommé membre de la commission interministérielle de coordination des assurances sociales et de la santé publique, en remplacement de M. Boudy, inspecteur général de l'Assistance publique, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Sanatoriums. — M. le docteur Chatonnier, médecin adjoint au sanatorium de Belligneux-Hauteville, à Lompnes (Ain), a été nommé médecin directeur du sanatorium de la Grolle-Saint-Bernard, à Touvérac (Charente).

Par arrêté en date du 10 août 1937, l'arrêté ministériel du 4 août 1937 nommant M. le docteur Thomson, médecin-directeur au sanatorium de la Meynardie (Dordogne), en remplacement de M. le docteur Calvet, a été rapporté, ce dernier étant maintenu, sur sa demande, à ce poste.

Hôpitaux psychiatriques. — Un poste de médecin-chef de service est actuellement vacant à l'asile privé faisant fonction d'asile public de Saint-Joseph-de-Cluny, à Limoux (Aude) (poste créé).

Des dépôts de sérums et vaccins sont répartis dans les départements. — Le ministère de la santé publique communique :

« La radio est utilisée fréquemment par des médecins demandant l'envoi immédiat d'un sérum.

« Le ministre de la santé publique rappelle qu'il existe actuellement des dépôts de sérums et vaccins dans presque tous les départements.

« La liste des 116 dépositaires vient d'être adressée aux préfets avec charge, pour chacun, de la communiquer à tous les médecins de son département.

« Soucieux d'assurer la sauvegarde de la vie humaine, le ministre de la santé publique tient à préciser que ces dépositaires, approvisionnés directement par l'Institut Pasteur, possèdent toujours un stock suffisant de sérums usuels.

« Dans le cas où un sérum demandé ferait défaut, MM. les praticiens sont avisés qu'ils doivent s'adresser par télégramme ou téléphone à l'Institut Pasteur (213, rue de Vaugirard, à Paris ; téléphone : Ségur 91-77), l'envoi leur sera fait immédiatement par le service des urgences qui fonctionne en permanence de jour et de nuit. »

(*Voir la suite des Informations p. 1094.*)

CHRONIQUE

LA SITUATION DES JOURNAUX DE MÉDECINE, IL Y A CENT ANS.

Le 26 août 1837, la *Gazette des hôpitaux* signalait qu'une importante revue médicale de Paris renonçait à paraître deux fois par semaine et devenait désormais mensuelle. Ce bouleversement était dû à la charge écrasante du timbre imposé alors aux journaux. Cette revue, lorsqu'elle avait fixé son prix et son mode de périodicité, n'avait pu prévoir l'impôt onéreux que le fisc allait faire peser sur les journaux de médecine.

En relatant cette nouvelle, FABRE, alors directeur de la *Gazette des hôpitaux*, ajoutait :

« Nous déplorons, avec notre confrère, un état de choses qui contraint les journaux de science à de telles modifications s'ils ne veulent pas succomber. Qui, plus que nous, sait depuis longtemps et combien ces charges sont écrasantes, et combien il serait à désirer, dans l'intérêt de la science et de l'humanité, que, des hautes régions où ils sont placés, nos hommes d'Etat daignassent, de temps à autre, jeter les yeux sur notre spécialité et la regarder avec un peu, nous ne dirons pas de faveur, mais de bienveillance... »

....

Cent ans ont passé. Ces lignes gardent toujours leur angoissante actualité.

Depuis un an, nous assistons à l'élévation constante des prix de revient des journaux. Nous subissons en outre des hausses postales, les exigences fiscales deviennent de plus en plus lourdes.

Jamais, il faut le dire très haut, le péril menaçant l'indépendance et l'existence même de la presse médicale n'a été si grave.

F. L. S.

REVUE GENERALE

LA CONCENTRATION EN IONS HYDROGÈNE, la CONCEPTION du PH, la RÉSERVE ALCALINE : leurs applications cliniques

Les DIFFÉRENTES MODALITÉS de DÉSÉQUILIBRE ACIDO-BASIQUE du SANG

Exposé de la question à l'usage du clinicien

Par M. JEAN ALBERT-WEIL,
Médecin des hôpitaux de Béziers,
ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Strasbourg,
ancien interne lauréat des hôpitaux de Strasbourg.

La connaissance de la concentration en Ions H du Plasma sanguin et des milieux organiques, et de son expression le pH, la notion de réserve alcaline prennent chaque jour plus d'importance en physiologie et en pathologie. Elles ont un grand intérêt dans l'étude du diabète et de ses complications, dans l'étude des néphrites et même des affections pulmonaires. Elles éclairent et éclaireront encore la nosologie des troubles pathologiques les plus variés. Aussi nous a-t-il paru utile de tenter d'exposer le plus clairement et le plus simplement possible ces importantes questions, à l'usage des cliniciens.

Pour cela nous allons rappeler quelques définitions et lois fondamentales de la chimie. Il est indispensable en effet de les connaître pour comprendre la signification du pH et de la réserve alcaline.

***

On sait par la théorie d'Arrhénius qu'un certain nombre des molécules des acides, des bases et des sels (1) en solution *aqueuse se dissocient dans l'eau*, dissociation qui rend compte des propriétés cryoscopiques et électrochimiques spéciales des solutions acides, basiques, ou salines. Les produits de cette dissociation sont des atomes ou des *groupes d'atomes* appelés Ions, porteurs d'une même charge électrique qui est positive ou négative suivant la nature chimique de ces Ions.

Ainsi par exemple une solution aqueuse moyennement concentrée de HCl contient, d'une part, des molécules HCl intactes, électriquement neutres, en équilibre avec des Ions H^+ et Cl^-, chargés les uns positivement, les autres négativement.



$$HCl \rightleftharpoons H^+ + Cl^-.$$

Une solution aqueuse de SO^4H^2 contient des molécules SO^4H^2 intactes, et des Ions SO^{4--} et H^+, H^+ ; une solution aqueuse de NaOH contient des molécules NaOH intactes, et des Ions Na^+, OH^- ; une solution aqueuse de SO^4Na^2 contient des molécules SO^4Na^2 intactes, et des Ions SO^{4--}, Na^+, Na^+, etc...

Par tous ces exemples, on voit que toute solution aqueuse acide, basique ou saline présente à la fois une *certaine concentration en molécules entières*, et une *certaine concentration ionique*. Cette concentration ionique ne s'évalue pas globalement, *mais par rapport à chacune des catégories d'Ions contenus dans la solution :* par exemple si on considère une solution aqueuse d'un mélange de NaCl, et de SO^4Na^2, on déterminera une concentration a en Ions Cl, une concentration b en Ions SO^4, une concentration c en Ions Na.

Les concentrations ioniques s'évaluent en Ions-Grammes, ou fraction d'Ion-Gramme par litre. Comme dans les solutions biologiques, il s'agit en général de solutions très diluées, on exprime les fractions d'Ion-Gramme sous forme de puissance de 10 à exposant négatif :

Par exemple $10^{-7} = \frac{1}{10^7} = \frac{1}{10.000.000}$ d'ion-gramme par litre (2).

La loi d'action de Masse. — Il existe dans les solutions aqueuses, acides, basiques ou salines, une relation extrêmement importante entre la concentration ionique et la concentration en molécules entières, relation qu'exprime *la loi fondamentale d'action de Masse.*

Prenons l'exemple d'une solution de HCl. Désignons par $_cH$ la concentration en Ions H, $_cCl$ la concentration en Ions Cl, $_cHCl$ la concentration en molécules non dissociées HCl.

On a :

$$\frac{c^H \times c^{Cl}}{c^{HCl}} = K$$

ou plus généralement pour un électrolyte X en solution dans l'eau :

$$\frac{c^{ions+} \times c^{ions-}}{c^{\text{molécules non dissociées}}} = K$$

K représentant une constante, particulière au corps considéré et qui ne dépend que de la température.

Cette formule n'est que l'expression d'une simple relation mathématique. Un exemple numérique nous fera aisément comprendre sa signification et son application :

Imaginons arbitrairement que pour une solution donnée d'un électrolyte Y dans l'eau la concentration en molécules entières soit égale à 4 (3) et la concentration ionique égale à 4 (4). Supposons d'abord qu'il n'y ait que ce seul électrolyte en solution et que les concentrations des divers Ions en présence soient égales.

On a :

$$\frac{4 \times 4}{4} = K \quad \text{d'où} \quad K = 4.$$

Supposons que nous diminuions la concentration de la solution de manière que la concentration ionique

(1) C'est-à-dire des électrolytes, appelés ainsi parce que leur solution aqueuse est conductrice du courant électrique.

(2) On peut définir l'ion-gramme : atome-gramme, ou fraction de molécule-gramme portant une ou plusieurs charges électriques de 96.600 Coulombs. Par exemple $H^+ = 1$ gramme est un ion-gramme d'hydrogène. $Cl^- = 35{,}5$ est un ion-gramme de chlore. $SO^{4--} = 96$ est l'anion-gramme correspondant à l'acide sulfurique, etc...

(3) 4 molécules-grammes par litre.

(4) 4 ions-grammes par litre.

soit égale à 2. En application de la formule on aura

$$\frac{2 \times 2}{x} = 4 \qquad \text{(I)}$$

d'où X, c'est-à-dire la concentration en molécules entières est égale à 1.

Augmentons au contraire la concentration de manière à ce que la concentration ionique soit égale à 6. Par le même calcul, on trouve la concentration en molécules entières = 9.

On aura

$$\frac{6 \times 6}{9} = K = 4. \qquad \text{(II)}$$

On voit d'après ces quelques exemples numériques que lorsqu'on augmente la dilution de la solution (I), les concentrations ionique et en molécules entières diminuent toutes deux, mais que la concentration en molécules entières diminue davantage que la concentration ionique, de telle sorte qu'à la limite, aux dilutions extrêmes, *la concentration en molécules entières devient négligeable par rapport à la concentration ionique.*

Au contraire quand on augmente la concentration de la solution (II), les concentrations ionique et en molécules entières augmentent, mais c'est l'augmentation de la concentration en molécules entières qui est la plus grande.

Ainsi donc aux grandes dilutions, il y a beaucoup plus de molécules dissociées que de molécules entières, et la concentration ionique seule importe.

Aux grandes concentrations, c'est la concentration en molécules entières qui est la plus importante.

***

Supposons maintenant qu'au lieu d'avoir une solution d'un électrolyte unique, on ait une solution contenant deux électrolytes, tels par exemple que le Chlorure de sodium et le Sulfate de Sodium.

Supposons qu'au début, la solution contienne seulement du Chlorure de sodium. La loi d'action de masse va s'appliquer. On aura

$$\frac{c^{Na} \times c^{Cl}}{c^{NaCl}} = K$$

constante de dissociation du NaCl à une température déterminée.

Supposons *tout à fait arbitrairement et contrairement à la réalité* que la constante de dissociation du NaCl soit égale à 4, et qu'au début on ait dans la solution une concentration ionique égale à 6, et une concentration en molécules entières égale à 9.

On aura :

$$\frac{6 \times 6}{9} = K = 4.$$

Supposons que nous ajoutions dans la solution une quantité telle de $SO^4 Na^2$ que 7 Ions Na soient mis en liberté.

La concentration en Ions Na va augmenter dans la solution. D'autre part, la loi d'action de masse devra s'appliquer, et il faudra toujours que l'on ait :

$$\frac{c^{Na} \times c^{Cl}}{c^{NaCl}} = K = 4.$$

Pour que K soit toujours égal à 4, la concentration en Ions Na augmentant, la concentration en Ions Cl devra diminuer, et la concentration en molécules NaCl augmenter. Mais la concentration en Ions Cl ne pourra diminuer que si des Ions Cl disparaissent, et ces Ions ne pourront disparaître que s'ils s'unissent à un nombre correspondant d'Ions Na pour former des molécules NaCl non dissociées.

Aussi, après que l'on aura ajouté le Sulfate de Sodium dans la solution de Chlorure de Sodium, la formule :

$$\frac{c^{Na} \times c^{Cl}}{c^{NaCl}} \text{ sera égale à } \frac{11 \times 4}{11} = 4.$$

Les 7 Ions Na introduits en excédent s'ajouteront en effet aux 6 Ions Na du Chlorure de Sodium, mais deux de ces Ions seront utilisés pour s'unir à 2 Ions Cl et former ainsi deux molécules NaCl, qui iront s'ajouter aux 9 molécules existant déjà à la solution.

On voit, d'après cet exemple, que si dans une solution d'un électrolyte donné *a* on introduit une solution d'un électrolyte *b* possédant un Ion commun avec l'électrolyte *a*, *la concentration de l'autre catégorie d'Ions de l'électrolyte a diminuera, et la concentration en molécules entières de ce même électrolyte augmentera, de telle sorte que la loi d'action de masse soit toujours satisfaite.*

***

Acidité et alcalinité ioniques. — On sait que les acides sont par définition (5) des corps qui contiennent dans leur molécule un ou plusieurs atomes d'H remplaçables par un métal, que les bases sont des corps dérivés des métaux qui s'unissent aux acides pour donner des sels, perdant ainsi un radical OH, l'oxhydrile, qui va s'unir à l'H de l'acide pour donner de l'eau (6). Les solutions aqueuses acides, salines ou basiques contiennent comme toute solution aqueuse d'électrolytes des molécules entières et des Ions. Les atomes H de l'acide, à fonction acide, c'est-à-dire remplaçables par un métal, les radicaux OH de la base à fonction basique sont des Ions (7). De là la définition électrolytique des acides et des bases : *on appelle Acides les corps qui, en solution aqueuse, libèrent des Ions H ; bases, les corps qui, en solution aqueuse, libèrent des Ions OH.*

La concentration en ions H d'une solution lui confère un ensemble de propriétés qui constitue son *Acidité ionique*, la concentration en Ions OH d'une solution lui confère un ensemble de propriétés qui constitue son *Alcalinité ionique.*

L'acidité et l'alcalinité ioniques sont différentes de ce qu'on appelle l'acidité et l'alcalinité de titration. *L'acidité de titration* est obtenue par la neutralisa-

(5) Nous ne donnons ici des acides, des bases et des sels que leur ancienne définition.

(6) Par exemple : $HCl + NaOH = NaCl + HOH$;
$SO^4H^2 + 2NaOH = SO^4Na^2 + 2HOH$, etc...

(7) Il faut distinguer dans certains acides, tels par exemple l'acide acétique $CH^3Coo.H$, les atomes H, *qui ne sont pas des ions, mais qui font partie d'un ion,* puisqu'ils sont incorporés au radical CO^3COO, qui constitue l'anion CH^3COO^-, et l'atome H, doué de propriétés électriques spéciales et remplaçable par un métal, qui constitue le cathion H^+.

tion (8) d'une solution d'un acide à une concentration X par une quantité que l'on dose d'une solution d'une base donnée à une concentration connue, *l'alcalinité de titration* est obtenue par la neutralisation d'une solution d'une base à une concentration X par une quantité dosée d'un acide donné à une concentration connue. Connaissant la quantité de solution basique employée pour neutraliser la solution acide, et sa concentration, il est aisé de déterminer le nombre de molécules-grammes, *tant intactes qu'à l'état de dissociation* que contenait la solution acide, et par conséquent *son acidité de titration*. Inversement on pourra facilement déterminer *l'alcalinité de titration* d'une solution basique, connaissant la quantité de solution acide employée pour la neutralisation et sa concentration.

L'acidité et l'alcalinité de titration renseignent sur le nombre total d'atomes H à fonction acide, ou de radicaux OH à fonction alcaline que renferme la solution considérée, tant libres à l'état d'Ions, que contenus dans les molécules non dissociées (9). Elles ne renseignent pas sur le degré de dissociation de l'acide ou de la base en solution.

Dans les liquides humoraux sont à considérer, d'une part, l'acidité et l'alcalinité potentielles ou de titration, et l'acidité et l'alcalinité ioniques ou réelles.

L'acidité ionique d'une solution, ou acidité réelle, s'exprime et est mesurée par sa concentration en Ions H, l'alcalinité ionique par sa concentration en Ions OH.

L'étude des phénomènes de dissociation électrolytique de l'eau va nous montrer que l'acidité et l'alcalinité ioniques sont fonction l'une de l'autre, suivant un certain rapport, de sorte qu'il suffit de connaître l'une pour être renseigné sur l'autre.

*
* *

LES PHÉNOMÈNES DE DISSOCIATION DE L'EAU. — On doit savoir que l'eau distillée neutre, absolument pure, contient un nombre infime de ses molécules à l'état de dissociation H, OH. La loi d'action de masse s'applique.

Soit $_cH$ la concentration en ions H, $_cOH$ la concentration en ions OH, $_cHOH$ la concentration en molécules non dissociées HOH, on a :

$$\frac{c^{H} \times c^{OH}}{c^{HOH}} = K. \qquad \text{(III)}$$

(8) L'état neutre est déterminé par le virage d'un indicateur coloré. Si on neutralise par exemple, par une solution donnée de soude, une solution de HCl, l'état neutre sera obtenu quand on aura versé une quantité telle de la solution de soude dans la solution de HCl, que toutes les molécules HCl aient donné avec les molécules NaOH, introduites dans la solution, NaCl + HOH. En réalité, NaOH dissous n'agit que par ses molécules dissociées. De même HCl ne réagit qu'à l'état de dissociation. Les ions Na s'unissent aux ions Cl, les ions H aux ions OH. Mais au fur et à mesure que les ions des corps en présence sont utilisés, il se dissocie de nouvelles modécules de NaOH et de nouvelles molécules d'HCl, en application de la loi d'action de masse, de telle sorte que les constantes respectives de dissociation de NaOH, et de HCl demeurent toujours égales à elles-mêmes. Les ions nouvellement formés réagissent entre eux, entraînant ainsi de nouvelles dissociations moléculaires, si bien qu'à la fin de l'opération, c'est-à-dire au point neutre, toutes les molécules HCl se sont dissociées, et ont donné avec toutes les molécules de soude NaCl + HOH.

(9) Comme le dit Michaëlis, « l'acidité de titration est la mesure du potentiel de combinaison de cette solution avec une base ».

Mais dans ce cas, le corps dissous est en même temps le solvant. Dans l'eau distillée neutre, les concentrations ioniques, et en molécules entières sont donc absolument invariables, puisque chaque fois qu'on ajoute du solvant, on ajoute du corps dissous. D'autre part, lorsqu'on ajoute une certaine quantité d'ions H ou OH dans de l'eau distillée neutre, la variation de concentration en molécules entières est extrêmement faible par rapport au nombre immense de ces molécules. On peut donc considérer le facteur HOH comme constant et le faire passer dans le second membre :

On a :

$$c^{H} \times c^{OH} = c^{HOH} \times K = K' \qquad \text{(IV)}$$

une nouvelle constante.

On considère K' comme *la constante de dissociation de l'eau* à une température déterminée.

Les concentrations en ions H et en ions OH sont extrêmement faibles. Dans l'eau distillée, rigoureusement neutre,

$$c^{H} = c^{OH}.$$

On a pu calculer $_cH$ et $_cOH$, et on est arrivé à ce résultat, à savoir qu'à 21°, dans l'eau distillée absolument neutre,

$$c^{H} = 10^{-7}$$

c'est-à-dire

$$\frac{1}{10^{7}} = \frac{1}{10\,000.000} \text{ d'ion-gramme par litre (10).}$$

On a donc (11) :

$$10^{-7} \times 10^{-7} = 10^{-14} = \frac{1}{10^{14}} = \frac{1}{100.000.000.000.000}$$

10^{-14} *est la constante de dissociation de l'eau à* 21°. Ce produit 10^{-14} est absolument constant, en vertu de la loi d'action de masse, quel que soit l'état d'acidité ou d'alcalinité ionique des solutions aqueuses. Il ne varie qu'avec la température.

Cependant, si l'on ajoute à de l'eau distillée neutre un acide ou une base, on ajoute des ions H ou des ions OH, qui vont aller s'ajouter aux ions H ou aux ions OH existant déjà dans l'eau. Le cas est semblable alors à celui de la solution aqueuse de 2 électrolytes, dans la formule desquels entrent les ions d'un même corps.

Lorsque le milieu est acide, on a $c^{H} > c^{OH}$.

Lorsque le milieu est alcalin, on a $c^{OH} > c^{H}$.

Pour que le produit $c^{H} \times c^{OH}$ demeure égal à 10^{-14}, il faut, puisque l'un des facteurs augmente, que l'autre diminue d'une quantité donnée.

Si on introduit par exemple des ions H en excès, un nombre donné d'ions OH doit disparaître, mais ils ne pourront disparaître qu'en se recombinant avec un nombre équivalent d'Ions H pour reformer des molécules HOH non dissociées.

(10) Si l'on voulait exprimer ce résultat en grammes, on dirait, puisqu'un *ion-gramme* H pèse 1 gramme, et un *ion-gramme* OH pèse 17 grammes, qu'un litre d'eau distillée neutre renferme un dix-millionnième de gramme d'ions H et 17 dix-millionnièmes de gramme d'ions OH, un tel équilibre représentant la *neutralité*.

(11) Pour multiplier des puissances entre elles, on additionne leurs exposants.

Imaginons pour fixer les idées que nous dissolvions dans de l'eau distillée neutre une certaine quantité de NaOH. Ce faisant, nous introduisons dans l'eau un certain nombre d'Ions Na, un certain nombre d'Ions OH et des molécules NaOH non dissociées. En effet pour une concentration donnée, NaOH a sa propre relation d'équilibre

$$\frac{c^{Na} \times c^{OH}}{c^{NaOH}} = K''$$

et les Ions OH existant en liberté dans la solution, c'est-à-dire une *partie* de ceux existant déjà antérieurement dans l'eau distillée neutre (12), et ceux que l'on ajoute en dissolvant la soude, jouent un rôle dans cette relation. Mais ils en jouent un autre aussi important dans la relation d'équilibre de l'eau

$$c^{H} \times c^{OH} = K' \quad \text{ou} \quad c^{H} = \frac{K'}{c^{OH}}$$

K' étant égal à 10^{-14}.

Dans le cas de la solution de NaOH, $c^{OH} > c^{H}$. Or c^{H} est inversement proportionnel à cOH suivant la formule ci-dessus exprimée. Lorsque la concentration en Ions OH augmente, cH diminue, un certain nombre d'Ions H se recombinant avec des Ions OH pour former HOH. Il y a dans cette solution alcaline un excès d'Ions OH, mais une partie d'entre eux a cependant disparu pour se recombiner avec des Ions H et reformer des molécules HOH, de telle sorte que l'on ait toujours $c^{H} \times c^{OH} = 10^{-14} = K'$ (constante de dissociation de l'eau à 21°).

***

Ces notions sont extrêmement importantes. En effet, la connaissance de la relation d'équilibre de l'eau permet de mesurer à tout moment l'acidité ou l'alcalinité ioniques des solutions aqueuses acides ou basiques; quelle que soit la multiplicité des acides et des bases en solution et leur nature. La relation d'équilibre de l'eau présente le *maximum de généralité*, et il suffit de connaître l'une des termes du produit cH × cOH pour être renseigné sur l'autre, les variations de l'un rendant compte des variations de l'autre.

On a choisi la détermination de la concentration en Ions H comme procédé de mesure de l'acidité ou de l'alcalinité ionique des solutions aqueuses acides et basiques.

***

On exprime les concentrations en Ions H des solutions acides et basiques en puissances négatives de 10, *afin de ne pas être obligé d'écrire de trop longues fractions.* On prend comme unité l'Ion-Gramme par exemple lorsque cH = 10^{-8}, cela veut dire que la concentration en Ions H est égal à $\frac{1}{10^{8}} = \frac{1}{100.000.000}$ d'ion-gramme par litre.

On sait qu'un nombre quelconque *a*, élevé à la puissance zéro, est égal à 1 (13). Donc quand cH = 1 ion-gramme par litre on écrit cH = 10^{0}.

On étudie les variations de la concentration en ions H de 100 à 10^{-14} (14) puisqu'il faut toujours que :

$$c^{H} \times c^{OH} = 10^{-14}.$$

Pour $c^{H} = 1$ soit 10^{0} on a $c^{OH} = 10^{-14}$ puisque $c^{H} \times c^{OH}$ est égal à $1 \times 10^{-14} = 10^{-14}$.
Pour $c^{H} = 10^{-1}$ on a $c^{OH} = 10^{-13}$.
Pour $c^{H} = 10^{-2}$ on a $c^{OH} = 10^{-12}$, etc...
Pour $c^{H} = 10^{-7}$ on a $c^{OH} = 10^{-7}$ (NEUTRALITÉ).
Pour $c^{H} = 10^{-8}$ on a $c^{OH} = 10^{-6}$.
Pour $c^{H} = 10^{-9}$ on a $c^{OH} = 10^{-5}$, etc...
Pour $c^{H} = 10^{-14}$ on a $c^{OH} = 10^{0}$.

On voit, d'après ces quelques exemples, qu'aux grandes concentrations acides la concentration en ions OH est extrêmement faible par rapport à la concentration en ions H. Aux grandes concentrations alcalines cH est extrêmement faible par rapport à cOH.

Les concentrations plus élevées que la concentration normale, acide ou alcaline, c'est-à-dire supérieures à 1 ion-gramme par litre, n'intéressent pas le chimiste-biologiste. D'ailleurs la loi d'action de masse est une loi limite et ne s'appliquerait plus à de pareilles concentrations.

***

On a désiré simplifier la notation. Sörensen a remplacé la valeur cH par son expression le pH (ou exposant d'hydrogène), celui-ci étant *l'exposant de la puissance de 10, qui exprime la valeur cH en laissant de côté son signe négatif, autrement dit, c'est le logarithme changé de signe du nombre qui exprime la concentration en ions H.* Par exemple, dans l'eau distillée neutre à 21° cH = 10^{-7} pH = 7. *La notation en pH s'étend de* 0 *à* 14. L'inconvénient de cette notation vient du fait que l'exposant de la puissance de 10 exprimant le cH est négatif :

Aussi pH = 7 représentant l'état neutre,
On aura pour une solution acide un pH < 7,
Et pour une solution alcaline un pH > 7.
Lorsque cH = 1, soit 10^{0}, pH = 0 ; lorsque cOH = 10^{0}, pH = 14.

***

Il arrive le plus souvent que la cH n'est pas égale à une puissance de 10 à exposant entier, mais à des nombres intermédiaires. Par exemple, la concentration en ions H peut ne pas être égale exactement à 10^{-2}, soit $\frac{1}{100}$ d'ion-gramme par litre, mais à $\frac{9}{1.000}$ d'ion-gramme par litre. Cette concentration peut s'écrire 9×10^{-3}. Comment exprimer dans ce cas le pH ? On résoud la difficulté, en représentant ce produit, qui donne un nombre intermédiaire à 10^{-2} et à 10^{-3} par une puissance de 10 à exposant entier, suivi de décimales. On sait qu'on peut représenter avec une pré-

(12) *Une partie* seulement, puisque nous voyons ci-dessous que lorsque la concentration en ions OH augmente, cH diminue, un certain nombre d'ions H se recombinent avec des ions OH pour former HOH, de telle sorte que la loi d'action de masse soit satisfaite.

(13) $a^{0} = 1$; puisque multiplier les puissances entre elles revient à additionner leurs exposants, on a en effet :

$$a^{1} \times a^{-1} = a^{0} \quad \text{mais} \quad a^{1} \times a^{-1} = a \times \frac{1}{a} = \frac{a}{a} = 1.$$

(14) Rappelons que pour multiplier les puissances entre elles il suffit d'additionner leurs exposants.

cision suffisante n'importe quel nombre inférieur à 10 par une puissance de 10 à exposant fractionnaire, et n'importe quel nombre supérieur à 10, qui ne peut être exprimé sous forme d'une puissance de 10 à exposant entier, par une puissance de 10 à exposant entier, suivi de décimales.

Ecrire une puissance de 10 *à exposant fractionnaire est une manière d'exprimer une racine de* 10. C'est là une notion importante qui est en général passée sous silence dans les articles tentant d'expliquer le pH aux médecins ignorants les finesses mathématiques.

$$10^1 = 10$$

$10^{\frac{1}{2}}$ par exemple, soit $10^{0,5}$ équivaut à $\sqrt[2]{10}$, soit 3,162 (15)

$10^{\frac{1}{3}}$ — soit $10^{0,333}$ équivaut à $\sqrt[3]{10}$, soit 2,154

etc...

$\sqrt[3]{10}$ s'exprimant $10^{\frac{1}{3}}$ donc le logarithme de $\sqrt[3]{10}$ est égal à $\frac{1}{3}$ log. de 10, c'est-à-dire à 0,333... etc.

Par les tables de logarithmes, on trouve aisément les nombres représentés par ces puissances.

D'autre part :

$$10^{-\frac{1}{2}} \text{ soit } 10^{-0,5} \text{ est égal à } \frac{1}{\sqrt[2]{10}} \text{ soit } \frac{1}{3,162}$$

$$10^{-\frac{1}{3}} \text{ soit } 10^{-0,333} \text{ est égal à } \frac{1}{\sqrt[3]{10}} \text{ soit } \frac{1}{2,154}.$$

etc...

Soit maintenant le cas d'une puissance de 10 à exposant entier, suivi de décimales. On a trouvé par exemple à l'aide de la méthode électrométrique que la réaction actuelle (16) du plasma sanguin est très légèrement alcaline, donc très voisine de la neutralité (17). Le pH du sang normal est en effet égal à 7,35, la cH du sang humain normal est donc égale à $10^{-7,35}$ d'ion-gramme par litre, soit à $\frac{1}{10^{7,35}}$. Supposons pour simplifier qu'elle soit égale à $\frac{1}{10^{7,5}}$. On sait qu'additionner des exposants de puissance revient à multiplier ces puissances entre elles (par exemple

$$10^5 = 100.000 = 10^2 \times 10^3 = 100 \times 1000).$$

On peut donc écrire

$$10^{7,5} \quad 10^7 \times 10^{0,5}$$

soit 10.000.000 × 3,162. Disons pour simplifier 10.000.000 × 3,1

$$10^{-7,5} = \frac{1}{10^7 \times 10^{0,5}} = \frac{1}{10.000.000 \times 3,1} = \frac{1}{31.000.000}.$$

Une concentration en ions H égale à :

$$10^{-7,5} = \frac{1}{31.000.000}$$

d'ion-gramme par litre, chiffre intermédiaire à la concentration 10^{-7} $\left(\frac{1}{10.000.000}\text{ d'ion-gramme par litre}\right)$ et 10^{-8} $\left(\frac{1}{100.000.000}\text{ d'ion-gramme par litre}\right)$.

On voit donc avec quelle précision la notation en pH permet de déterminer l'acidité ou l'alcalinité ionique des milieux biologiques.

Le pH du sang est pratiquement invariable. De légères variations, ne portant que sur les décimales du nombre exprimant le pH, soit dans le sens de l'acidité, soit dans le sens de l'alcalinité, traduisent des variations notables de la concentration en ions H, entraînant dans le premier cas des phénomènes d'acidose, dans l'autre des phénomènes d'alcalose (18).

Le pH normal du sang est égal, si l'on fait la moyenne des résultats trouvés par les différents auteurs à environ 7,35. L'acidose et l'alcalose les plus prononcées et rapportées par les auteurs correspondent respectivement à 6,8 et 7,8. Normalement les valeurs extrêmes du pH sont beaucoup plus rapprochées. Elles ne diffèrent guère de plus d'une unité à la première décimale (Bigwood).

Procédés de mesure du pH. — Deux méthodes permettent le calcul de pH. Nous ne pouvons dans cette étude qu'en donner le principe.

1° Méthode électrométrique.

Cette méthode est basée sur le fait suivant : Si l'on plonge un métal dans une solution contenant des ions de ce métal, celui-ci envoie des ions dans la solution jusqu'à ce qu'il y ait équilibre.

Comme métal, Michaëlis a choisi l'Hydrogène. Le noir de platine pouvant absorber une quantité très grande d'Hydrogène, on obtient facilement une électrode d'H. Le mouvement des ions dépend naturellement de la quantité d'ions H' que contient la solution. Ce mouvement des ions engendre un courant, qu'il est possible de mesurer électrométriquement. Le calcul donnera en partant de la grandeur, par exemple en millivolts du courant, la concentration recherchée des ions H' dans la solution.

Etudions maintenant la méthode électrométrique à un point de vue plus pratique :

Soit 2 vases réunis par une tubulure ; versons dans l'un une solution de pH connu, dans l'autre une solution de pH x.

Supposons qu'il n'y ait pas diffusion des solutions l'une dans l'autre (19). Plongeons dans chacun des 2 vases une électrode de platine recouverte de noir de platine, et saturée d'Hydrogène (Electrode à Hydrogène). Ces 2 électrodes sont identiques l'une à l'au-

(15) $\sqrt[2]{10}$ s'exprimant $10^{\frac{1}{2}}$, donc le logarithme de $\sqrt[2]{10}$ = la moitié du logarithme de 10, c'est-à-dire 0,5, puisque le logarithme de 10 est égal à 1.

(16) C'est-à-dire ionique.

(17) En réalité, le pH de *l'eau distillée neutre* n'est pas égal exactement à 7, mais à 7,07. Pour la commodité de l'exposé, nous avons jusqu'ici laissé de côté les décimales, lorsque nous avons parlé du pH caractéristique de l'état neutre.

De même, la constante de dissociation de l'eau n'est pas égale exactement à 10^{-14}, mais à $10^{-14,14}$. Le pH varie donc de 0 à 14,14.

(18) L'augmentation d'une unité du pH correspond à une diminution de 10 fois la concentration en ions H, et les variations de la partie décimale du nombre exprimant le pH ne sont pas en rapport arithmétique simple avec celles des concentrations en ions H, ce qui est évident, puisque pH est un nombre logarithmique, et (H) un nombre arithmétique.

(19) Pratiquement la diffusion des solutions en présence est empêchée par différents procédés.

tre. Réunissons-les par un fil conducteur, sur lequel est interposé un voltmètre. Les solutions de pH connu et de pH x entrent en contact par la tubulure *sans diffuser l'une dans l'autre.*

On constate qu'il existe une différence de potentiel entre les 2 électrodes, se traduisant par le passage d'un courant électrique dans le fil conducteur. Ce courant ne cessera que lorsque les 2 solutions auront la même concentration ionique.

La différence de potentiel, à une température déterminée, entre les 2 électrodes d'Hydrogène, plongeant l'une dans la solution à étudier, et l'autre dans une solution de pH connu est proportionnelle au rapport des cH de ces 2 solutions. On peut donc connaissant la concentration en ions H d'une des 2 solutions, et la différence de potentiel, en déduire la concentration en ions H de la solution à étudier. La mesure du pH par la méthode électrométrique se réduit à mesurer la différence de potentiel entre les 2 électrodes à Hydrogène.

Le pH d'une solution étalon étant connu, on a calculé à l'avance quelle différence de potentiel s'établit entre les 2 électrodes pour un pH déterminé de la solution à étudier. On a ainsi établi des tables de correspondance.

La mesure de cette différence de potentiel n'est pas possible directement par un voltmètre, interposé sur le circuit, les piles à électrodes d'Hydrogène se polarisant rapidement dès que, le circuit étant fermé, elles débitent du courant, d'où des variations du voltage.

On emploie la méthode d'opposition de Poggendorf: on met en opposition avec la pile à H une source auxiliaire de force électromotrice connue ; les pôles de même signe de chaque élément sont donc réunis l'un à l'autre. Par des boîtes de résistance étalonnées, ou des contacts glissants, on fait varier la force électromotrice produite par cette source. Pour une certaine résistance, on constate par un galvanomètre, ou un électromètre capillaire, servant d'indicateur de zéro, qu'il ne passe plus rien dans le circuit. Les forces électromotrices des deux éléments sont alors égales.

Pour des résistances données, on a déterminé l'intensité de courant débité par la source auxiliaire P, *lorsqu'elle n'est pas montée en opposition avec la pile à électrodes d'Hydrogène, cette pile étant remplacée par des conducteurs à résistance négligeable.*

Pour une résistance R, pour laquelle, le montage en opposition étant établi, l'indicateur de zéro est au zéro, on a pu donc déterminer la force électromotrice du courant qui serait débité par la source P si elle n'était pas montée en opposition avec la pile à Hydrogène. En effet, on connait la résistance R, l'intensité du courant I. La formule de la loi d'Ohm (E étant la force électromotrice évaluée en volts, R la résistance évaluée en ohms, I l'intensité mesurée en ampères) E=RI, donne la force électromotrice.

Dans les appareils couramment employés, on a avantage à remplacer une des électrodes à Hydrogène de la pile par une électrode au calomel. Cette électrode est en contact avec une solution saturée de chlorure de potassium, qui est elle-même en contact par une tubulure avec la solution, dont on veut déterminer le pH. La solution de KCl remplace la solution de pH connu. Il existe entre l'électrode au calomel et l'électrode à Hydrogène, pour une certaine concentration H de la solution dans laquelle trempe cette dernière électrode, une différence de potentiel donnée. Quand la cH de la solution à étudier varie, la différence de potentiel subit aussi des variations. On détermine cette différence de potentiel par la méthode d'opposition de Poggendorf. Des tables donnent les pH correspondant aux différences de potentiel à une température donnée.

L'électrode d'Hydrogène ne peut être employée indifféremment pour toutes les solutions. Lorsque celles-ci contiennent des substances réductibles par l'Hydrogène à la température et à la pression ordinaires (cas du plasma sanguin) on remplace l'électrode à Hydrogène par une électrode à quinhydrone, d'après le principe de Billman. La Quinhydrone est une combinaison de Quinone et d'Hydroquinone. La Quinhydrone est très peu soluble dans l'eau. Si le liquide contient des ions H', ceux-ci entrent en réaction avec la Quinone pour produire l'Hydroquinone. Dans cette réaction, les ions H' abandonnent leur charge électrique positive, qui peut passer à l'électrode plongée dans la solution. La valeur de la charge est en proportion directe avec la quantité des ions H'. Si l'on relie l'électrode à Quinhydrone avec une autre électrode de potentiel différent, on obtient une différence de potentiel mesurable, et variant avec la quantité de H'.

2° MÉTHODE COLORIMÉTRIQUE PAR EMPLOI D'INDICATEURS COLORÉS.

On appelle indicateur coloré un composé, qui subit un changement profond de constitution, accompagné d'un changement de couleur par la variation de concentration des ions H^+ *dans le milieu où il est dissous.* Le principe de la méthode est le suivant :

On a établi des solutions étalons (20), dont la concentration en ions H^+ a été déterminée par la méthode électrométrique. On a comparé ensuite les différentes nuances que prennent certains indicateurs colorés dans ces différentes solutions, et on a établi une échelle de nuances, correspondant chacune à un pH déterminé.

Chaque indicateur possède son intervalle de virage entre des concentrations en ions Hydrogène déterminées, intervalle où les variations de nuance peuvent être utilisées : ainsi par exemple :

Le Bleu de Thymol possède un intervalle de virage du rouge au jaune entre pH=1,2 et pH=2,8 ;

Le Bromophénol bleu vire du jaune au bleu entre pH=3,0 et pH=4,6 ;

Le Rouge de Méthyle vire du rouge au jaune entre pH=4,4 et pH=6,0, etc...

Le Bleu de Thymol possède un autre intervalle de virage dans la zone alcaline. Il vire du jaune au bleu entre pH=8,0 et pH=9,6 ; dans la zone intermédiaire, la teinte jaune est insensible aux variations de la concentration en ions H.

(20) Pour préparer des milieux de pH connus, on a recours à des solutions fortement tamponnées. Nous verrons un peu plus loin ce qu'on entend par solution tampon et quel est le mécanisme de l'action tampon. En utilisant des solutions tampon, on évite ainsi dans une large mesure les perturbations qu'apporterait la présence de quelques impuretés.

Selon donc le pH considéré, on trouvera par tâtonnement l'indicateur qui convient pour sa détermination. Si l'on veut pratiquer une mesure relativement précise, on pourra comparer la teinte que prend le liquide additionné de l'indicateur à celle d'une gamme étalonnée.

On possède un certain nombre d'indicateurs colorés, dont les intervalles de virage s'échelonnent entre pH=1 et pH=13.

La méthode colorimétrique de détermination du pH n'est pas applicable à tous les cas (il peut se produire par exemple pour certaines solutions des actions secondaires sur les colorants). *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 JUILLET 1937)

Sur le papillottement en vision latérale. — MM. Yves Le Grand et Eugène Geblewics.

Chimiothérapie de l'infection pneumococcique par la di (p. acétylaminophényl) sulfone (1399 F. — M. Ernest Fourneau, M. et Mme Jacques Tréfouël, MM. F. Nitti et D. Bovat.

(SÉANCE DU 2 AOÛT 1937)

Sur la cytologie des prostites du genre Blastocystis. — M. G. Lavier.

(SÉANCE DU 9 AOÛT 1937)

Sur la régression du papillo-épithéliome du lapin (tumeur de Shope) sous l'action de la colchicine. — MM. Albert Peyro, Bernard Lafay et Guy Poumeau-Delille.

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

(SÉANCE DU 4 JUILLET 1937)

Maladie de Stokes-Adams avec pauses ventriculaires de très longue durée. — MM. Henri Hermann, Roger Froment et A. Gonin présentent l'observation d'un malade ayant eu pendant 3 semaines un véritable état de mal syncopal en rapport avec des arrêts ventriculaires se prolongeant de 45 secondes à 2 minutes 30. La mort ayant été l'aboutissant de cet état, l'étude histologique du faisceau de His faite par M. Yvan Mahaim de Lausanne mit en évidence l'existence de lésions inflammatoires diffuses du système de commande et de grosses lésions d'endartérite des artères du nœud de Tawara et du tronc commun.

Un cas d'aorte en position droite. — MM. Routier et Heim de Balsac.

Diagnostic de la localisation ou de la prédominance droite ou gauche du bloc des branches du faisceau de His (Bloc septo-ventriculaire). — MM. C. Lian et V. Golblin apportent deux ordres d'arguments contre la terminologie classique.

Du point de vue clinique, en faisant abstraction des cas de dissociation auriculo-ventriculaire, ils constatent dans leurs observations personnelles que la totalité des cas de bloc classique de la branche droite correspondent à des maladies du cœur gauche et inversement.

Du point de vue graphique, ils tablent sur le retard du pouls carotidien par rapport au complexe ventriculaire électrocardiographique. Par le raisonnement, on considère tout naturellement qu'un bloc réel de la branche gauche doit entraîner un retard accentué du pouls carotidien, et qu'un bloc de la branche droite doit s'accompagner d'un retard physiologique du pouls carotidien. Or en appliquant cette donnée, les résultats obtenus sont en opposition franche avec la terminologie classique.

Ces deux ordres d'arguments conduisent donc à considérer que le bloc classique de la branche droite est en réalité un bloc de la branche gauche, et réciproquement.

L'inversion de l'aorte. — MM. C. Lian et M. Marchal. — L'aorte inversée se développe aux dépens du 4e arc aortique droit. Ainsi l'aorte ascendante monte obliquement vers la droite, le bouton aortique siège à droite et présente une convexité droite, l'aorte thoracique descend en avant et à droite de la colonne vertébrale. Telle est l'éventualité habituelle, dont Lian et Marchal rapportent 6 observations personnelles.

Dans leur 7e observation, cas rare, il existe en outre un diverticule plein, reliquat du 4e arc aortique gauche aux dépens duquel se développe l'aorte chez les sujets sains.

Dans leur 8e observation, cas exceptionnel, le diverticule gauche est perméable et donne naissance à l'artère sous-clavière gauche. Il existe ainsi deux aortes : la droite, inversée, ayant les dimensions d'une aorte normale ; la gauche, atrésiée.

Aux signes radiologiques déjà connus, Lian et Marchal ajoutent l'aspect inversé des bronches. La bronche droite naît de la trachée à angle droit ou très obtus, au lieu de paraître prolonger la direction verticale de la trachée comme c'est le cas chez les sujets sains. Quant à la bronche gauche, elle prend une direction pathologique presque verticale, au lieu de naître presque à angle droit de la trachée. Ce *signe de l'inversion apparente des bronches* peut être la clef du diagnostic dans les cas assez nombreux où des anomalies costales et une scoliose s'ajoutant aux malformations cardio-vasculaires rendent difficile l'interprétation des ombres de la région aortique.

L'inversion de l'aorte accompagne habituellement d'autres malformations cardiaques (maladie bleue le plus souvent), il en était ainsi dans 7 des 8 observations rapportées. Elle constitue alors une présomption en faveur de la naissance de l'aorte à cheval sur les deux ventricules.

A titre exceptionnel (obs. 8), l'inversion aortique constitue une malformation isolée. Il importe de connaître cette éventualité pour ne pas porter à tort le diagnostic de goitre plongeant ou d'ectasie du tronc artériel brachio-céphalique.

Etude électrocardiographique d'un cas d'interférence Dissociation. — MM. Duvoir, J. Pautrat, H. Hartog et M. Raynaud.

Thrombose auriculaire gauche primitive à forme pseudotumorale. — MM. Ch. Laubry, P. Soulié et J. Dugas. La thrombose découverte d'autopsie évolua sous le masque d'une insuffisance cardiaque irréductible, elle était associée à deux formations semblables dans l'épaisseur de la paroi de l'oreillette droite. L'absence d'atteinte valvulaire fait de ce cas une véritable thrombose primitive dont les auteurs discutent la pathogénie. (Présentation de pièce.)

Anévrysme de la valvule mitrale au cours d'une endocardite maligne. — MM. P. Soulié et J. Porge présentent un cas d'anévrysme de la mitrale consécutif à une endo-

cardite lente du type Osler avec localisation sur les sigmoïdes aortiques.

L'anévrysme volumineux et perforé à son sommet siège à la partie supérieure de la valve et fait saillie dans la cavité auriculaire gauche. (Présentation de la pièce anatomique.)

Essai d'explication du bloc de sortie de parasystolies et des conditions de sa perméabilité. — M. Ed. Doumer (de Lille).

Endocardite streptococcique à évolution lente, avec localisation latente aux sigmoïdes pulmonaires. Coexistence d'un anévrysme de la crosse de l'aorte. — MM. Georges Marchal, J. Porge, J. Ortholan rapportent un cas exceptionnel d'endocardite de Jaccoud-Osler, localisée à l'appareil sigmoïdien de l'artère pulmonaire, dont le seul signe d'auscultation a été un souffle systolique de la base. L'évolution en a été de cinq mois.

Le malade, âgé de 55 ans, ne présentait aucun antécédent, ni rhumatismal, ni syphilitique. Pourtant la radiologie décelait une aortite, ainsi qu'un arc moyen très accentué.

A l'autopsie, les auteurs ont trouvé un énorme anévrysme aortique, rabattu sur la face antérieure du cœur, dont le profil en position oblique antérieure droite donnait lieu à cette exagération de l'arc moyen. L'anévrysme était indemne de toute végétation. Les végétations, bourrées de streptocoques, siégeaient uniquement sur la face concave des sigmoïdes pulmonaires.

Ce cas rappelle une observation analogue de MM. Gallavardin et Josserand. Il montre la résistance des lésions syphilitiques à la greffe streptococcique. Il pose la question de l'absence de souffle diastolique, ainsi que le problème d'une endocardite primitive à marche lente. Pourtant un état légèrement fenêtré des valvules sigmoïdes pulmonaires a-t-il peut-être suffi à déterminer cette localisation extrêmement rare des endocardites lentes.

Infarctus du myocarde et tachycardie ventriculaire. — L. Samain. Observations avec projection de tracés électrocardiographiques de tachycardie ventriculaire.

Variations des diamètres cardiaques à l'écran parallèlement à la résorption d'œdèmes volumineux chez un hépatique sans signes d'insuffisance cardiaque. Œdème du cœur. — M. L. Langeron.

LIVRES NOUVEAUX

Tuberculose du tube digestif, par André Cade, professeur à la Faculté de médecine, médecin des Hôpitaux de Lyon, Paul Santy, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des Hôpitaux de Lyon, et Jean Heitz, chef de clinique chirurgicale, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon (1).

La Tuberculose du tube digestif à laquelle est consacré cet ouvrage et dont la fréquence, surtout en ce qui concerne la localisation intestinale, apparaît de plus en plus considérable, constitue un des chapitres les plus importants de la pathologie tuberculeuse. De nombreux travaux d'ordre clinique, coprologique, bactériologique, endoscopique et surtout radiologique l'ont récemment enrichi.

Les auteurs, que leur expérience propre, leurs publications personnelles et celles de leurs élèves, désignaient pour écrire le présent livre, apportent une mise au point, patiemment mûrie, très méthodiquement conduite, clairement rédigée, et qui sera d'autant plus appréciée qu'elle est le fruit d'une collaboration médico-chirurgicale.

L'ouvrage comporte quatre parties :

Tuberculose bucco-linguale ;
Tuberculose de l'œsophage ;
Tuberculose de l'estomac ;
Tuberculose de l'intestin.

MM. Cade, Santy et Heitz ne se sont pas cantonnés dans le domaine étroit de la tuberculose folliculaire et ont réservé la place qui convenait à la tuberculose inflammatoire et aux manifestations fonctionnelles ou lésionnelles d'ordre banal, qui s'associent fréquemment aux manifestations strictement spécifiques.

Sans négliger les notions théoriques nécessaires, les auteurs ont tenu à faire avant tout une œuvre pratique et ont donné toute l'ampleur désirable à l'exposé de la thérapeutique, et notamment du traitement chirurgical.

Des illustrations viennent éclairer le texte, et une bibliographie très riche complète de l'ouvrage ; elle rendra service aux étudiants, aux phtisiologues et aussi aux médecins non spécialisés qui ont l'occasion de rencontrer si fréquemment les manifestations de la tuberculose du tube digestif, tout au moins de la tuberculose intestinale.

(1) Un volume in-8° de 410 pages, avec 23 figures dans le texte et 4 planches hors texte. Prix : 85 fr. Gaston Doin et Cie, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

PRATIQUE MÉDICALE

LE PRURIT ANAL

A l'origine, c'est un simple symptôme, puis une véritable affection, tenace et rebelle, pour laquelle les malades demandent souvent un avis médical lorsqu'ils se rendent compte de sa résistance aux divers traitements locaux qu'ils ne manquent pas, en général, d'instituer eux-mêmes avant de venir consulter.

Tout d'abord s'efforcer d'en déterminer la cause première. La traitant, on aidera à la disparition du symptôme, mais celui-ci doit faire l'objet d'un traitement local immédiat. Si, en effet, le prurit persiste depuis longtemps, l'examen révèle presque toujours des modifications de la muqueuse et de la peau périanale, caractérisées surtout par l'épaississement des plis radiés, entraînant une irritation des extrémités nerveuses. Le prurit est alors devenu une affection en quelque sorte autonome, qui persistera même après disparition de sa cause initiale, s'il n'est pas traité correctement en lui-même.

L'examen du malade pourra révéler à l'origine du prurit des causes très diverses. Presque toutes les maladies du rectum et de l'anus peuvent être génératrices du symptôme prurigineux : hémorroïdes, prolapsus, papillomes, condylomes, constipation, spasmes du sphincter, sans oublier les parasites, les oxyures en particulier. Signalons aussi les fistules ou fissures qui, après guérison médicale ou chirurgicale, laissent souvent persister du prurit par tissu cicatriciel étranglant les extrémités nerveuses. Les maladies de la nutrition, goutte, rhumatisme, diabète, arthritisme, constitution allergique, sont fréquemment accompagnées de prurit anal. Il en est de même de la congestion portale. Ne pas omettre, chez la femme, les affections gynécologiques qui peuvent être indirectement, par action réflexe, ou directement par sécrétions vaginales irritantes, génératrices de prurit. Mentionnons encore les épidermycoses, notamment l'épidermophytie, qu'on suspectera en présence de squames, d'une extension à la face interne des cuisses et que confir-

mera l'examen microscopique. Il y a aussi un prurit nerveux, psychique, idiopathique, chez certains névrosés, et c'est un de ceux qui opposent le plus de résistance. Une analyse d'urine est toujours indispensable, une prise de sang est souvent indiquée pour la recherche du sucre et de l'azotémie.

Le traitement de la maladie causale ne suffit pas, nous l'avons vu, à faire disparaître le prurit et celui-ci doit faire l'objet, dans tous les cas, d'un traitement local simultané, qui y mettra fin de suite dans les cas simples, améliorera les cas plus complexes et les orientera vers une guérison définitive. L'efficacité de ce traitement local contribue à mettre le malade en confiance vis-à-vis de son médecin et, en lui restituant le repos et le sommeil, le met déjà en meilleure condition pour recevoir toutes suggestions utiles, s'il s'agit d'un psychique, ou pour suivre correctement les prescriptions qu'impose son état pathologique.

Voici comment instituer ce traitement local. Propreté rigoureuse assurée par lavage savonneux après chaque selle et, de toute manière, deux fois par jour. Après rinçage soigné, application de la lotion suivante avec une compresse maintenue en place quelques minutes :

Hydrate de chloral	5 gr.
Hydrolat de roses	100 gr.
Eau distillée	100 gr.

Puis onction au Percaïnal avec le doigt revêtu d'un condom, l'onguent étant étendu sur toute la muqueuse et poussé même à l'intérieur de l'anus. Ce traitement simple sera suffisant pour faire disparaître le prurit dans bon nombre de cas. Il va sans dire que les soins de toilette locale seront continués, mais les applications médicamenteuses seront suspendues à la cessation du prurit pour être reprises dès sa réapparition.

Au point de vue hygiène, insister sur le régime, l'usage des laxatifs, la nécessité d'un exercice modéré.

A. S.

INFORMATIONS

(*Suite de la page 1082.*)

XXIVe Congrès d'Hygiène. — Le XXIVe Congrès d'Hygiène s'ouvrira sous la présidence effective de M. M. Rucart, ministre de la Santé publique ; il tiendra séances les lundi 18 et mardi 19 octobre 1937, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. E. Lesné, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Trousseau, Président de la Société pour 1937.

Les rapports suivants seront présentés :

I. — *Hygiène scolaire : a*) Surmenage scolaire,; Fatigue à l'âge scolaire ; Aspect médical, social et administratif de la question ; *b*) Prophylaxie de la tuberculose à l'école.

II. — *Les inadaptés urbains.*

III. — *Le lait sain.* La Société accueillera avec plaisir les communications dont les titres lui parviendront avant le 31 juillet 1937, à l'adresse du Secrétaire général de la Société : M. R. Dujarric de la Rivière, à l'Institut Pasteur, 28, rue du Docteur-Roux, Paris (15e).

Ier Congrès international des médecins fonctionnaires de la Santé publique. — Le premier Congrès international des médecins fonctionnaires de la Santé publique, organisé par le Syndicat des médecins hygiénistes français, sous les auspices du Comité d'hygiène de la Société des Nations, s'ouvrira, sous la présidence effective de M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique, le 20 octobre, à 9 heures, au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur. Il tiendra séances les mercredi 20 dans l'après-midi, et jeudi 21 octobre 1937, dans la salle de réunion du Pavillon de l'Hygiène, à l'Exposition de 1937 (quai de Tokio), sous la présidence de M. le professeur J. Parisot, membre correspondant de l'Académie de médecine, délégué de la France au Comité d'Hygiène de la Société des Nations, Directeur de l'Institut d'hygiène de Nancy.

Des rapports et des communications y seront présentés, par des hygiénistes de différentes nationalités, sur le *rôle des médecins fonctionnaires de la Santé publique dans la société moderne.*

Le Secrétaire général est le docteur X. Leclainche, au ministère de la Santé publique.

Congrès de cosmobiologie. — Ce congrès se tiendra à Nice en 1938. Le Comité reçoit dès à présent les inscriptions et les communications pour les assemblées préparatoires et pour le congrès.

Pour tous renseignements, écrire au docteur Maurice Faure, à La Malou (Hérault).

Une assemblée préparatoire, faisant suite à celle de l'an dernier, se tiendra à La Malou du 19 au 21 septembre 1937. On étudiera spécialement *les radiations du sol.*

Rappelons que la *Revue de Cosmobiologie* publie tous les travaux relatifs à ces assemblées. On peut se la procurer à Nice, 24, rue Verdi.

Journée internationale de Rhumatologie (Paris, 9 octobre 1937). — La « Journée internationale » 1937, organisée par la Ligue française contre le Rhumatisme, sous la présidence du professeur Laignel-Lavastine, sera consacrée au sujet suivant :

« *Les médications radio-actives en rhumatologie.* »

Séance clinique. — Une séance clinique de présentation de malades aura lieu le matin, à 10 heures, à la Clinique médicale de M. le professeur Loeper, Hôpital Saint-Antoine.

Séance scientifique. — A 15 heures, à la Faculté de médecine, sous la présidence du professeur Laignel-Lavastine, présentation et discussion des rapports suivants :

a) Les médications radio-actives en rhumatologie. M. F. Coste.

b) Emanothérapie artificielle dans les maladies rhumatismales. MM. Cluzet et Thiers (Lyon).

c) Emanothérapie dans les cures thermales. MM. Piéry et Milhaud (Lyon).

d) Les actions radio-actives exercées par les eaux thermales et leurs dérivés. MM. Euzière, Castagné (Montpellier).

Communication sur les sujets.

Un Banquet réunira le soir les membres de la Journée.

Les médecins rhumatologues, radiologues, hydrologues et chirurgiens s'intéressant à cette importante question sont invités à prendre part à cette Journée internationale.

Les rapports seront publiés dans la *Revue du Rhumatisme* du mois d'octobre prochain et envoyés à tous les adhérents du Congrès dans un délai suffisant avant la réunion.

Des facilités de voyage ainsi que des entrées gratuites à l'Exposition seront accordées aux membres adhérents au Congrès.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser à la Permanence : 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 70.— MERCREDI 1er SEPTEMBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**

Etudiants : **25** francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.

Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Un concours pour la nomination à deux places de stomatologiste des Hôpitaux de Paris* sera ouvert le lundi 15 novembre 1937, à 8 h. 30, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (salle des Commissions).

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Bureau du Service de Santé de l'Administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 heures, du samedi 16 au mardi 26 octobre 1937 inclusivement (dimanches et fêtes exceptés).

Faculté de médecine de Paris. — *Avis important.* — Il est rappelé à MM. les étudiants que les consignations pour les examens de fin d'année doivent être faites du 3 au 19 janvier 1938.

MM. les étudiants français qui seraient encore en instance d'exonération de droits scolaires, au titre des familles nombreuses, sont également tenus de s'inscrire à leur examen, dans les mêmes délais, mais à titre provisoire.

Ils n'acquitteront les droits d'examen que lorsqu'il aura été statué sur leur demande d'exonération.

— *Visite médicale pour les étudiants.* — La Faculté de médecine a organisé, l'an dernier, une visite médicale pour les étudiants qui commencent leurs études.

Elle se propose de reprendre, cette année, la même organisation.

Bien que cette visite ne soit pas obligatoire, MM. les étudiants sont instamment priés de se rendre à la convocation qui leur sera adressée. Cette visite médicale est faite dans leur intérêt : trop de jeunes étudiants tombent sérieusement malades au début de leurs études médicales pour qu'il ne soit pas de leur devoir d'aider leurs maîtres dans la protection de leur santé. Cette visite est surtout orientée vers l'examen de l'appareil respiratoire et vise particulièrement la prophylaxie de la tuberculose. Elle est faite par des médecins des hôpitaux et des chefs de consultation, sous la haute direction des professeurs de la Faculté et du Corps médical des hôpitaux.

Toutes les précautions seront prises pour que le secret médical soit strictement respecté. Si les étudiants le désirent, les résultats de leur examen médical pourront être communiqués à leurs parents ou au médecin de leur famille.

Le Doyen, convaincu que cette visite médicale donnera d'excellents résultats, ne doute pas que les étudiants ne répondent à l'appel qu'il leur adresse, au nom de leurs maîtres.

Les visites médicales commenceront le lundi 17 octobre, à l'Hôpital Laënnec (consultation), à 20 heures 30. Les étudiants seront convoqués individuellement au moment de leur inscription.

Faculté de médecine de Lille. — Les chaires d'Accouchements et Hygiène de la première enfance (dernier titulaire : M. Paucot) ; Pathologie externe (dernier titulaire : M. Gérard) ; Clinique chirurgicale (dernier titulaire : M. Le Fort), de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, sont déclarées vacantes.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Franck, assistant stagiaire d'hydrologie et climatologie à la Faculté de méde-

cine de Nancy, est titularisé dans ses fonctions à dater du 1er octobre 1937. — M. André est nommé assistant stagiaire d'urologie à la Faculté de médecine de Nancy à dater du 1er novembre 1937.

Guerre. — *Ecole du Service de Santé des troupes coloniales.* — Liste de classement de sortie par ordre de mérite :

MM. Oberlé, Richard, Guillon, Cardaire, Ouary, Moevus, Chauvin, Rolland, Veyre, Chauderon, Bachmann, Pruvost, Jouannin, Pellegrino, Naud, Rouby, Planques, Grimaud, Beon, Vincent, Binson, Bernos, Roux, Guenon, Crozafon, Linhard, de Lostalot de Bachoue, Gentile, Richard, Laurent, Peyron, Ljunggren, Capdeville, Charrancon, Bos, Le Guillou, Chavenon, Duchesne, Dilasser, Bordenave, Gras, Brétillot, Bonniol Ollivier, Arvor, Fesquet, Roger, Depoutre, Cabsus, Lasvalades, Chauliac, Breteau, de Berail, Audhuy, Jaubertie, Bareille, Finance, Marinkovitch, Blin, Capponi, Payet, Faure, Kerignard, Bellon, Kerneiss, Bonifacino, Miniconi, Bouche, Aggery.

Ministère de la Santé publique. — Le *J. O.* du 25 août publie : 1° un arrêté relatif au *concours pour le recrutement des inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène et emplois assimilés ;*

2° Un arrêté relatif au *stage dans les inspections et bureaux d'hygiène ;*

3° Un arrêté relatif aux *attributions des inspecteurs départementaux d'hygiène et des directeurs des bureaux municipaux d'hygiène ;*

4° Enfin un décret relatif au *recrutement des inspecteurs départementaux d'hygiène et des directeurs des bureaux d'hygiène.*

— Un poste de médecin-chef de service est actuellement vacant à l'Hôpital psychiatrique de Quimper (Finistère).

Ministère des P.T.T. — A la demande du ministère de la Santé publique et de l'Education physique, l'administration des P.T.T. va émettre un timbre-poste grevé d'une surtaxe de bienfaisance dont le produit est destiné à la « Société de prophylaxie sanitaire et morale ».

Cette vignette, éditée en grand format et imprimée, en nuance bistre, par le procédé de la taille-douce, sera mise en vente partout le 1er septembre ; son prix est de 0 fr. 90 (0 fr. 65 + 0 fr. 25) et sa valeur d'affranchissement de 0 fr. 65.

En marge de la célébration du deuxième centenaire de Galvani. — A l'occasion de la manifestation annoncée à Bologne du 18 au 20 octobre pour la célébration du deuxième centenaire de la naissance de Galvani, trois importants congrès auront lieu à Bologne : les Congrès de Physique, de Radiobiologie et de Biologie expérimentale. A ces congrès doivent prendre part de nombreux savants des Universités et Académies italiennes et étrangères.

En même temps que ces congrès aura lieu une autre manifestation non moins importante organisée par la ville de Bologne en l'honneur de son illustre fils. Il s'agit d'une réunion de bibliophiles, de numismates et de philatélistes.

Pour les bibliophiles sera exécutée en fac-similé une reproduction, en nombre limité, d'un précieux autographe de Galvani conservé à la bibliothèque de l'*Archiginnasio* de Bologne. En outre, il sera publié un volume des œuvres inédites de Galvani, avec une riche iconographie. Enfin, les numismates pourront admirer les belles médailles consacrées à Galvani. Une médaille spéciale sera frappée à la Monnaie de Rome, avec l'approbation du Duce qui tient à donner à la célébration du Centenaire un très grand éclat.

On n'a pas oublié les timbres de 30 et 70 centimes à l'effigie de Galvani tirés en 1934 à l'occasion du 1er Congrès international d'Electrobiologie de Venise. En 1937 il sera tiré une série complète de ces timbres, ainsi que des cartes postales qui feront la joie des numismates et contribueront à rappeler dans le monde entier le nom du génial savant de Bologne.

Le nouveau Codex. — Par décret en date du 15 août 1937, le nouveau Codex pharmaceutique (pharmacopée française), édition de 1937, est et demeure obligatoire à partir du 1er avril 1938. (*J. O.*, 25 août 1937.)

IVe Conférence internationale de la lèpre (Le Caire, mars 1938). — Les léprologues qui désirent participer à la Conférence qui s'ouvrira le 21 mars prochain sont priés d'adresser avant le 15 septembre un résumé et, avant le mois de février, le texte complet des travaux qu'ils désirent communiquer au cours des diverses séances, à M. le professeur Muit, secrétaire général de la Conférence, 131, Baker Street, London W 1.

Congrès français de Stomatologie de 1938. — On annonce que le prochain congrès français de stomatologie aura lieu en octobre 1938.

Le bureau est ainsi constitué : président : docteur Lacronique ; vice-présidents : docteur L'Hirondel et docteur Beltrami, de Marseille ; secrétaire général : docteur Mme Papillon-Léage (184, rue de l'Université, à Paris) ; trésorier : docteur Ginestet. Le premier rapport : sur les adénites géniennes, sera traité par le professeur Dubecq, de Bordeaux ; le deuxième rapport : sur les dystrophies dentaires de l'hérédo-syphilis, par le docteur Lebourg. Le docteur Hénault a été chargé de la question en discussion, elle portera sur la vaccinothérapie en stomatologie.

Nécrologie. — Le docteur René Ayrolles, médecin lieutenant-colonel, officier de la Légion d'honneur, Croix de guerre.

— Le docteur Jean Bitterlin (de Saint-Maur, Seine), victime d'un accident de montagne.

— Le docteur Desmons (à Ronchin).

— Le docteur Maurice Jacquemont (de Roubaix). Il était le père du docteur André Jacquemont, auquel nous adressons nos très vives condoléances.

— Le docteur Jean-Baptiste Malvy, médecin chef de l'hôpital, conseiller municipal de Melun.

— Le docteur W.-Chr. Mezger, à Neuilly, il était le père du docteur Jean Mezger, à qui nous adressons nos vives condoléances.

— Le docteur Jean Pouly, à Annonay.

— Le docteur Paul Rouggy (à Hauteville-Lompnes).

— Le docteur Gonin (de Lyon).

— Le docteur Victor Desbonnets-Despinoy (de Tourcoing).





Gélules
Benzoate de Benzyle
OLÉTHYLE-BENZYLE

LA RÉFORME POUR MALADIE MENTALE

Par M. R. BENON

Sommaire. — *Confusion des anomalies et des maladies mentales. Discussion détaillée d'un cas de désertion. Diagnostics portés : débilité mentale, dépression, confusion mentale, épilepsie, etc. — Les trois seules anomalies — psychiques — maladies. Conséquences fâcheuses de la réforme pour anomalies mentales banales.*

La réforme pour maladie mentale donne lieu sans aucun doute dans certains cas à des confusions, à des erreurs extrêmement fâcheuses en pratique. Ces faits sont peut-être rares. Pourtant nous pourrions en rassembler rapidement une cinquantaine d'observations; ce serait, il est vrai, sur plusieurs milliers d'examens. Que se passe-t-il dans ces cas ? On réforme pour maladie mentale des individus qui ne sont porteurs que d'anomalies mentales. Ces sujets ne sont qu'exceptionnellement pensionnés, mais leur réforme pour troubles psychiques leur permet d'exploiter avantageusement diverses situations susceptibles de survenir dans le cours de leur existence, par exemple après délits ou crimes, et aussi en cas de mobilisation des armées.

***

Voici par exemple un jeune soldat, dont l'observation détaillée suivra, un jeune soldat âgé de 22 ans, qui, à la suite d'une fugue, a été réformé N° 2 pour débilité mentale ; comme ce militaire était, déjà, inculpé de désertion à l'intérieur en temps de paix, il a été poursuivi, malgré sa réforme, pour le délit qu'il avait commis. L'étude psycho-clinique du sujet, l'examen des pièces du dossier, les enquêtes ultérieurement pratiquées, n'ont en aucune façon permis de conclure à la débilité mentale vraie, débilité mentale infirmité, donc à la démence dans le sens de l'article 64 du Code pénal, de sorte que l'individu a été traduit en Conseil de guerre.

Ce soldat, après sa fugue, avait été hospitalisé pour anémie, dépression, état confusionnel léger ; puis il fut présenté comme affecté de débilité mentale devant la Commission de réforme et mis en congé : l'anémie, bien sûr, était inexistante. La dépression dans le sens d'asthénie nerveuse générale, musculaire et psychique, ne pouvait être retenue, et cela même, on peut l'ajouter, si elle avait été épisodique. La dépression, dans le sens de petit état mélancolique, aurait persisté lors de nos examens, en tout cas aurait été parfaitement exprimée par le sujet qui répondait bien à toutes questions. La confusion mentale (confusion dans les perceptions), non pas l'asthénie mentale (confusion dans les idées), la confusion mentale, au cours de l'action, même épisodique ou intermittente, aurait laissé de gros troubles de la mémoire et engendré des actes très désordonnés.

Le diagnostic de débilité mentale, aussi, a dû être écarté sans discussion possible, parce que le sujet est intelligent, capable de se conduire seul, mal sans doute, mais ce n'est pas un incapable. Il n'a nullement besoin de l'assistance d'une tierce personne pour faire ce qu'il veut bien faire, et surtout pour faire ce qui lui plaît. Le témoignage de l'officier dont il a été l'ordonnance est catégorique sur ce point. Si le praticien a rencontré ici quelques difficultés diagnostiques, c'est que le sujet est doué d'un caractère renfermé. La schizoïdie (caractère renfermé) a fait conclure à la pauvreté d'esprit. Ce jeune soldat, en outre, s'est montré instable jusqu'à ce jour, mais la paresse prédomine chez lui. Il s'est fait inscrire, avant l'incorporation, comme mécanicien (automobile), or il a été surtout courantin ou distributeur de prospectus. Une enquête un peu spéciale sur la profession de chaque individu, à l'arrivée au corps, n'est pas vaine.

La démence précoce ne pouvait guère être soupçonnée après les deux absences illégales et l'absence-désertion. On ne constatait ni indifférence émotionnelle, ni stéréotypies, ni négativisme, ni catalepsie, ni tendances vésaniques. On dit que la schizoïdie (caractère renfermé) annonce l'hébéphrénie, mais que de schizoïdes ne voyons-nous pas autour de nous qui ne deviennent point déments précoces ! L'énervement contenu, qui doit être à la base de la schizoïdie des Suisses plutôt que la tendance au rêve, est un phénomène assez normal, un signe de maîtrise de soi par refoulement et domination de la réflectivité émotionnelle : c'est quand il y a déviation de cette réflectivité qu'apparaissent les troubles nerveux et psychiques.

La fugue-désertion, les crises de nerfs de ce militaire n'ont pas porté l'expert à penser à l'épilepsie, et ne pouvaient l'y porter. Avant sa fugue, le jour même, le sujet avait informé un de ses camarades de son intention de partir (de s'enfuir). Pendant la fugue, il n'a été nullement inconscient ; il mangeait des pommes, buvait de l'eau, se retirait dans un bois et nous ne savons que ce qu'il dit... Qu'il ait subi des privations durant sa longue absence (douze jours), c'est possible, et cela explique en partie un des diagnostics imprécis du billet d'hôpital (fatigue, anémie). En fait le diagnostic d'automatisme ambulatoire épileptique, d'état second comitial, pouvait être éliminé sans difficulté. L'étude des crises nerveuses, non plus, n'amenait point l'observateur à conclure au mal caduc. Les crises rapportées sont simplement de petites réactions d'origine émotionnelle (par énervement dû à des contrariétés banales et pratiquement négligeables).

Au temps de la désertion, ce militaire n'était donc pas en état de démence dans le sens de l'article 64 du Code pénal, et il devait rendre compte de ses actes. Fallait-il atténuer sa responsabilité à cause des anomalies émotionnelles constatées (caractère renfermé, tendances à l'alcoolisme, absences et désertion) ? Ce n'est pas notre avis. Un état de perversité constitutionnelle se développe chez ce jeune soldat ; il ne doit point entraîner la diminution de la responsabilité sociale et familiale.

***

Il importe essentiellement de ne pas confondre les anormaux mentaux et les malades mentaux. Il n'y a que *trois anomalies* psychiques qu'on doit considérer comme des maladies, car elles sont des infirmi-

tés graves, chroniques, incurables : ce sont l'idiotie, l'imbécillité et la débilité mentale avec incapacité de se diriger par faiblesse de la mémoire, du jugement et du raisonnement. Toutes les autres anomalies, qu'elles soient de nature dysphrénique, dysthymique ou dysthénique, ne relèvent pas de la pathologie : la dégénérescence mentale de Magnan, la déséquilibration psychique du même auteur, la schizoïdie et la cycloïdie de certains spécialistes, l'hyperémotivité, l'hystérie même ne sont pas des maladies. Quand donc, dans un congrès de neuro-psychiatrie, discutera-t-on ces questions capitales ? La tâche à accomplir sur ce terrain occupera plusieurs générations médicales.

Cette confusion actuelle des maladies mentales et des anomalies mentales contribue à jeter le plus grave *discrédit* sur la neuro-psychiatrie. On s'en rend bien compte dans le prétoire de justice, dans les articles publiés par les journaux quotidiens à l'occasion des témoignages d'experts lors d'affaires criminelles. Comment les spécialistes n'ont-ils pas le souci de la situation présente ? La raillerie, la sévérité des réflexions émises sur eux sont pourtant évidentes. Sans doute les anomalies mentales et nerveuses doivent intéresser chacun de nous, mais tant qu'il n'y a pas de maladie, il ne faut pas parler de soigner ni d'hospitaliser. Lorsqu'il n'y a pas perversité, surtout lorsqu'il n'y a pas perversité-récidivisme, on peut essayer avec le concours d'un entourage dévoué et intelligent, d'améliorer, de redresser (?) certaines anomalies émotionnelles ou sthéniques. Lorsqu'il y a délit ou crime, il faut constamment, ou presque, conclure à la responsabilité et sans atténuation.

Dans l'armée, la réforme pour maladie mentale, alors qu'il ne s'agit que d'anomalies mentales, a de fâcheuses *conséquences*. Le sujet, normal au point de vue intellectuel, parfaitement capable de se diriger, se flatte ensuite de sa situation, abuse l'opinion publique, incite les camarades à l'imiter. Bien mieux, s'il est un pervers, au premier délit ou crime, il ne manquera pas d'invoquer son cas de réforme pour maladie mentale. Sa famille, la mère surtout, son conseil l'y aideront. Le magistrat instructeur sera tenu de nommer un expert-spécialiste, et celui-ci, avec les tendances scolaires actuelles, conclura à la démence, à l'internement, à la réforme, ou à la responsabilité atténuée, rarement à la responsabilité totale, la seule rationnelle pratiquement. La société nouvelle ouvre l'ère des fortes responsabilités : l'heure n'est pas venue d'excuser les pervers récidivistes ; il faut les emprisonner.

La question de la diminution de la responsabilité pour anomalies mentales, posée du fait de la Circulaire Chaumié (12 décembre 1905) aura son intérêt dans une société idéale, quand le problème religieux, le problème de la guerre, le problème économique, seront réglés, mais quand le seront-ils ? Dans la société actuelle, il importe de se protéger, et pour se protéger, il faut enfermer, et enfermer isolément certains sujets. L'armée, avec un service de *triage* bien compris d'ordre neuro-psychiatrique, est appelée à rendre à la société et à la famille des services essentiels. Il ne faut pas réformer les pervers-récidivistes, il faut les grouper dans des compagnies spéciales. Ils ne sauraient être dispensés du service militaire ; ils ne sauraient jouir en temps de guerre de la liberté : l'expérience nous a appris les méfaits dont ils sont capables.

Avant de rapporter l'observation détaillée de notre jeune soldat, faut-il résumer en quelques lignes l'histoire de cet homme de 40 ans, expertisé ces jours-ci, porteur de trente condamnations (vols, abus de confiance, ivresses, vagabondage, mendicité) ? Réformé en juillet 1934, donc à 38 ans, pour alcoolisme chronique avec affaiblissement intellectuel, excitation psychique, incohérence des propos, refus d'aliments, il fut interné, mais deux mois après, le même médecin qui avait conclu au placement à l'asile, donc au traitement, le mettait en liberté. Personnellement, à la suite d'un récent délit nous l'avons déclaré pratiquement responsable (sans atténuation).

RÉSUMÉ. — *Soldat de 22 ans* (1936). *Une fugue de douze jours : 21 juin 1936-4 juillet. Deux absences illégales antérieures, en février et en mars* 1936. *Réactions délictueuses motivées. Diagnostics portés divers : dépression, confusion mentale, épilepsie. Soldat réformé pour débilité mentale. Expertise : déclaré normal au point de vue intellectuel. Responsabilité.*

Le nommé H..., M..., 22 ans en 1936, soldat de deuxième classe du n^e régiment de chars de combat, né le 1er mai 1914, est inculpé de désertion à l'intérieur, en temps de paix.

Le fait. — Le dimanche 21 juin 1936, le chasseur H..., M..., était absent à l'appel de vingt et une heures. Il n'était titulaire d'aucune permission et fut porté manquant. Il était sorti de la caserne, ce dimanche, pour se rendre en ville, avec le chasseur B..., un de ses camarades. Ils allèrent, tous deux, prendre une consommation, dans un café de la ville, puis se séparèent, B... se rendant à une réunion sportive, et H... ne désirant pas y assister. B..., interrogé après l'absence de H..., a expliqué qu'en causant H... lui avait déclaré à plusieurs reprises qu'il avait l'intention de « partir très loin ». — Le chasseur H... recevait depuis son incorporation (octobre 1935) l'instruction des chasseurs du rang. Du 24 mai au 15 juin 1935, il fut employé comme ordonnance par un lieutenant ; comme il ne faisait pas l'affaire, il ne fut pas maintenu dans cet emploi (voir plus loin, le témoignage du lieutenant). On ajoute comme renseignements que H..., d'un caractère difficilement pénétrable, très susceptible, docile pourtant, a encouru depuis son incorporation deux punitions pour absence illégale. — Il a été arrêté par la police de Vannes, le 4 juillet 1936, à zéro heure quinze, ayant reconnu que le bulletin de désertion qu'on lui exhibait s'appliquait bien à lui. — Voici les motifs de ses deux punitions antérieures (pour absences illégales) : 5 février 1936, permissionnaire de trente-six heures, est rentré au quartier avec un retard de quarante-huit heures, prétendant avoir été grisé par des camarades civils, et avoir perdu le contrôle de ses actes ; — 9 mars 1936, a quitté le quartier par escalade après l'appel du soir ; a été arrêté à Nantes, le lendemain, par la police, étant en tenue débraillée et non réglementaire.

Antécédents. — Les antécédents héréditaires de l'inculpé ont été précisés, les uns à l'aide des renseignements fournis par lui et par sa mère, les autres grâce à l'étude du dossier. — Son père est mort pour la France, en décembre 1914. Sa mère, bien portante, est âgée de 46 ans ; elle est ouvrière de la Manufacture des tabacs ; elle se serait rema-

riée avec le frère de son père, lequel est également décédé (en 1930) : aucun enfant du second lit. Il n'y aurait pas d'aliénés dans la famille. — L'inculpé a été élevé par sa grand'mère paternelle jusqu'à l'âge de 7 ou 8 ans ; ensuite, il a été repris par sa mère. Il a fréquenté l'école jusqu'à 13 ou 14 ans ; il sait lire, écrire, compter, et il donnait des nouvelles par lettres à sa mère, plus ou moins régulièrement. Il n'a pas obtenu son certificat d'études primaires ; il était peu studieux. Il a été apprenti charcutier, puis apprenti coiffeur ; enfin il a été placé dans un garage pour y apprendre la mécanique automobile, et il serait resté là, durant cinq ans, mais on l'employait surtout, semble-t-il, à faire des courses. En dernier lieu, avant d'être incorporé, il était garçon de publicité et distribuait des prospectus. — Dans sa jeunesse, il aurait été malingre, maladif, on a même parlé, lorsqu'il avait dix ans, d'accidents méningés. Il a eu quelques crises de nerfs, des petits crises, dit sa mère, des crises de faiblesse, des sortes d'évanouissement, avec quelquefois des maux de tête. Il n'a jamais présenté de grandes crises nerveuses convulsives. C'est un caractère renfermé, explique encore sa mère, faible, timide (?) ; il est plutôt paresseux, menteur, dépensier ; il a parfois vagabondé, commis de légers larcins et fait quelques excès de boisson, par entraînement (?). Un jour, prenant l'automobile de son patron, il serait parti faire une petite bombe avec un Monsieur « d'un certain âge ». — Incorporé le 15 octobre 1935, il a commis, on l'a vu, deux absences illégales, et cette fois il est déserteur. Le lieutenant qui l'a eu à son service, à titre d'ordonnance, déclare qu'il commettait chez lui des excès de boisson et qu'il buvait le vin de sa cave ; là pourtant, il ne subissait l'influence de personne. — Après sa désertion, le soldat H... a été hospitalisé pour : anémie, dépression, état légèrement confusionnel, et réformé n° 2, pour débilité mentale, à Vannes, le 21 juillet 1936. De ce fait, il a été renvoyé dans ses foyers dès le lendemain, 22 juillet 1936. Comme il restait inculpé de désertion, l'action judiciaire a suivi son cours régulier. Le docteur Faulaud, René, nous a délivré la note suivante : soigné depuis l'âge de dix ans ; symptômes méningés ; anémie cérébrale ; plusieurs crises avec perte de connaissance (épileptiformes ?) ; au régiment, une crise dans la chambre, devant plusieurs camarades : chute, écume aux lèvres, retour à l'état normal, violente céphalée. Plus tard, en juin (le 21), départ sans aucun motif ; au bout de huit jours se retrouve à trois kilomètres de sa garnison, au milieu d'un bois (sans aucune nourriture), sans regret ; revient à Vannes, sur la place de l'Eglise, sans aucune notion des huit jours précédents.

Examen spécial. — L'examen spécial direct de l'inculpé est relativement aisé. Il répond bien à toutes les questions qui lui sont posées, soit sur ses antécédents héréditaires, soit sur ses antécédents personnels, soit sur les faits délictueux qui lui sont reprochés. Il est attentif, sa mémoire est assez bonne, et il se rend compte, parfaitement, de sa situation actuelle. Nuls symptômes psychiques ne permettent de dire qu'il présente de l'affaiblissement intellectuel (état cérébral acquis après développement psychique normal) : pas d'amnésie caractérisée, pas de troubles du jugement, ni du raisonnement. Ses notions scolaires sont médiocres, mais pratiquement suffisantes : donc, pas de débilité mentale à proprement parler. Il n'exprime aucune variété d'idées délirantes (pas d'idées de persécution, ni d'auto-accusation, ni d'hypocondrie, etc.) ; il n'est d'ailleurs en proie ni à des illusions, ni à des hallucinations. Il ne manifeste aucune excitation d'ordre cérébral : ni manie ou hypersthénie, ni énervement, ni anxiété. Il parle peu spontanément ; il gesticule peu, mais il est toujours très attentif ; on ne constate ni asthénie musculaire, ni confusion dans les idées (anidéation). Les sensations et perceptions sont normales : il est bien orienté dans le temps et l'espace ; il reconnaît les personnes et les choses ; il n'est donc pas un confus mental. — L'analyse des crises de nerfs qu'il a présentées au cours de sa seconde enfance ou de son adolescence et de celle qu'il a eue au régiment est difficile à faire avec lui, et aussi avec sa mère (pour les premières). Il n'était pas fort : c'était à ce moment comme une faiblesse ou un évanouissement (pas de cri initial, pas de convulsions toniques ou cloniques, pas d'incontinence des urines et matières fécales, pas de plaie de la langue, pas de stertor post-critique, etc.). La crise dont il aurait été affecté au régiment serait venue en jouant à la lutte avec un camarade. — Les explications qu'il donne sur ses deux absences illégales et sur sa désertion sont les suivantes : la première fois, il aurait été enivré par des civils ; il dit qu'il les connaissait depuis longtemps, mais leurs noms lui échappent ; la seconde fois, il a escaladé le mur ; il le regrette. Il a agi sans réflexion, et il n'est pas rentré parce qu'il avait peur d'être puni ; sur sa désertion, qui a duré plus de douze jours (21 juin 1936-4 juillet 1936), il dit : « J'étais sorti en ville avec un camarade ; j'ai vu que je serais en retard ; j'ai eu peur d'être puni. Je suis parti droit devant moi. Je suis entré dans un bois et j'y ai couché. Après, pendant le jour, je me promenais (près de Vannes) sur les grèves ; la nuit, je retournais dans le bois. A la fin, j'étais épuisé, je mangeais peu, quelques pommes, et je buvais de l'eau ; je suis retourné vers la ville. — D. Dans la nuit du 21 au 22, vous auriez été vu avec un individu peu recommandable ? — R. Je ne sais pas. » On ne constate pas d'amnésie typique. Il ne manifeste sur ce point aucune émotion particulière et ne fait pas de réflexions personnelles. — L'examen somatique révèle une légère faiblesse constitutionnelle, mais sans lésions caractérisées : le système nerveux, l'axe cérébro-spinal sont sains. Les pupilles sont égales et actives. Aucun signe immédiat d'anémie (pas de décoloration des lèvres ni des paupières). Pas de maladie organique.

***

Les anomalies mentales ne constituent pas un cas de réforme, à moins qu'il ne s'agisse d'idiotie, d'imbécillité, de débilité mentale avec incapacité de se livrer seul à un travail manuel ordinaire. Les anomalies de l'imagination ou du jugement, donc les simples extravagances de la pensée, les anomalies de l'émotivité et de l'activité, ne sont pas des cas de réforme : associées à la perversité-récidivisme, elles ne doivent *jamais* entraîner la mise en congé. La réforme pour maladie mentale des petits et grands pervers-récidivistes ne profite qu'à eux et nuit gravement à la société et à la famille. Le neuro-psychiatre doit bien connaître ces individus, mais il doit les déclarer responsables de leurs actes délictueux et criminels, s'il ne veut pas faire l'objet de vives critiques, rationnellement justifiées. Les pervers-récidivistes, dans l'armée, doivent être affectés à des compagnies spéciales de discipline avec service médical propre : le triage ainsi effectué contribuerait utilement à l'établissement de l'ordre dans la nation. L'ère de la responsabilité atténuée touche à sa fin pour l'instant.

Radiesthésie, science et morale, par le docteur Robert Rendu. Deuxième édition. Petit in-8° de 73 pages, à la librairie Camugli, 6, rue de la Charité, Lyon, 1936.

Maladies de la nutrition, par F. Rathery, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. Un vol. de 174 pages, chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (6e). Prix : 22 fr.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

L'ACONIT EN MÉDECINE INFANTILE (1)

par M. L. Babonneix,
Médecin du service d'enfants de l'hôpital Saint-Louis

Rappel de quelques notions classiques. — L'aconit (*Aconitum Napellus*, L. Renonculacées) est une plante vivace qui croît dans les lieux humides et ombreux des régions montagneuses. On utilise :

1° Ses feuilles ;

2° Ses racines.

L'Aconit officinal renferme plusieurs alcaloïdes, dont le principal est l'*aconitine* cristallisée, de formule $C^3H^{47}NO^{11}$, qui est une méthylbenzoylaconine, *extrêmement toxique*, et dont l'*action physiologique* porte essentiellement sur :

1° Les *terminaisons du trijumeau*, qu'à doses élevées, elle excite, d'où éternuements si elle est déposée sur la pituitaire, fourmillements à la langue, si elle est mise en contact avec la muqueuse linguale, puis paralyse, d'où engourdissement et anesthésie des mêmes régions ;

2° Les *terminaisons nerveuses :* excitation des fibres *sensitives* (fourmillements des doigts), *glandulaires* (salivation, sueurs), *motrices :* mouvements fibrillaires des muscles striés, puis paralysie, à doses élevées ;

3° Le *système nerveux central*, lorsque le médicament est employé à doses fortes : il épargne l'encéphale, pour exercer une action modératrice sur le centre de la thermogénèse : aussi y a-t-il abaissement de la température, et sur le centre respiratoire bulbaire, d'où accélération et amplification, puis ralentissement et diminution de la respiration ;

4° Le *cœur*, qu'il excite d'abord, d'où accélération et augmentation d'amplitude des battements cardiaques, puis paralyse, d'où ralentissement, puis, à doses toxiques, arrêts prolongés suivis de reprise des contractions avec tachyarythmie et dissociation auriculo-ventriculaire, et mort par fibrillation.

Propriétés thérapeutiques et indications. — Essentiellement *sédatif*, *diaphorétique* et *décongestionnant*, il est indiqué dans :

1° Les *affections catarrhales « a frigore » :* amygdalite aiguë, trachéo-bronchite aiguë ;

2° La *coqueluche*.

Incompatibilités. — Elles existent avec l'*iode* et les *iodures*, les *solutions arsenicales*, les *substances tanniques*.

Synergiques. — Les principaux sont : la *belladone* et la *jusquiame ;* les *antispasmodiques employés dans la coqueluche* (bromoforme, drosera, grindelia) ; les *expectorants :* benzoate de soude, oxyde blanc d'antimoine, polygala, tolu ; les *sédatifs :* bromure de potassium, eau de laurier-cerise, lactucarium.

Posologie et mode d'emploi. — Les médecins d'enfants ne recourent jamais à l'aconitine, mais aux préparations galéniques d'aconit à teneur bien définie en principe actif, cette teneur devant être établie non seulement par un dosage chimique, mais encore par un titrage physiologique (A. Goris). Celles qui sont inscrites au Codex de 1908 sont au nombre de quatre : trois à base de racine sèche, une à base de feuilles fraîches.

1° *Extrait de racine d'aconit* (*Extractum aconiti*) : brun, de saveur légèrement amère, donnant avec l'eau un soluté trouble, il doit renfermer 1 p. 100 d'alcaloïdes totaux. *Toxique* (Codex), *figure au tableau A*. Il est peu employé.

2° *Teinture de racine d'aconit* (*Tinctura aconiti*). Cette teinture *au dixième* est un « liquide jaune brunâtre, produisant sur la langue une sensation persistante de fourmillement, donnant un trouble léger par addition de son volume d'eau distillée. Elle doit renfermer cinquante centigrammes d'alcaloïdes totaux par 1.000 grammes (Convention internationale) » (Codex). *Toxique* (Id.), *figure au tableau A.*

1 g.=LVII gouttes=cinq dixièmes de milligramme d'aconitine ; X gouttes correspondent à 1/10 de milligramme de cet alcaloïde.

Doses quotidiennes : 1 goutte par année d'âge *à partir de 3 ans* jusqu'à concurrence de X gouttes par jour, en deux ou trois fois, sous surveillance attentive.

3° *Sirop d'aconit* (*à séparer, Tableau C*), obtenu en mélangeant 25 g. de teinture de racine d'aconit à 975 g. de sirop simple. 20 g. de ce sirop contiennent *cinquante centigrammes* de teinture de racine d'aconit. On en donne 2 g. par année d'âge, en potion.

4° *Alcoolature de feuilles d'aconit* (*Alcoolatura aconiti*) (*à séparer, tableau C*). Liquide d'abord brun verdâtre, devenant rouge brunâtre avec le temps, de saveur âcre et brûlante, se troublant par addition de son volume d'eau. Renfermant *dix centigrammes* d'alcaloïdes totaux par litre, elle est donc cinq fois moins active que la teinture. 1 g.=LIII gouttes=1/10 de milligramme d'aconitine.

Loochs

A. Teinture de racine d'aconit .... X gouttes
Sirop de capillaire .... 20 cm³
Looch blanc .... Q. S. p. 90 cm³
M.

Une cuillerée à soupe toutes les 4 heures, chez un enfant déjà grand (*Amygdalite aiguë*).

B. Teinture de racine d'aconit .... X gouttes
Benzoate de soude .... 1 gramme
Looch blanc .... Q. S. p. 60 cm³
M.

Une cuillerée à dessert toutes les 4 heures. (*Trachéo-bronchite aiguë*).

Potion

Teinture de racine d'aconit .... X gouttes
Sirop diacode } ââ .... 15 cm³
Sirop de tolu }
Hydrolat de tilleul .... Q. S. p. 60 cm³
M.

Une cuillerée à dessert toutes les 4 heures. (*Id.*)

Mixture

Teinture de belladone } ââ .... 2 grammes
Teinture d'aconit }
M. (*Provision*)

Par deux gouttes, toutes les 8 heures, dans un peu d'eau sucrée. A surveiller de très près et à ne prescrire qu'à des enfants au-dessus de 6 ans. (*Coqueluche.*)

Intoxication. — Ce qui la domine, ce sont les *troubles bulbaires :* cardiaques et respiratoires : respiration difficile, angoisse, modifications du pouls, qui se ralentit, devient petit et irrégulier, contrastant avec la conservation de l'intelligence jusqu'à la phase ultime. Si l'enfant est capable de se rendre compte des sensations qu'il éprouve, il signale les fourmillements et l'engourdissement, qui débutent par la langue et les lèvres et finissent par se généraliser, l'impression pénible de froid, la parésie des membres inférieurs.

Le *traitement* consiste à vider l'estomac, à l'aide d'un vomitif ou à l'aide de la sonde, et à le laver avec un litre d'eau

(1) Cf. L. Babonneix, *Précis de thérapeutique infantile*, Paris, 1932, in-18, p. 4-5. — *Codex medicamentarius gallicus*, Paris, 1920, in-8°, p. 8, 23, 254, 611, 723. — *Formulaire du Dr Astier*, Paris, 1937, in-18, p. 7-8. — A. Richaud et R. Hazard, *Précis de thérapeutique et de pharmacologie*, Paris, 1935, in-18, p. 1029-1034. — M. Tiffeneau, *Abrégé de pharmacologie*, Paris, 1931, 3e édition, p. 34.

tiède à laquelle on ajoute quelques cuillerées à soupe de solution de Lugol, de façon à insolubiliser l'aconitine. Il faut, de plus :

Lutter contre les troubles cardiaques par l'administration de digitale, de coramine, d'huile camphrée, de spartéine ;

Prescrire des stimulants généraux : alcool, café, thé, boissons chaudes ;

Recourir aux frictions et à la sinapisation ;

Pratiquer la respiration artificielle tout le temps nécessaire. On ne laissera pas le malade un instant sans soins.

IIIes JOURNÉES MÉDICALES INTERNATIONALES DE PARIS (1)

IV. — Régulations génitales

Il est peu d'hormones dont la chimie ait fait, ces dernières années, d'aussi rapides progrès. L. Ruzicka (Zurich) fait une étude chimique très approfondie de ces hormones et surtout des *hormones mâles*. Il souligne la parenté de ces hormones avec les stérols. On a rapproché, en effet, de ce groupe l'œstrone isolée par Doisy et par Butenandt de l'urine des femmes gravides, l'androstérone extraite par Butenandt de l'urine et reconstituée de façon synthétique par Ruzicka, la progestérone du corps jaune synthétisée par Butenandt et Fernholz. A ces hormones, on a ajouté l'œstradiol extraite de l'ovaire, une seconde hormone mâle, la déhydroandrostérone dont la synthèse a pu également être réalisée, enfin une hormone synthétique, préparée par Ruzicka, l'androstène-olone qui s'est révélée identique à la testostérone cristallisée extraite des testicules par Laqueur. L'une et l'autre sont beaucoup plus actives que l'androstérone et la déhydroandrostérone. L'auteur trace un tableau montrant comment toutes ces hormones dérivent du cholestérol. Il montre ensuite comment certaines modifications accroissent considérablement leur activité, telles l'adjonction à la testotérone d'un radical méthyl, d'une substance X isolée des testicules, et surtout l'emploi des éthers, sels de la testostérone, qui se sont révélés très actifs sur les glandes sexuelles accessoires, alors qu'ils agissent très peu sur la crête du chapon. Pour terminer, il souligne l'analogie chimique qui existe entre hormones génitales et vitamines dérivées les unes et les autres du cholestérol.

A. Girard (Paris) fait l'étude chimique des *hormones femelles*.

R. Curtillet (Alger) fait une *étude biologique des hormones sexuelles femelles*. Après avoir retracé schématiquement le tableau du cycle ovarien et du cycle menstruel en montrant que la ponte ovulaire qui survient du 11e au 14e jour après le début de la menstruation sépare phase folliculaire et phase lutéinique, l'auteur montre l'action des deux hormones : folliculine et lutéine (progestérone).

En résumé, la folliculine, hormone de la femme, assure le développement de l'appareil génito-mammaire : la progestine, hormone de la mère, est indispensable à la reproduction. Ces deux hormones, physiologiquement synergiques, peuvent être antagonistes si elles sont administrées simultanément.

S. Asheim (Paris) étudie en détail la *régulation hypophysaire des gonades*.

Ch. Champy (Paris) montre l'*action inhibitrice* des glandes génitales et garde, pour désigner cette propriété, le terme de chalone. Il montre que cette action inhibitrice, particulièrement nette pour la folliculine, est cependant indépendante de l'action œstrogène. mais qu'elle paraît avoir quelque chose à faire avec le noyau commun à la folliculine et à la testotérone ; contrairement à ces hormones, la chalone maintient ou accentue son action pendant les périodes de non-maturité. L'action des hormones génitales est donc fort complexe ; elles agissent tantôt comme excitatrices, tantôt comme inhibitrices, et il n'est pas possible d'opposer hormone mâle et hormone femelle. Leur action peut être commune et tantôt inhibitrice, tantôt excitatrice.

P. Ancel (Strasbourg) montre l'action des hormones génitales sur le *développement sexuel embryonnaire chez les vertébrés supérieurs*.

H. Siebke (Bônn) apporte d'intéressantes précisions sur le dosage de l'*hormone folliculaire* dans l'urine.

H. Simonnet (Paris) précise la technique et l'intérêt de la méthode de *diagnostic hormonal de la grossesse* qu'il a mise au point et dont le degré de certitude est de 100 pour 100.

E. Lesné, Cl. Launay et R. Rogé (Paris) ont étudié chez l'homme l'action de l'*hormone mâle sur le développement et la croissance*.

Ils ont employé l'acétate et le propionate de testotérone et ont constaté, sous l'influence de ce traitement, chez des adiposogénitaux ou des enfants ayant un retard de développement, une augmentation notable de volume des organes génitaux. Mais les indications pratiques de ce traitement restent très limitées, car l'ectopie testiculaire n'est guère influencée, l'obésité prépubertaire et pubertaire ne sont que peu modifiées, le retard de développement des organes génitaux est bien difficile à apprécier ; en outre l'importance de l'hypertrophie pénoscrotale peut rendre très délicate la poursuite du traitement.

Guy Laroche (Paris) fait une étude du *traitement hormonal de l'hypertrophie de la prostate* par le propionate de testotérone. Chez 18 malades atteints de rétention chronique complète inopérable, il a obtenu la levée de l'obstacle dans 13 cas. Sur 12 malades atteints de rétention chronique incomplète, il a obtenu 5 fois la disparition du résidu ; il signale également plusieurs succès chez des malades atteints de prostatisme léger ou de tabès associé à l'hypertrophie prostatique. Il est nécessaire d'employer de très fortes doses ; l'auteur n'a observé aucun accident. La même question fait l'objet du travail de S. Zuckermann (Oxford), qui est beaucoup moins affirmatif.

P. Mocquot (Paris) montre ce que peuvent donner les hormones génitales *en clinique et en thérapeutique gynécologiques*. Après avoir rappelé les modifications cliniques permettant d'apprécier le comportement hormonal, il étudie les résultats de l'hormonémie, dont il montre la grande variabilité, et de l'hormonurie en soulignant la grande difficulté qu'il y a à apprécier les résultats de ces doses. Il attache beaucoup plus d'importance à la biopsie de la muqueuse cervicale et de l'endomètre, et montre comment on peut apprécier le déficit folliculolutéinique, les transformations déciduale ou déciduiforme. Au point de vue thérapeutique. il distingue une hormonothérapie substitutive indiquée, après l'ovariectomie, sous forme de traitement folliculinique ou folliculolutéinique ; une hormonothérapie stimulante dans l'aménorrhée primitive, dans certaines ménorragies, dans certains cas de stérilité fonctionnelle ; enfin une hormonothérapie frénatrice qui repose sur l'antagonisme de certaines hormones.

C. Clauberg (Kœnigsberg) précise les *indications thérapeutiques de la progestérone* dans les hémorragies pathologiques de la muqueuse utérine à la suite de son hyperplasie glandulaire kystique.

A. Brindeau et H. et M. Hinglais (Paris) montrent l'intérêt du *dosage des prolans en pathologie gravidique*. Il présente un intérêt particulier dans l'étude et la surveillance

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1937, n° 52, p. 842 et n° 68, p. 1072.

des môles, dont il permet de diagnostiquer précocement la transformation maligne.

Lesdouyries et Berthelon (Paris) étudient l'action des *hormones sexuelles chez les femelles domestiques.*

Knud Sand (Copenhague) montre comment on peut réaliser, à l'aide des hormones sexuelles, *l'inversement sexuel.* L'étude *clinique des états intersexuels* est faite par G. Maranon (Madrid) qui souligne l'action des autres glandes endocrines, et notamment l'action masculinisante de la corticosurrénale et l'action féminisante de la thyroïde, l'hypophyse pouvant avoir l'une ou l'autre de ces actions.

Euzières et Lafon (Montpellier) soulignent le rôle des hormones génitales dans la réalisation des *perversions sexuelles en psychiatrie.*

V. — Régulations surrénales, rénales et cardiaques

M. Tiffeneau (Paris) fait une étude *chimique et pharmacodynamique des hormones surrénales* en étudiant successivement l'adrénaline, dont il souligne l'action sympathicominétique, et l'hormone corticosurrénale, dont on connaît aujourd'hui la formule ; il montre comment cette dernière hormone agit sur le métabolisme général et l'activité musculaire et souligne les effets thérapeutiques qu'on en peut attendre.

A. Tournade (Alger) expose les travaux expérimentaux qui l'ont conduit à préciser le *mécanisme de l'adrénalinosécrétion* et montre comment l'adrénaline règle le fonctionnement de l'appareil cardiovasculaire.

L. Brouha (Liége) montre comment la notion classique du système nerveux sympathique doit faire place à celle du *système neurohormonal sympathique.*

E. Donzelot (Paris) montre la place des dysrégulations hormonales dans les *hypertensions paroxystiques et permanentes.*

C. Lian et F.-P. Merklen (Paris) montrent la place de ces dysrégulations dans les *hypotensions artérielles.* Ils soulignent la part intime qui unit le système nerveux végétatif et les sécrétions endocriniennes. Dans les hypotensions aiguës, le *primum movens* est vraisemblablement d'origine neurovégétative, surtout sympathique, tandis que le système des glandes endocrines et spécialement la surrénale intervient secondairement pour intensifier et prolonger le phénomène. Dans les hypotensions chroniques, au contraire, une perturbation humorale importante et durable semble nécessaire.

Pasteur Vallery-Radot, L. Justin-Besançon et R. Israël (Paris) étudient les rapports entre *l'hypertension artérielle, l'insuffisance rénale et la dysrégulation surrénale.* Ils montrent que pour engendrer l'hypertension paroxystique, un trouble surrénal, lésionnel ou fonctionnel intervient dans la majorité des cas ; l'atteinte rénale, lorsqu'elle existe, est certainement secondaire. La genèse des hypertensions permanentes brightiques est beaucoup plus obscure ; elles ne sont pas toujours d'origine rénale, mais leur origine surrénale n'est pas prouvée.

E. Sergent (Paris) fait une étude complète, clinique et biologique du syndrome *d'insuffisance surrénale aiguë* qu'il a isolé avec Léon Bernard. Il montre que, dans ce syndrome, existent des troubles de la fonction antitoxique et de la fonction angiotonique des surrénales.

E. Appert (Paris) étudie le rôle des surrénales dans le *virilisme* et *l'hirsutisme*, et distingue l'hirsutisme surrénal de l'hirsutisme ovarien (lutéinomes) et de l'hirsutisme hypophysaire. Il souligne le rôle possible, dans ce dernier cas, de la corticostimuline et de l'hormone lutéinisante.

M. Roch, E. Martin et R. Junot (Genève) étudient le *traitement hormonal* de la *maladie d'Addison* et montrent que, si le traitement par l'hormone corticale donne de beaux résultats expérimentaux et des effets cliniques immédiats très appréciables, les résultats éloignés, encourageants certes, sont encore très décevants du fait de l'impossibilité de disposer de l'hormone à doses suffisantes pendant un temps assez prolongé.

J. Castaigne et Dastugue (Clermont-Ferrand) étudient *l'opothérapie rénale.* Ils montrent qu'elle possède une base physiologique incontestable, qu'elle est dépourvue de toute toxicité et mérite un essai loyal.

J. Demoor (Bruxelles) étudie le *réglage hormonal* du cœur. Il montre l'existence d'hormones cardiaques ou « substances actives » qui agissent pour ainsi dire sur place en transformant en activité rythmée l'automatisme irrégulier fondamental et en réglant la sensibilité, sans s'accompagner d'aucune fatigue et sans troubler la chronaxie. Il oppose ce réglage au réglage par les agents chimiques résultant des nerfs vague et sympathique.

VI. — Régulations pancréatiques

M. Polonovski Paris) étudie la *biochimie de l'insuline.* Quoique ce corps puisse être obtenu à l'état cristallisé, sa formule n'est pas exactement connue. Si l'action fondamentale de l'insuline est l'hypoglycémie, que peuvent d'ailleurs inhiber ou renforcer divers facteurs, il existe également une hyperglycémie insulinique précoce et temporaire, surtout si l'on emploie la voie intraveineuse et la voie portale ; on a cherché à expliquer cette anomalie par l'action sur le glycogène hépatique sans pouvoir arriver à des conclusions précises. L'action de l'insuline sur le métabolisme glucidique, si elle est certaine, contient encore bien des points obscurs. Ces incertitudes tiennent à ce que l'hormone pancréatique, partageant en cela le sort de tant de matières protéiques, n'a pas encore une individualité chimique suffisamment établie.

D. Santenoise (Nancy) montre l'intérêt de la substance qu'il a décrite sous le nom de *vagotonine*, dont il montre l'action sur le système végétatif, le contrôle nerveux et humoral de la respiration, certaines glandes endocrines, le parenchyme hépatique, la composition et les équilibres physicochimiques du milieu humoral, l'érythropoïèse.

E. Zunz et J. La Barre (Bruxelles) font une étude physiologique des *régulations hormonales de la glycémie* en montrant les multiples facteurs qui maintiennent constant le taux du sucre sanguin. Hallion et R. Gayet (Paris) précisent les divers *facteurs neurohormonaux* qui assurent cette régulation en montrant qu'à côté de la régulation automatique d'origine humorale existe une régulation nerveuse qui, en cas de modification brusque de la glycémie, permet un rétablissement plus rapide de l'équilibre.

R. Boulin (Paris) fait une étude complète du *traitement hormonal des hyperglycémies* diabétiques et non diabétiques.

F. Rathery (Paris) montre le rôle des *dysrégulations hormonales dans l'hypoglycémie.* La limite de tolérance de l'hypoglycémie est variable suivant les sujets. L'état du métabolisme glucidique dépend de l'équilibre qui existe entre les hormones hyperglycémiantes et les hormones hypoglycémiantes ; aussi chaque sujet a-t-il sa réaction propre à l'insuline. Il est difficile de dire si l'hypoglycémie est l'unique effet de l'insuline et si les signes observés au cours de ce syndrome sont sous son unique dépendance.

E. Aubertin (Bordeaux) étudie le rôle des régulations hormonales dans les *acidocétoses.* Le rôle anticétogène de l'insuline est bien connu ; elle peut exceptionnellement exercer une action anticétogène. Le rôle de l'hypophyse a été mis en évidence par Houssay et Anselmino et Hoffmann, qui ont isolé un principe cétogène ; il peut être également indirect par le jeu des stimuli pancréatotrope, thyréotrope, adrénotrope et gonadotrope. Les capsules surrénales, le corps thyroïde, l'ovaire peuvent avoir également

une action cétogène. Enfin existe une régulation nerveuse et humorale de l'acidocétose. Quelle qu'en soit l'origine, la cétose peut survenir dans trois conditions essentielles ; production anormale de corps cétogènes par suite de métabolisation excessive des lipides et des protides, exagération du processus de cétogenèse hépatique par abaissement du taux du glycogène hépatique, défaut de cétolyse au niveau des tissus ; ces trois processus peuvent coexister. Il ne faut pas abuser du traitement insulinique dans le traitement des cétoses ; en dehors du diabète, le glucose est infiniment plus utile ; il existe, en effet, des cétoses par hyperinsulinisme.

G. Sakharov et D. Rossisky (Moscou) ont essayé de traiter le diabète sucré par une *cytotoxine pancréatique* obtenue en immunisant le mouton à l'aide de glandes pancréatiques humaines ; ce traitement aurait l'avantage de donner des résultats plus prolongés que le traitement insulinique.

VII. — Régulations hépatiques, digestives et spléniques

N. Fiessinger (Paris) étudie les *hormones et diastases hépatiques*. L'hormone hépatique, préparée par les auteurs japonais, aurait une action antitoxique ; son existence n'est pas encore prouvée. Parmi les diastases hépatiques, l'auteur retient la phosphatase qui est élevée au cours des ictères ; au cours des cirrhoses, elle semble dépendre des hauts taux de bilirubinémie. La lipase sérique semble également d'origine hépatique ; elle diminue considérablement au cours de l'insuffisance hépatique, et son injection au cours des cirrhoses avec ascite et œdèmes, des ictères aigus ou prolongés par hépatite peut donner d'intéressants résultats.

M. Perrin (Nancy) montre ce qu'on peut tirer de l'*opothérapie hépatique* dans les dysfonctions hépatiques, et notamment dans certaines cirrhoses bronzées, dans diverses intoxications, et en particulier au cours de la chimiothérapie et de la maladie des rayons X, chez les cholémiques familiaux, dans les maladies de la nutrition, dans les hémorragies des hépatiques, au cours des anémies ; il souligne également l'action du foie dans la mobilisation du cholestérol et sur la diurèse et l'uréopoïèse. E. Chabrol (Paris) étudie l'*opothérapie biliaire*, dont il montre l'action digestive et l'action cholagogue, auxquelles il ajoute quelques actions accessoires sur la diurèse des hépatiques, l'équilibre glycémique, la fonction antitoxique du foie, l'hypertension artérielle, certaines perturbations neurovégétatives, le métabolisme du calcium et la thérapeutique antiinfectieuse.

D. Roiisky (Moscou) étudie l'action des hormones sur la *fonction sécrétoire et motrice de l'estomac*.

M. Chiray et M. Bolgert (Paris) étudient la *régulation digestive par la sécrétine* et en montrent les applications cliniques et thérapeutiques dans le diagnostic des pancréatites et le traitement des pancréatites, des cholécystotomies et de certaines hyperglycémies.

P. Chevallier et F. Moutier (Paris) montrent l'influence de la thérapeutique hormonale sur les *atrophies gastriques*, qu'ils divisent en gastrites atrophiques avec aire nacrées et gastrites atrophiques diffuses. Les premières guérissent par l'hépatothérapie, les secondes par le traitement ferrique ; il existe des formes intermédiaires, de traitement particulièrement difficile.

V. Koskovski (Moscou) montre comment agissent les *principes antianémiques*, gastrique et hépatique. Aujaleu (Paris) précise les applications thérapeutiques de ces principes antianémiques dans les anémies pernicieuses, biermériennes et non biermériennes, et dans les autres anémies. Ch. Aubertin (Paris) montre les résultats excellents de l'*hépatothérapie dans les anémies pernicieuses* et précise comment doit être appliquée cette thérapeutique fondamentale, à laquelle peuvent être associés un certain nombre de moyens adjuvants.

J. Caroli (Paris) montre l'existence des *polycythémies d'origine gastrique* qui réalisent tous les traits cliniques et hématologiques de la maladie de Vaquez ; le plus souvent associées à un ulcère duodénal, ces polycythémies semblent liées à l'hyperfonctionnement gastrique, qu'il s'agisse d'une hyperproduction du principe antipernicieux ou d'une meilleure utilisation du fer alimentaire.

L. Binet (Paris) montre le rôle de la *rate dans la régulation de circulation ;* capable de dilatation et de constriction, elle intervient comme organe tampon contre les à-coups de la tension artérielle. En cas d'hémorragie, elle assure une véritable autotransfusion réalisée au moyen d'un sang très riche en hématies et en leucocytes. C. Soula (Toulouse) montre le *rôle endocrinien* de cet organe, qui agit comme une fraction du système réticuloendothélial ; bien qu'elle ne soit nullement indispensable à la vie, c'est la glande principale du métabolisme plastique.

VIII. — Régulations par d'autres hormones

A. Baudouin et E. Azerad (Paris) montrent ce que nous savons des *hormones épiphysaires*. Bien des faits plaident en faveur d'une sécrétion épiphysaire, et surtout le syndrome de macrogénitosomie précoce qui semble traduire un apinéalisme. Les expériences d'ablation et d'implantation semblent prouver une action frénatrice sur le développement des glandes et des fonctions sexuelles ; mais, à part quelques cas de Rowntree, l'action des extraits est encore très peu nette.

P. Lereboullet et J. Odinet (Paris) étudient les *hormones du thymus*. Ils montrent les nombreux arguments expérimentaux et cliniques qui permettent d'attribuer à cette glande un rôle indiscutable sur la croissance, et en particulier sur le développement des organes génitaux. Cette action semble directe. L'opothérapie thymique leur a donné des résultats remarquables dans certaines ectopies testiculaires, dans quelques cas d'atrophie testiculaire ou d'aménorrhée, dans de nombreux retards de croissance et en particulier, dans l'achondroplasie.

P. Carnot (Paris) montre où en est le problème des régulations hormonales de prolifération cellulaire. Sous ce terme, il groupe, d'une part, les hormones embryonnaires ou tréphones dont il montre l'action proliferatrice qui favorise la prise des greffes, la cicatrisation des plaies, la réparation et la régénération des viscères, l'action sur la croissance générale et sur les cultures de tissus sans que jamais s'observe de prolifération néoplasique ; d'autre part, les hormones prolifératives de régénération (hormones hématopoïétiques d'origine médullaire après saignées répétées, néphropoïétines, dermopoïétines). Il rapproche ces hormones de croissance antéhypophysaire des phythormones de croissance, des vitamines de croissance. Enfin, il souligne qu'une série de corps chimiques peuvent activer la prolifération, notamment les substances cancérigènes, et montre comment l'analogie de ces corps avec certaines hormones peut être inquiétante ; néanmoins ni les hormones de régénération, ni les hormones embryonnaires n'ont jamais donné de prolifération désordonnée ; elles semblent avoir non seulement une valeur proliférante, mais encore une valeur régulatrice.

H. Claude et H. Gougerot (Paris) montrent ce que l'on doit entendre sous le nom de *syndromes pluriglandulaires*. Ils envisagent ce terme dans un sens très large et soulignent les importantes conséquences pathogéniques et thérapeutiques qu'a apportées la connaissance de ces syndromes

dont ils ont décrit, en 1907, le premier cas. N. Cherechevski (Moscou) apporte quelques exemples de corrélations endocriniennes.

IX. — Exposés généraux

La question si importante des *hormones synthétiques* fait l'objet de deux rapports. Butenandt (Berlin), après avoir donné un aperçu de la structure chimique des hormones, montre combien est importante la production artificielle des hormones ; cette synthèse rend en effet les hormones beaucoup plus facilement accessibles au biologiste, beaucoup plus exactement dosables ; il est possible, par des combinaisons artificielles, de préciser quelle est la partie de leur structure qui est spécifique et d'avoir un aperçu sur leur naissance dans l'organisme et le mécanisme de leur action. Il est probable que souvent elles n'agissent pas directement, mais par l'intermédiaire d'un porteur spécifique. Quant à l'intérêt thérapeutique de cette synthèse, il n'échappe à personne. E.-G. Doods (Londres) illustre son exposé par l'exemple de la synthèse des hormones œstrogènes.

Les rapports entre *hormones et vitamines* font l'objet d'une première étude de H. von Euler (Stockholm). Il montre comment il peut exister, entre ces deux groupes de substances, soit antagonisme (vitamine A — thyroxine), soit un synergisme (vitamine B — phyto-hormone biotine — œstrone). Il n'existe pas de démarcation absolue entre ces substances et, de même que les vitamines peuvent être synthétisées chez l'animal à partir de provitamines d'origine végétale, les hormones peuvent être synthétisées par l'organisme à partir de prohormones d'origine végétale. Leurs propriétés biochimiques les rapprochent également ; elles peuvent être groupées avec un certain nombre de substances désignées sous le nom de biocatalyseurs, comme les hémines, la cozymase, l'acide adénylique, sous le nom d'ergones. Toutes ces substances agissent en quantités minimes. Il semble que ce soit seulement à l'état combiné avec des protéines spécifiques qu'elles exercent leur action catalytique : cela serait vrai en particulier pour l'adrénaline et l'acide ascorbique.

G. Mouriquand (Lyon) transpose cette étude sur le terrain clinique. Il montre qu'à côté de l'antagonisme thyroxine-vitamine A existe un antagonisme vitamine C—hormone thyroïdienne. Il souligne le fait que le béribéri du pigeon peut s'accompagner de troubles endocriniens et pose, à propos de ce fait, le problème de l'action des vitamines sur le système neuro-endocrinien. Cette action semble exister également pour la vitamine C ; des rapports étroits existent entre la vitamine B2 et l'insuline, l'une et l'autre règlent l'utilisation des sucres. Un autre exemple est celui du rôle des parathyroïdes et de la vitamine D en ce qui concerne la fixation du calcium. Dans la plupart des dystrophies infantiles, on voit également s'associer avitaminoses et troubles endocriniens. L'auteur souligne également les rapports entre les vitamines et les hormones génitales, les hormones de croissance, le rôle des hormones et des vitamines dans les toxi-infections. Il montre enfin comment, en thérapeutique, il faut savoir tenir compte à la fois de la carence hormonale (ou prohormonale) et de la carence vitaminique (ou provitaminique).

R. Fabre (Paris) fait une étude des *hormones végétales* qu'il désigne sous le nom d'auxines ; il souligne l'action proliférative de ces substances qui peuvent constituer de véritables tumeurs.

Ch. Oberling et Ch. Sannié (Paris) montrent les rapports qui existent entre les *hormones* et les *carbures cancérigènes*.

X. — Conclusions pratiques

Les conclusions d'ordre *clinique* que l'on peut tirer de cette importante masse de faits apportés par les rapporteurs sont synthétisées par M. Loeper (Paris). Il montre comment les glandes à sécrétion interne, véritables carburateurs de l'économie, ont entre elles d'importantes connexions. A la notion d'hyper ou d'hypofonctionnement, il préfère celle de dysfonctionnement. Il montre comment on peut classer les hormones en deux groupes, lipidique et protéique, et souligne les rapports entre hormones et vitamines. Il souligne également l'importance des connexions neurohormonales. L'importance des interréactions glandulaires peut rendre extrêmement difficile le diagnostic des insuffisances hormonales et les tests hormonaux eux-mêmes stigmatisent bien souvent, non pas une glande, mais plusieurs glandes. Les glandes endocrines forment un tout spécifique, de l'équilibre duquel dépendent la circulation, le tonus nerveux, la nutrition, le développement de l'être, de sa morphologie et de son caractère.

P. Harvier (Paris) tire les conclusions d'ordre *thérapeutique*. Il souligne les immenses progrès réalisés par la découverte de l'insuline, de l'hormone antianémique, du couple gastrohépatique, de l'hormone corticosurrénale. Fort remarquables également sont les résultats du traitement par les hormones génitales. Mais, malgré les progrès de l'hormonothérapie, l'opothérapie garde ses droits, et lui substituer systématiquement l'hormonothérapie serait prendre la partie pour le tout. L'hormonothérapie peut exercer, suivant les cas, une action substitutive, une action stimulatrice, une action frénatrice ou antagoniste, qui lui sont communes avec l'opothérapie, une action pharmacodynamique qui lui semble particulière. Mais plusieurs faits restent troublants : la multiplicité des hormones n'est peut-être qu'apparente, et beaucoup d'hormones n'ont peut-être été isolées qu'un peu artificiellement, comme par exemple les hormones hypophysaires isolées à partir de l'urine. Les interréactions glandulaires rendent la thérapeutique difficile à régler ; cela est encore plus vrai pour les antihormones que peut produire une thérapeutique hormonale à doses excessives, qui peut par ailleurs ralentir l'activité de la glande homologue ainsi mise au repos ; pour appliquer à bon escient certaines thérapeutiques hormonales, il faudrait au préalable pouvoir déterminer la valeur fonctionnelle du système endocrinien. Le fait que les hormones génitales ont une structure analogue à celle des stérols doit faire redouter leur action cancérigène et nécessite un maniement particulièrement prudent de ces substances. Ce n'est pas être sceptique que, tout en reconnaissant les immenses progrès réalisés par l'hormonothérapie, de reconnaître que c'est une science encore mystérieuse et qui comporte toujours bien des inconnues ; les difficultés d'application thérapeutique sont souvent considérables, et l'hormonothérapie, qui peut comporter des dangers, doit être instituée de façon aussi rigoureuse que possible.

JEAN LEREBOULLET.

Luchon dans l'histoire de l'hydrologie, réflexions et hypothèses sur l'action des eaux minérales, suivies d'une étude sur le radio-vaporarium sulfuré de Luchon, technique, clinique, résultat, par R. et P. MOLINÉRY (Bulletin de l'Union médicale latine). Grand in-8° de 122 pages, chez René Lépine, 39, rue d'Amsterdam, à Paris.

Bourbonne-les-Bains, par le docteur RONOT, préface de M. le professeur DESGREZ, introduction de M. CONSTANTIN-WEYER. — Un volume de 160 pages. Prix : 10 fr. — L'Expansion Scientifique Française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris.

LIVRES NOUVEAUX

Travaux pratiques de bactériologie, par Henri Bonnet, chef des travaux de bactériologie, et Armand Névot, assistant de bactériologie à la Faculté de médecine de Paris. Préface du professeur Debré (1).

Ce livre est destiné aux étudiants en médecine de troisième année. C'est pour eux qu'il a été composé, et il correspond à l'enseignement pratique qui leur est donné dans les Facultés et les Ecoles. Le texte, très condensé, clair et précis, est divisé en chapitres courts rappelant l'enseignement oral qui précède chaque séance des travaux pratiques. Il traite d'abord des caractères généraux des microbes, de leur biologie, de leur examen microscopique, de leur culture. Puis il passe en revue successivement toutes les grandes espèces pathogènes pour l'homme, celles intéressant directement le médecin. Leur étude est faite dans un but essentiellement pratique, et pour cela les auteurs ont voulu pour chacune d'elles, partant du produit pathologique, indiquer la manière d'effectuer le prélèvement, d'en faire l'examen microscopique direct, la culture et l'isolement du germe pathogène. L'identification de celui-ci est ensuite assurée par l'aspect morphologique, les caractères culturaux, les réactions biochimiques, les réactions sérologiques, le pouvoir pathogène expérimental.

Deux leçons sont consacrées aux applications les plus courantes de l'immunologie ; on y trouve décrits avec simplicité et précision, dans leurs principes et dans leurs techniques, les deux grands types de réactions qu'aucun médecin ne peut ignorer, les réactions de fixation du complément et les réactions de floculation.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES CAVERNES PULMONAIRES (2)

Le *pneumothorax* localisé reste encore là le gros diagnostic.

Les meilleurs éléments pour le faire seront :

— La non-contraction à la toux.

— La conservation du contact pariétal sous toute incidence.

— L'étude de l'angle de raccordement de la cavité avec la paroi :

Obtus pour les cavernes,

Aigu pour le pneumothorax.

Enfin, il peut être très difficile de reconnaître une image en mie de pain d'un simple semis nodulaire.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

1. *Le diagnostic étiologique est parfois évident ou facile.*

C'est le cas d'un syndrome cavitaire survenant au cours d'une tuberculose connue.

C'est aussi ceux :

— Du kyste hydatique non suppuré où le syndrome survient après une vomique de liquide clair,

— De la gangrène pulmonaire classique décelée par sa fétidité bien caractéristique ;

— De l'abcès du poumon ayant donné lieu à une vomique massive ;

— De l'hépatisation grise de la pneumonie.

2. Mais il n'en est pas toujours ainsi et *le diagnostic doit souvent être discuté.*

Il faut alors distinguer deux cas, suivant que le syndrome cavitaire survient au cours d'une affection à allure chronique ou aiguë.

a) *Affection à allure chronique.*

A) C'est avant tout à la tuberculose que l'on pense et on doit rechercher par tous les moyens à en faire la preuve.

Très souvent, cette preuve sera facile à obtenir par la recherche des B. K. qui doit être systématique en présence de tout syndrome cavitaire.

Dans la *tuberculose ulcéro-caséeuse*, l'excavation était autrefois considérée comme terminale.

On décrivait ces malades avec un profond amaigrissement, une énorme asthénie, une fièvre hectique, une expectoration nummulaire fourmillant de bacilles. Dans ces cas, le diagnostic est facile, l'examen radiologique montre des images typiques.

On ne peut méconnaître la tuberculose, on pourrait toutefois exceptionnellement méconnaître une caverne masquée par les altérations pleurales ou pulmonaires et c'est ainsi qu'un pneumothorax a pu parfois être révélateur d'une caverne.

Quoi qu'il en soit, à ce stade, le pronostic est extrêmement sombre, l'ancienneté, la diffusion bilatérale des lésions entravent souvent tout traitement, le malade meurt de cachexie ou d'un accident brutal de dissémination, de perforation ou d'hémorragie.

Mais on sait aujourd'hui qu'il peut exister des cavernes d'apparition très précoce.

Le diagnostic pourra alors demander des examens de crachats répétés, des homogénéisations, des inoculations au cobaye.

Ces cavernes récentes donnent d'ailleurs des images souvent moins nettes, sans le cerclage fibreux des vieilles cavernes, mais le diagnostic est d'autant plus important que la collapsothérapie pourra agir efficacement.

— Souvent en effet à la suite de l'institution de celui-ci, la fièvre tombe, l'expectoration diminue et se tarit et radiologiquement, l'excavation s'aplatit et disparaît.

Avant de cesser la collapsothérapie, il faudra toujours s'assurer que la guérison est complète, clinique et radiologique, et qu'elle est durable.

— Parfois cependant, l'évolution est moins favorable, la caverne semble irrétractile, encore faut-il s'assurer que cette irrétractilité n'est pas due à des adhérences que l'on pourrait sectionner.

— Enfin, il faut l'avouer, l'évolution reste parfois nettement défavorable, malgré la collapsothérapie. C'est le fait des formes graves, rapidement évolutives, la dissémination pas plus que la tendance à l'ulcération n'étant arrêtée par la collapsothérapie.

Dans certains cas d'ailleurs un processus cavitaire pourra être rencontré au cours d'une *tuberculose surtout fibreuse.*

Il s'agit de malades à l'aspect floride, à température normale.

Radiologiquement, il existe une caverne avec quelques lésions de sclérose.

C'est dans ces cas surtout qu'il faudra répéter les examens de crachats et les homogénéisations.

B. — Ce n'est que la tuberculose éliminée par ces examens répétés, que l'on pensera dans les cas difficiles à d'autres causes.

(*A suivre.*)

J. FERROIR.

(1) Un volume de 178 pages, avec 76 figures et 6 planches en couleurs. Prix : 38 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

(2) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1937, n° 68, p. 1078.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 71. — SAMEDI 4 SEPTEMBRE 1937. 110e ANNÉE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12** fr. **50.** — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Légion d'honneur. — A été promu au grade d'*officier* : M. le professeur Jean Sabrazès, de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Nous prions notre très éminent confrère, qui conserve avec une si haute conscience la grande valeur scientifique de la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, d'agréer l'expression de nos très sincères félicitations.

ÉDUCATION NATIONALE. — *Grand Croix*. — M. Charléty, membre de l'Institut, recteur de l'Académie de Paris.

Grand officier. — M. Jean Perrin, ancien président de l'Académie des Sciences.

Commandeur. — MM. les docteurs Georges Duhamel, membre de l'Académie française et de l'Académie de médecine ; Guillaume-Louis, directeur de l'Ecole de médecine de Tours.

Chevalier. — MM. les professeurs Yves Bourdes (de Marseille) ; Marchand (de Limoges) ; Baron (de Dijon) ; Gabriel Perrin, de Clermont-Ferrand.

Distinctions honorifiques. — *Médailles d'honneur de l'Assistance publique*. — Dans la liste que nous avons publiée le 21 août, nous avons relevé des omissions et des erreurs dont nous nous excusons auprès de nos lecteurs. Voici la liste rectifiée :

Médaille d'or : M. M. Bonnet (Romans).

Médaille d'argent : MM. Nandrot (Montargis), L. Guérin (Verdun), L. Nilus (Abreschwiller), M. Lemaire (Zuydcoote), L. Théry (Compiègne), R. Keller (Strasbourg), Ch. Pfersdorff (Strasbourg), L. Lesage (Paris), G. Lorne (Sens), P. Maugis (Sens), P. Picquet (Sens), M. Potiron (Sens), J. Reynal (Tunis).

Médaille de bronze : MM. J. Roussel (Mézières), M. Fabre (Nîmes), M. Charbonnel (Bordeaux), H. Fischer (Bordeaux), J. Vire (Saint-Marcellin), F. Halgand (Savenay), O. Couffon (Angers), Ch. Brunet (Bar-le-Duc), L. Dupret (Lille), A. Poissonnier (Beauvais), M. Descombins (Montceau-les-Mines), F. Humbert (Strasbourg), E. Vaucher (Strasbourg), P. Chatelot (Villersexel), R. Fardet (Boulogne-Billancourt), Mlle A. Malartic (Paris), Mme Ch. Bousquet (Deuil), MM. Charvin (Saint-Etienne) et Allenbach (Strasbourg).

Guerre. — Le médecin général inspecteur Lafforgue et le médecin général Chrétien, disponibles, sont placés dans la 2e section (réserve) du corps de santé militaire.

Ministère de la Santé publique. — *Sanatoriums publics.* — Le docteur Rossignol a été nommé médecin adjoint des sanatoriums publics et affecté au sanatorium départemental de la Savoie, à Hauteville (Ain).

Mlle le docteur Tarrade a été nommée médecin adjoint des sanatoriums publics et affectée au sanatorium interdépartemental du Cluzeau (Haute-Vienne).

Ministère du Travail. — Le *Journal officiel* du 28 août publie un avis relatif à la consultation des organisations patronales et ouvrières en vue de la révision éventuelle des dispositions du décret du 22 mars 1937 déterminant les

modalités d'application de la loi du 21 juin 1936 sur la semaine de quarante heures dans les hôpitaux, hospices, cliniques, dispensaires, maisons de santé, asiles d'aliénés et tous établissements hospitaliers.

Les Assises du Souvenir à la mémoire de Jean Charcot. — L'« Assemblée française de Médecine », que préside le professeur Carnot, commémorera l'anniversaire de la mort de Charcot et de ses compagnons du *Pourquoi pas ?* le 12 septembre, à Saint-Malo-Saint-Servan.

Le programme de cette manifestations comporte : à 9 heures, messe anniversaire à l'église de Saint-Servan, avec allocution de Mgr Mignen ; à 10 heures, à l'hôtel de ville de Saint-Servan, réception par la Municipalité par M. Guy La Chambre, député-maire ; à 11 heures, à l'hôtel de ville de Saint-Malo, réception par la Municipalité par M. Gasnier-Duparc, sénateur-maire, suivie des *Assises du Souvenir* pour célébrer en Jean Charcot l'homme, le savant, le médecin, le marin.

A 12 h. 30, déjeuner à l'hôtel Univers, puis ensuite visite à Dinard de l'Exposition Charcot et du Musée de la mer.

Réductions de 50 p. 100 sur les chemins de fer pour billets de week-end pour Saint-Malo. Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Billant, délégué de l'Assemblée, 2, rue de Dinan, à Saint-Malo (Ille-et-Vilaine).

L'Alliance Française à Vichy. — Un centre intellectuel vient d'être créé à Vichy, par le Comité de l'Alliance française. Ce centre est installé 11, rue du Parc, au-dessus du Syndicat d'initiative. Les baigneurs y trouveront une salle de réunion où seront données des conférences, une salle de lecture et une bibliothèque. Les étrangers pourront ainsi se perfectionner dans l'usage de la langue française et apprendre à mieux connaître le vrai visage de la France.

XLVIe Congrès Français de Chirurgie. — Le XLVIe Congrès Français de Chirurgie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du lundi 4 au samedi 9 octobre 1937, sous la présidence du professeur Grégoire.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

Les accidents immédiats et tardifs des embolies artérielles des membres (physiologie pathologique et traitement). — Rapporteurs : MM. Fiolle (Marseille) et Funck-Brentano (Paris).

Physiologie pathologique et traitement des brûlures cutanées récentes. — Rapporteurs : MM. Pierre Duval (Paris) et Mourgue-Molines (Montpellier).

Les indications relatives à l'intervention sanglante et au traitement orthopédique des fractures fermées des deux os de la jambe et résultats. — Rapporteurs : MM. Danis (Bruxelles), Merle d'Aubigné (Paris) et Creyssel (Lyon).

Films. — Le jeudi après-midi aura lieu une séance de démonstration par films dans le grand amphithéâtre de la Faculté. (Les appareils à la disposition de MM. les congressistes sont du diamètre de 35 et de 16 mm. Ces films doivent être inédits et inscrits au programme dans les mêmes conditions que les communications.)

Séances opératoires. — Les membres du Congrès qui désireront assister aux séances opératoires dans les hôpitaux voudront bien désigner le nom du ou des chefs de service chez qui ils voudraient se rendre.

Les titres des communications doivent être envoyés à M. A. Vuilliod, secrétaire administratif de l'Association Française de Chirurgie, 12, rue de Seine, à Paris (6e).

CORRESPONDANCE

Les Romarins, Saint-Raphaël (Var), 23 août 1937.

Monsieur le Rédacteur en chef et bien cher Confrère,

Je reçois à l'instant le numéro du 14-18 août de la *Gazette des Hôpitaux*, et j'y lis avec grand plaisir l'article fort intéressant du docteur G. Vaja sur la Primo-Infection tuberculeuse de l'Adulte. Je partage la plupart des vues qui y sont exprimées. Mais l'auteur ne m'en voudra certainement pas si je relève une erreur qui s'est glissée dans son texte. Il écrit (page 1041, 1re colonne, 3e alinéa) : « Rist et Morax ont rapporté des cas de primo-infection tuberculeuse manifestée par une conjonctivite phlycténulaire. » Cela signifierait que nous avons, mon regretté ami Morax et moi, envisagé la conjonctivite phlycténulaire comme une manifestation de la primo-infection, tuberculose pulmonaire occulte, au même titre que l'érythème noueux ou que certaines pleurésies séro-fibrineuses. Or nous avons, dans une communication à l'Académie de médecine et dans un mémoire publié dans les *Annales de l'Institut Pasteur* en 1935 (je suis en vacances, loin de ma bibliothèque, et ne puis vous donner la référence exacte), publié tout autre chose. Il s'agissait non pas de conjonctivites phlycténulaires, mais de chancres tuberculeux de primo-infection siégeant sur la conjonctive. Nous avons rapporté sept observations suivies pendant de longues années et étudié l'évolution clinique et les caractéristiques bactériologiques et histologiques de cette voie d'introduction exceptionnelle de l'infection tuberculeuse chez l'homme.

Que la kératite phlycténulaire, lésion toute différente, soit de nature tuberculeuse, qu'elle soit due à une migration de bacilles provenant, par voie sanguine, d'un foyer primitif intrapulmonaire de primo-inoculation récente et qu'elle soit assimilable aux tuberculides cutanées ou intradermiques, non seulement je ne le nie pas, mais je suis — et depuis fort longtemps — très porté à le croire. Mais dans notre travail nous n'avons pas fait allusion à cela. Je crois utile de rétablir la vérité, même au risque de paraître un peu pointilleux, et je vous prie de croire à l'expression de mes sentiments tout dévoués.

E. RIST.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de notre vénéré collègue M. Cerné, ancien interne des hôpitaux de Paris (1877), ancien maire de Rouen, professeur honoraire de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Rouen, décédé à l'âge de 81 ans.

REVUE GENERALE

LA CONCENTRATION EN IONS HYDROGÈNE, la CONCEPTION du PH, la RÉSERVE ALCALINE : leurs applications cliniques Les DIFFÉRENTES MODALITÉS de DÉSÉQUILIBRE ACIDO-BASIQUE du SANG (1)

Exposé de la question à l'usage du clinicien

Par M. Jean ALBERT-WEIL,
Médecin des hôpitaux de Béziers,
ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Strasbourg,
ancien interne lauréat des hôpitaux de Strasbourg.

Acides forts et acides faibles. — Si on détermine par la méthode des indicateurs colorés le pH de différentes solutions aqueuses d'acides divers, présentant la même acidité de titration (21) on constate que leur acidité ionique n'est nullement égale. Par exemple, si dans 10 cc. de solution aqueuse de HCl à la concentration moléculaire $\frac{N}{10}$ (c'est-à-dire N molécules-gramme pour 10), et dans 10 cc. de solution de CH^3COOH à la même concentration moléculaire $\frac{N}{10}$, on verse 10 gouttes d'une solution aqueuse à 0,4 pour 100 de bleu de Thymol, on constate pour la solution HCl l'apparition d'une coloration rouge correspondant à un pH=1,08 et pour la solution CH^3COOH l'apparition d'une coloration jaune correspondant à un pH=2,87. L'acide acétique présente donc une acidité ionique bien inférieure à celle de l'acide chlorhydrique. *A une même concentration moléculaire*, en solution aqueuse, le nombre de molécules dissociées est beaucoup plus considérable pour l'HCl que pour le CH^3COOH.

HCl est un acide *fort*.

CH^3COOH est un acide *faible*.

Les acides forts sont donc ceux qui, en solution aqueuse, pour une concentration moléculaire donnée, à une température donnée, ont le plus grand nombre de molécules dissociées, en d'autres termes dont *la constante de dissociation est la plus grande.*

Par exemple HCl est un acide fort, parce que suivant la formule de la loi d'action de masse

$$\frac{c^{H} \times c^{Cl}}{c^{HCl}} = K,$$

constante très élevée,

CO^3COOH est un acide faible, parce que

$$\frac{c^{CH^3COO} \times c^{H}}{c^{CH^3COOH}} = K',$$

constante beaucoup plus faible.

L'acide carbonique peut être considéré comme un bi-acide, dont un seul atome H se sépare de la molécule par ionisation, la seconde fonction acide étant tellement faible qu'elle n'exerce aucune influence sur la réaction actuelle d'une solution d'acide carbonique.

On peut admettre que CO^3H^2 se dissocie en ions CO^3H^- et H^+.

L'acide carbonique est un acide très faible parce que

$$\frac{c^{CO^3H} \times c^{H}}{c^{CO^3H^2}} = K'',$$

constante très peu élevée.

La notion d'acides forts et d'acides faibles va nous permettre d'arriver à la conception des *tampons*. Nous avons dit plus haut que les milieux organiques présentaient un pH presque invariable, et que la moindre variation de l'acidité ionique pouvait entraîner des conséquences pathologiques graves. Il existe dans les milieux organiques un ensemble de constituants, *qui protège ces milieux contre les changements brusques d'acidité ou d'alcalinité.* Ces constituants forment ce qu'on appelle des SYSTÈMES TAMPONS.

LES TAMPONS ET LES MÉCANISMES DE LA RÉGULATION DE LA TENEUR EN IONS H DU MILIEU SANGUIN. — Une solution contenant un acide faible, en présence d'un de ses sels à base forte (c'est-à-dire fortement dissocié) est une solution *tampon*. On sait aujourd'hui que les tampons sont représentés dans le plasma

1° Surtout par le système formé par *l'acide carbonique*, acide faible, et ses sels de soude, en l'espèce principalement le bicarbonate de soude ;

2° A un moindre degré par les albumines, formant le système protéines-protéinates ;

3° A un moindre degré encore, par les phosphates, qui forment un système Tampon, dans lequel le rôle d'acide faible est joué par le phosphate acide monosodique, et le rôle de sel à base forte par le phosphate disodique.

Aux actions régulatrices de la teneur en ions H du plasma sanguin exercées par ces différents systèmes, vient s'ajouter l'action régulatrice des globules rouges, qui s'établit *grâce aux échanges osmotiques existant entre le plasma et les globules.*

Dans ces globules eux-mêmes, la régulation de la teneur en ions H est assurée d'une part par les systèmes précités, mais l'action tampon prétéinique est considérablement renforcée par celle exercée par l'Hémoglobine, qui appartient au groupe des chromoprotéides, et ses composés.

L'Hémoglobine et ses composés constituent des systèmes tampons très importants, à savoir ceux formés par l'Hémoglobine et les Hémoglobinates, et par l'Oxyhémoglobine et les Oxyhémoglobinates.

Les mécanismes physico-chimiques dus aux actions tampons ne sont pas les seuls facteurs de la régulation de la teneur en ions H du plasma sanguin. Il existe en outre des mécanismes physiologiques extrêmement

---

(1) Suite. — Voir *Gaz. des Hôp.*, 1937, n° 69, p. 1085.

(21) C'est-à-dire neutralisés par la même quantité de base. On sait qu'on appelle *concentration moléculaire (à distinguer de la concentration en molécules entières)* la concentration en molécules-grammes d'une solution aqueuse d'un électrolyte, qu'elles soient entières ou dissociées :

Deux solutions, l'une de CO^3COOH, l'autre de HCl à la même *concentration moléculaire* $\frac{\text{N molécules-gramme}}{100}$ c'est-à-dire présentant la même acidité de titration, nécessitent la même quantité de soude pour être neutralisées.

importants fournis surtout par la fonction pulmonaire et la fonction rénale.

1° *Les tampons du plasma.*

Pour bien faire comprendre le mécanisme de l'action tampon, nous étudierons d'abord le système tampon le plus important du plasma, c'est-à-dire celui constitué par l'acide carbonique et le bicarbonate de soude. Le bicarbonate de soude (22) CO^3HNa est facilement dissociable. L'acide carbonique CO^3H^2, acide très faible, l'est très peu. Soit une solution aqueuse contenant une certaine quantité de bicarbonate de soude, et une quantité moindre d'acide carbonique. Un grand nombre de molécules CO^3HNa sont dissociées en ions C^3OH et Na, la constante de dissociation du bicarbonate étant relativement élevée.

Supposons que nous versions dans cette solution quelques gouttes d'une solution aqueuse d'un acide fort, HCl par exemple :

Les anions Cl^- vont faire équilibre aux cations Na^+ pour donner NaCl et les cations H^+ vont prendre la place du Sodium du bicarbonate pour former de l'acide carbonique *peu dissocié*. Sa formule de dissociation est, on le sait,

$$\frac{c^{CO^3H} \times c^H}{c^{CO^3H^2}} = K'',$$

constante très peu élevée.

L'acidité ionique augmentera donc, mais à un très faible degré ; *à un acide fort, on aura substitué un acide faible.*

En schématisant les réactions on aura :



$$HCl + CO^3HNa = CO^3H^2 + NaCl. \qquad (V)$$

Il faut noter qu'au fur et à mesure que la réaction s'opère, la quantité de CO^3Hna contenue dans la solution diminue, tandis que CO^3H^2 augmente. Si on continue à ajouter de l'acide chlorhydrique dans la solution, il arrivera un moment où il ne restera plus de CO^3Hna dans la solution. L'action tampon cessera ; l'acidité ionique augmentera alors brusquement dans des proportions considérables.

Si au contraire, on verse dans la solution tampon une base forte, de la soude, par exemple, NaOH, le cation Na prendra la place d'un cation H de CO^3H^2 pour former CO^3Hna. L'ion H libéré ira s'unir à l'ion OH de la soude pour former de l'eau, H.OH, qui est, on le sait, extrêmement peu dissociée. On aura



$$CO^3H^2 + NaOH = CO^3HNa + HOH. \qquad (VI)$$

La concentration en ions OH aura donc pratiquement peu augmenté. Cependant le nombre de molécules dissociées d'acide carbonique diminuera dans la solution. Pour que la loi d'action de masse soit satisfaite selon la formule $\frac{c^{CO^3H} \times c^H}{c^{CO^3H^2}} = K''$, il faudra que de nouvelles molécules CO^3H^2 se dissocient. Ainsi l'augmentation en ions OH sera compensée en partie ; l'acidité ionique diminuera très peu.

Si on continue à ajouter de la soude dans la solution, il arrivera un moment où il n'y aura plus d'acide carbonique. L'action tampon alors cessera. Tirons de tous ces faits leur conclusion biologique :

Quand dans le sang pénètre un déchet acide du métabolisme, il se produit un excès de CO^3H^2 (Formule schématique V). Mais l'acide carbonique est un acide faible. Le bicarbonate et l'acide carbonique dissous dans le sang constituent un *système tampon.*

D'autre part, le plasma ne contient pas seulement en solution de l'acide carbonique, CO^3H^2, mais encore, et *surtout*, de l'anhydride carbonique, CO^2. Mais les proportions d'anhydride carbonique CO^2 et d'acide carbonique libre CO^3H^2 sont toujours dans le plasma dans un rapport constant :

$$\frac{c^{CO^2}}{c^{CO^3H^2}} = K_1.$$

Si par suite d'une acidose, il se forme du CO^3H^2 en excès dans le sang, ce CO^3H^2 se transformera en grande partie en CO^2, de telle sorte que la formule

$$\frac{c^{CO^2}}{c^{CO^3H^2}} = K_1$$

soit respectée.

Nous verrons plus loin que le CO^2 en excès est éliminé par le poumon. Mais l'élimination du CO^2 par le poumon ne fait pas varier la constante K_1, puisque les 2 facteurs $_cCO^2$ et $_cCO^3H^2$ diminuent.

De même si, du fait d'une alcalose, une partie du CO^3H^2 se transforme en bicarbonate, une partie du CO^2 du sang se recombinera à l'eau, de manière que K_1 demeure constant.

On peut donc exprimer *la totalité* de l'anhydride et de l'acide carbonique contenus dans le plasma sanguin, sous forme de CO^3H^2, ce qui exclut le facteur CO^2. Si donc nous désignons par $_cCO^3H^2$ la concentration du plasma en molécules CO^2 et en molécules CO^3H^2 (que ces dernières soient dissociées ou non), par $_cCO^3BH$ la concentration du plasma en molécules de bicarbonate (qu'elles soient dissociées ou non), B désignant un métal alcalin monovalent, on aura la relation suivante :

$$\text{Concentration en ions H} = K_2 \times \frac{c^{CO^3H^2}}{c^{CO^3BH}}$$

(Formule d'Henderson),

K_2 représentant une constante se rapprochant sensiblement de la constante de dissociation de l'acide carbonique. Sa valeur a pu être déterminée expérimentalement.

Traduite dans une formule logarithmique, l'équation précédente donnera directement le pH (23)

$$pH = \log \frac{1}{K_2} + \log \frac{CO^3BH}{CO^3H^2}$$

(Formule de Hasselbach).

(22) Le bicarbonate de soude CO^3HNa est un sel acide, mais son acidité est théorique. En solution aqueuse, il ne libère pratiquement aucun ion H. On peut donc considérer que sa formule de dissociation est la suivante :

$$\frac{c^{CO^3H} \times c^{Na}}{c^{CO^3HNa}} = K.$$

L'acidité du bicarbonate de soude ne joue donc aucun rôle dans ses réactions. Le bicarbonate de soude étant un sel à base forte, sa constante de dissociation est relativement élevée.

(23) Rappelons que le pH est le logarithme de l'inverse du nombre exprimant la concentration en ions H. C'est ce qui explique que la formule de Hasselbach soit inversée. Rappelons d'autre part que pour multiplier des puissances entre elles, on additionne leurs exposants. Le logarithme étant l'exposant d'une puissance de 10, on a donc remplacé dans la formule de Hasselbach le signe × par le signe +.

Le logarithme de $\frac{1}{K_2}$ est normalement égal à 6,1. La formule de Hasselbach peut donc s'écrire aussi :

$$pH = 6{,}1 + \log \frac{CO^3BH}{CO^3H^2}.$$

On voit que *la concentration en ions* H du sang dépend essentiellement de la relation

$$\frac{\text{Acide carbonique libre du sang}}{\text{Acide carbonique combiné du sang}}$$

(c'est-à-dire les bicarbonates).

Chaque fois que la valeur de ce rapport augmente, il y a *acidose*. Chaque fois qu'elle diminue, il y a *alcalose* (24).

Au système tampon formé par l'acide carbonique et les bicarbonates, s'ajoutent dans le plasma le système protéines-protéinates, et celui constitué par les phosphates.

Le système tampon protéines-protéinates exerce une action analogue à celle du système acide carbonique-bicarbonates, les acides protéiques étant des acides très faibles, les protéinates étant leurs sels à base relativement forte, mais leur action est bien moins efficace. Le plasma contient en effet relativement peu de protéines (8 %). D'autre part, les protéines sont décomposées presque totalement dans le sang par le CO^3H^2, qui se charge de leurs cations Na et Ca, lorsqu'il est à son taux normal dans le plasma. L'action tampon du système ne peut donc s'exercer, lorsque la concentration en ions H du plasma sanguin augmente, puisqu'il ne reste plus de protéinates disponibles. Ce n'est que lorsque la concentration en acide carbonique libre s'abaisse anormalement que les protéines peuvent décomposer partiellement les bicarbonates, suivant la réaction :



$$CO^3BH + \text{Protéines} = CO^3H^2 + \text{Protéinates}. \quad \text{(VII)}$$

L'action tampon des phosphates est encore moins marquée. Le plasma en contient en effet une si faible quantité, que leur pouvoir tampon ne peut y exercer qu'une action négligeable.

Il n'en est pas de même à l'intérieur des globules rouges, où les phosphates se trouvent en plus grande quantité.

Le phosphate disodique, PO^4Na^2H, joue le rôle de sel alcalin d'un acide faible, constitué ici par le sel acide, phosphate monosodique PO^4NaH^2. Il s'agit d'une action tampon complexe, dans le mécanisme de laquelle nous ne pouvons entrer ici. Il faut simplement savoir, que si on ajoute un acide fort à une solution aqueuse contenant un tel système, on aboutit non seulement à la formation d'acides faibles, mais encore, par un processus assez compliqué, à la mise en liberté d'un certain nombre d'ions OH, aptes à neutraliser les ions H apportés par l'acide fort.

2° *Les tampons des globules rouges* (25).

Les trois systèmes que nous venons d'étudier existent également, nous l'avons dit, dans les globules rouges, où leur action est semblable. Mais l'importance respective de ces systèmes n'y est pas la même : « Les « tampons phosphatiques, plus abondants, y jouent « un plus grand rôle. Le CO^3H^2, et les bicarbonates, « moins abondants que dans le plasma, interviennent également pour leur part, surtout dans les hématies du sang veineux. Mais l'action régulatrice la « plus importante revient surtout à l'Hémoglobine « qui par sa présence renforce considérablement l'action des protéines globulaires.

« L'action tampon exercée par l'Hémoglobine a « pour but principal de réduire au minimum les variations du pH sanguin, que pourrait déterminer « l'apport de CO^2, c'est-à-dire par conséquent de « CO^3H^2, au niveau des tissus, et sa volatilisation au « niveau des alvéoles pulmonaires, variations qui seraient notables, malgré les actions tampon du plasma, *si l'action de l'Hémoglobine ne s'exerçait pas.* « C'est dire l'importance de l'Hémoglobine dans la « régulation de l'équilibre Acide-base.

« L'Hémoglobine dont on connaît le rôle prépondérant dans le transport de l'oxygène remplit une « fonction analogue vis-à-vis de l'acide carbonique. « La teneur du sang en oxygène est étroitement liée « à sa tension en CO^2. Plus l'hématie est riche en CO^2, « moins elle peut absorber d'oxygène. Au niveau de « l'alvéole pulmonaire, l'élimination de CO^2 permet à « l'Hémoglobine de fixer plus d'oxygène. Il se forme « de l'Oxyhémoglobine. Inversement au niveau des « tissus, l'invasion de CO^2 dans le sang contribue à « chasser du globule l'oxygène de l'Oxyhémoglobine. « L'acide carbonique, l'Hémoglobine et l'Oxyhémoglobine existent principalement à l'état de sels (bicarbonates, hémoglobinates, oxyhémoglobinates) à « l'intérieur du globule. De même que les protéines « plasmatiques, l'Hémoglobine et son dérivé oxygéné se comportent en effet comme des acides dans « un milieu alcalin tel que le sang. Mais ces deux substances ne présentent pas la même acidité ; l'Oxyhémoglobine est un acide relativement plus fort, « c'est-à-dire plus dissocié que l'Hémoglobine. Lorsque la teneur en acide s'élève dans le sang des capillaires, la concentration en ions H augmente dans « le plasma et dans les hématies. Il s'ensuit tout d'abord, que les Oxyhémoglobinates cèdent presque « tous leurs cathions (26) à l'acide carbonique. Il se « forme des bicarbonates et de l'Oxyhémoglobine.

« Puis l'acide carbonique continuant à diffuser dans « les globules, l'Oxyhémoglobine mise en liberté est « à son tour décomposée : elle passe à l'état d'Hémoglobine réduite.

« Si l'acidité du milieu tend par conséquent à croître, sous la poussée du CO^2, elle tend simultanément « à décroître par suite de la transformation d'un acide « relativement fort (*Oxyhémoglobine*) en un acide « plus faible (*Hémoglobine*). Ces deux variations de « sens opposé s'équilibrant à peu près, la réaction « n'est en somme modifiée que très légèrement. Le « phénomène inverse a lieu dans le poumon. A ce moment, la tendance à l'alcalinité provoquée par le dé-

(24) Voir note 35.

(25) L'exposé du rôle régulateur de l'Hémoglobine est emprunté à la belle thèse de Welcker.

(26) Dans ce cas, ce sont surtout des cathions K. Le Potassium a dans les globules rouges sensiblement la même importance que le Sodium dans le plasma.

« faut de CO^2 est contre-balancée par une augmentation de cH, due à la conversion de l'Hémoglobine en « Oxyhémoglobine. »

Grâce à des échanges osmotiques, s'établissant entre le plasma et les globules rouges, il existe un état d'équilibre entre la concentration en ions H à l'intérieur des globules et la cH dans le plasma. Du fait de ces échanges, il se constitue donc encore un nouveau système de régulation de la cH dans le plasma et les globules, qui vient compléter l'action régulatrice des systèmes tampons globulaires et plasmatiques. Nous ne pouvons étudier ici dans leur détail le mécanisme de ces échanges osmotiques. Il faut simplement savoir, qu'en vertu des lois d'équilibre de membrane découvertes par Donnan (27), lorsque le sang vient à se charger en acide carbonique, les ions Cl provenant principalement de l'ionisation des chlorures passent du plasma dans les globules, tandis que les ions Na correspondants restent dans le plasma, où ils augmentent le taux des bicarbonates.

Un processus identique mais inverse se produit, lorsqu'il y a diminution du taux de l'acide carbonique dans le sang, par exemple au niveau des alvéoles pulmonaires, par suite de la ventilation pulmonaire.

Ainsi que Van Slyke et Cullen l'ont montré, le transfert du chlore dans les hématies intervient à raison de 70 % environ dans l'augmentation du pouvoir de fixation de CO^3H^2 sous forme de bicarbonates dans le plasma. L'Hémoglobine d'autre part fournirait à elle seule les trois quarts du pouvoir tampon total.

Mais la valeur de ces facteurs globulaires ne réduit nullement la valeur qu'il convient d'attribuer aux tampons du plasma. L'action neutralisatrice fournie par l'acide carbonique et les bicarbonates du plasma constitue en effet le mode de défense *le plus immédiat* que le sang puisse opposer aux variations de réaction. Ce n'est que par les modifications subies par ce système que les autres mécanismes tampons sont susceptibles d'entrer en jeu, et la mise en action de ceux-ci a pour effet direct la stabilisation du rapport

$$\frac{CO^3H^2}{CO^3BH}.$$

Les régulateurs physiologiques de la concentration en ions H des milieux sanguins. — Quelle que soit l'efficacité des mécanismes régulateurs que nous venons d'étudier, ceux-ci ne pourraient à eux seuls assurer la constance du pH sanguin. Leur action s'épuiserait rapidement, s'il n'existait encore des facteurs physiologiques de la régulation, dus à l'intervention des émonctoires : *le poumon qui élimine l'acide carbonique*, le rein qui possède la propriété de soutirer du sang des matériaux acides, notamment le phosphate acide de Sodium PO^4NaH^2. Pour certains auteurs, le foie jouerait aussi un rôle dans la régulation de la cH des milieux sanguins. Nous étudierons plus particulièrement ici les facteurs pulmonaire et rénal.

1° *Le facteur pulmonaire.*

Haldane, Priestley et Bancroft ont montré que la ventilation pulmonaire est réglée par la tension de l'acide carbonique dans le sang artériel pulmonaire, c'est-à-dire dans l'alvéole pulmonaire, ou plutôt que l'agent régulateur, *c'est la teneur en ions* H *du sang*, laquelle est surtout le fait de l'acide carbonique CO^3H^2. Le rôle régulateur du poumon dépend en somme directement des variations que peut subir le rapport

$$\frac{\text{acide carbonique}}{\text{bicarbonates}}.$$

Quand, par l'arrivée dans le sang d'acides fixes divers, acide lactique du muscle ou acides acétoniques, ou autres, la teneur en CO^3H^2 tend à devenir excessive, le taux des bicarbonates diminuant du fait de l'action tampon, le rapport $\frac{\text{acide carbonique}}{\text{bicarbonates}}$ augmente. L'augmentation de la cH du sang a pour effet d'exciter les centres respiratoires, qui augmentent la ventilation pulmonaire. Il y a ainsi élimination de l'acide carbonique en excès, la teneur en ions H diminue d'autant et le rapport $\frac{\text{acide carbonique}}{\text{bicarbonates}}$ tend à reprendre sa valeur normale.

S'il y a au contraire alcalose, du fait par exemple d'un excès de bicarbonate dans le sang, la ventilation pulmonaire diminue pour que l'équilibre soit maintenu.

La concentration en ions H du sang constitue *l'hormone respiratoire.*

2° *Le facteur rénal* (28).

Avec l'alimentation ordinaire, l'urine de 24 heures est toujours chez l'homme acide au Tournesol. Le rein soutire donc du sang des matériaux acides. Ces substances sont surtout des phosphates acides, de formule PO^4BH^2 (B représentant un métal alcalin), puis des urates acides de Sodium, de l'acide carbonique, etc...

Alors que dans le sang, d'après les déterminations de Henderson et Spiro, presque tous les phosphates sont à l'état de sels bimétalliques (et mono-acides), PO^4B^2H dans l'urine d'acidité moyenne, 94 pour cent des phosphates sont à l'état de sels monométalliques et biacides) PO^4BH^2. Grâce à la transformation au niveau du rein du phosphate disodique en phosphate acide monosodique, et son élimination sous ce dernier état dans l'urine, l'organisme a évité de perdre presque la moitié de l'alcali qui dans le sang était combiné à l'acide phosphorique. Le rein épargne donc ainsi la réserve des alcalis sanguins, dont le taux doit rester assez élevé dans le corps humain.

Le travail spécial par lequel le rein soutire au sang une urine acide constitue donc un mécanisme, qui diminue la perte quotidienne de bases alcalines imposée à l'organisme et qui coopère à la régulation de la teneur en ions H du sang.

L'élimination acide par l'émonctoire rénal est essentiellement variable et directement influencée par les variations du régime, des sécrétions digestives, du jeûne, etc...

Dans l'acidose qui n'est pas d'origine rénale, c'est-à-dire qui n'est pas due initialement à une diminution

(27) Nous renvoyons aux traités spéciaux pour l'étude de ces lois.

(28) Nous ne parlerons pas de la formation d'ammoniaque au niveau du rein, qui est encore controversée.

de la perméabilité du rein aux acides, l'acidose diabétique par exemple, l'élimination acide urinaire augmente en général, à moins, comme cela peut arriver, qu'il n'y ait atteinte rénale concomitante.

Dans l'acidose diabétique, il passe dans l'urine entre autres acides en excès, soutirés du sang, des acétoniques ; l'acidité urinaire peut être considérable.

Dans l'alcalose au contraire, du type que l'on appelle, nous le verrons plus loin, alcalose non gazeuse, cas où le taux des bases sanguines s'élève au-dessus de la normale, et par suite celui des bicarbonates, l'élimination acide par le rein diminue. Au contraire, l'élimination des bicarbonates qui, normalement, est faible, augmente considérablement. L'urine devient alcaline.

***

Résumons rapidement les notions qui se dégagent de ce qui précède : *La régulation de la concentration en ions H du milieu sanguin est assurée, d'une part, grâce aux mécanismes tampons plasmatiques et globulaires, mais aussi du fait des échanges osmotiques existant entre les globules et le plasma.*

Ces échanges sont caractérisés essentiellement par un transfert d'ions Cl du plasma dans les globules (29) *en cas d'acidose, et d'ions Cl des globules dans le plasma en cas d'alcalose, aboutissant dans le premier cas à la mise en liberté d'ions alcalins, qui demeurent alors disponibles pour neutraliser les acides, et donner des bicarbonates, et dans le second cas à la formation de chlorures alcalins, et par conséquent aussi d'acide carbonique aux dépens des bicarbonates. Les mécanismes biochimiques de la régulation de la teneur du sang en ions H sont complétés, nous l'avons vu, par des mécanismes physiologiques, jouant par l'intervention des émonctoires.*

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 AOUT 1937)

La participation relative des protides et des lipides à la couverture des dépenses énergétiques dans l'inanition. — M. Emile Terroine et Mme Simone Synephias.

Démonstration de l'action vaso-constrictive directe d'une substance nicotinique, la cystine. — M. Raymond Hamet.

(SÉANCE DU 23 AOUT 1937)

Nouvelles observations statistiques et mycologiques sur les teignes humaines au Maroc. — M. Maurice Langeron.

Sur l'action de l'hormone femelle sexuelle chez les reptiles. — Mme Vera Dantchakoff.

(29) Et d'après Léon Blum, également *dans les cellules des tissus.*

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 5 JUILLET 1937)

L'Académie reçoit le Royal College of Surgeons of England et, à cette occasion, M. Baumgartner prononce une allocution ; puis on entend un rapport de M. Pierre Duval sur l'**infarctus pulmonaire postopératoire,** et un second de M. Mondor sur l'**infarctus utérin post abortif.** (Voir *Gaz. Hôp.*, 1937, p. 905 et 906.)

Pathogénie de la pancréatite hémorragique. — MM. Brocq et Varangeot veulent surtout montrer la complexité du problème pathogénique des lésions décrites sous les dénominations de pancréatite hémorragique, d'infarctus du pancréas ou de nécrose aiguë du pancréas. Les auteurs s'attachent tout d'abord à bien préciser les lésions anatomiques qu'ils ont l'intention d'étudier ; ils montrent la lésion essentielle de nécrose accompagnée de stéatonécrose de façon inconstante, d'œdème et d'hémorragies. Ils montrent ensuite que ces phénomènes apparaissent sur un terrain spécial, que les altérations des voies biliaires sont très fréquentes, et que l'expérimentation ne peut en aucune façon nous apporter la clef du problème. Ils passent ensuite en revue les diverses théories successivement en honneur (théorie canaliculaire, vasculaire), et terminent en montrant l'intérêt des nouvelles thèses faisant appel à des phénomènes d'« anaphylaxie locale » à la suite de Grégoire. Ils résument l'expérimentation qu'ils ont faite dans ce sens et qui ne leur permet pas de trancher le problème. Enfin ils signalent la thèse récente de M. Reilly faisant appel à une modification brusque de la sensibilité cellulaire, peut-être sous l'influence du sympathique.

Les auteurs terminent cette belle mise au point par l'exposé du traitement de la maladie, sans préjuger de sa nature exacte.

Note sur la physiologie chirurgicale. — M. Binet montre le double but de la physiologie chirurgicale. Celle-ci doit d'abord reproduire sur l'animal tel ou tel syndrome, puis étudier l'animal porteur du syndrome artificiellement déterminé, pour en tirer des conclusions d'ordre thérapeutique.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 2 JUILLET 1937)

La recherche de l'urobiline dans les ictères. — MM. N. Fiessinger, Zuckerkandl et Varay. Dans les grands ictères pigmentaires, la présence de la bile, soit dans le sang, soit dans les urines, entrave la fluorescence de l'urobiline ; à l'aide d'une technique de précipitation par l'hydrate de Baryum, on peut retrouver une fluorescence nette impossible à constater directement. Toutes les méthodes qui utilisent pour sa recherche la fluorescence de l'urobiline sans son isolement préalable ne permettent pas de conclure à son absence.

Résultats éloignés de la splénectomie au cours des cirrhoses du foie. — MM. Bergeret et Caroli. Bien que la splénectomie soit surtout indiquée dans les formes hypertrophiques et cryptogénétiques des cirrhoses du foie, les auteurs rapportent un nouveau fait où l'étiologie éthylique est vraisemblable et où le foie était clouté et atrophié. Rate très volumineuse, hémorragies intestinales abondantes et répétées ayant fait pratiquer une gastroentérostomie et la ligature des artères du pédicule gastrique. Intervention en 1925. Reprise d'un très bon état général.

Vésicules opaques par bile noire. — MM. N. Fiessinger, Bergeret et Gajdos. Observations de vésicules biliaires opaques aux rayons X, ne contenant pas de calculs, l'opa-

cité étant déterminée par une bile noire riche en bilirubinate de chaux.

Cancer gastrique opéré à l'extrême début. — MM. Gutmann et Bertrand. Opération d'un cancer gastrique opéré à son extrême début, grâce à l'aspect radiologique spécial. C'est un épithélioma atypique avec aspect pseudo-glandulaire.

Cutis laxa avec dystrophies osseuses. — MM. Debré, Marie, Seringe. Enfant d'un mois et demi à téguments trop grands ayant un aspect fripé. Peau hyperextensible peu élastique. Genu valgum bilatéral et absence de suture des os du crâne.

Fissures osseuses symétriques simulant des fractures spontanées (syndrome de Volkmann) d'étiologie inconnue. Guérison sous l'influence d'un traitement calcique et vitaminé. — MM. Garcin, Legrand et Bernard. Observation et radios de la marche étaient en rapport avec des fissures osseuses successives d'un malade de 59 ans, chez qui les troubles symétriques des branches ilio — et ischio-pubiennes, et qui disparurent sous l'influence d'un traitement calcique et vitaminé, en même temps que disparaissaient les fissures anormales.

Complications hémorragiques de la mélitococcie. — MM. Olmer, Audier et Gascard. Observation deux mois après le début, d'une mélitococcie, d'un syndrome hémorragique caractérisé par un purpura généralisé, des épistaxis, des hématuries et une hémorragie intestinale. Guérison rapide après une seule injection de 50 cmc. de sang intraveineux : la mélitococcie a été définivement guérie après l'incident hémorragique.

Intoxication thérapeutique par le Dinitrocrésol. Cataracte suivie de glaucome. — MM. Gilbert Dreyfus et Onfray Malade obèse de 44 ans, soumise à une cure intensive de Dinitrocrésol ayant occasionné de l'hyperthermie, des sueurs, du mœlena, une perte de poids de 20 kilogr. et une cataracte bilatérale. Après suppression du toxique éclata un glaucome aigu. Après intervention, retour d'une vision satisfaisante, puis apparurent des symptômes d'insuffisance hépatique. A considérer le rôle du métabolisme hydrique dans la genèse des accidents oculaires.

Erythrose faciale. Considérations pathogéniques. — MM. Loeper, Perreau et Mme Drouet. Un cas d'érythrose faciale bilatérale. Discussion de la pathogénie des manifestations.

Sujet de 24 ans avec poussées de bronchite aiguë au cours d'une bronchorrée consécutive à une coqueluche. Existence de bronchectasies à la radio. Evolution par poussées successives. Mort par pneumo-pyothorax. A l'autopsie, transformation du tissu pulmonaire en un bloc fibreux où les alvéoles n'étaient guère reconnaissables. Nerfs pulmonaires très altérés. Peut être incriminée l'irritation directe des filets nerveux pulmonaires par les produits toxiques de la suppuration.

Ictère hémolytique aigu par carcinome secondaire de la moelle osseuse d'origine gastrique. — MM. Caroli et Lavergne. Dans cette observation, les auteurs insistent sur le caractère aigu, d'allure septicémique, que revêtaient souvent les carcinomes secondaires de la moelle des os. Il s'agit d'un malade ayant subi une gastrectomie pour cancer de l'antre pylorique. Un peu avant la mort, le malade présenta de la fièvre, de l'ictère avec anémie et diminution de la résistance globulaire. A l'autopsie, abondante diffusion de foyers microscopiques de cellules épithéliomateuses dans la moelle osseuse. Conjointement pullulation aiguë des éléments cancéreux dans les ganglions et les alvéoles pulmonaires.

(SÉANCE DU 9 JUILLET 1937)

Souffle continu de la veine cave supérieure. — M. Lian. Souffle continu à renforcement systolique, dont le foyer maximum siège dans les 2e et 3e espaces intercostaux droits à deux travers de doigt du bord droit du sternum. Il apparaît avec prédilection dans les aortites syphilitiques avec médiastinite ou anévrysmes comprimant la veine cave supérieure. L'auteur a accompagné cette communication par l'audition de disques gravés par l'appareil phono-stéthographe de Lian-Minot.

Un cas de porphyrinurie primitive avec accidents nerveux. — MM. Boulin, Garcin, Nepveux et Ortholan. Observation d'un cas de porphyrinurie aiguë spontanée à rechutes avec crises douloureuses lombaires et abdominales, spasmes intestinaux, urines rouge porto et pigmentation discrète des téguments. Après une crise survint un syndrome paralytique, intéressant le radial. Mort dans état paralytique et asthénique avec fonte musculaire rapide. A l'autopsie, infiltration du foie et de la rate par pigment ocre et par un pigment brun difficile à définir. Au niveau de la moelle, lésions de chromatolyse des cornes antérieures.

Deux cas familiaux de maladie de Friedreich avec maladie hémolytique chez les indigènes algériens. — MM. Lemaire, Dumolard et Portier (Alger). L'intérêt de ces cas réside dans le fait que cette affection s'accompagnait chez chacun de maladie hémolytique.

Splénectomie pour polyarthrite chronique progressive déformante d'allure infectieuse. — MM. Villaret, Bergeret, J. Besançon, Rubens-Duval. Cas de polyarthrite chronique progressive évoluant depuis six ans. Apparition d'une splénomégalie accompagnant une poussée ganglionnaire à splénectomie. Amélioration immédiate. Dès l'ablation, disparition des arthralgies, récupération des mouvements articulaires. En même temps, atténuation du gonflement péri-articulaire, disparition de l'état fébrile, amélioration de l'état général. Réserves à faire sur le pronostic éloigné.

Un cas d'avitaminose par régime carencé avec syndrome de béribéri. - M. Lesné. Enfant de 6 ans atteint de diarrhée intense soumis à un régime carencé, composé de légumes cuits et d'aliments sucrés, dépourvus de vitamines. Amélioration rapide sous l'influence d'un régime équilibré additionné de vitamine B et de vitamine C. Il s'agit d'une forme minima de béribéri.

Intervention sur l'hypothalamus et chute de la tension artérielle. Injections subintrantes d'adrénaline. — M. Clovis Vincent. Observation d'un malade de 29 ans atteint de craniopharyngiome, qui après ablation de la tumeur, présenta un collapsus cardiaque qui guérit sous l'influence des injections intraveineuses subintrantes d'adrénaline à la dose de 1/32 de milligramme. Après l'opération, le malade grandit de 25 centimètres. A souligner la fréquence de la chute de la tension artérielle, lors des opérations sur la région hypothalamique. Grâce à l'injection intraveineuse répétée d'heure en heure jusqu'à stabilisation de la tension, on a pu guérir bien des malades présentant ce syndrome de collapsus circulatoire, alors que les injections répétées de sang n'arrivaient pas à faire remonter la tension.

Souffle veineux continu de l'espace inter-scapulo-vertébral droit. — M. Lian. L'auteur décrit ce souffle à foyer maximum dans l'espace inter-scapulo-vertébral droit. Dans un cas, il existe une masse arrondie de 4 cm. de diamètre située près de la partie postérieure du poumon droit à la hauteur du hile. Dans le 2e, on voit sur les radios une petite tache (ganglion) située à la hauteur de la naissance de la bronche droite.

Evolution d'une cirrhose hypertrophique splénectomisée. Epreuves fonctionnelles. — MM. Fiessinger et Gaultier.

Observation d'une cirrhose aplasique avec hématémèse sans ictère avec hypersplénomégalie. La splénectomie faite par Desplas fut suivie d'une amélioration clinique progressive. Le gros foie a conservé sa dureté. Les épreuves fonctionnelles s'améliorent lentement. En somme, il semble et apparaît qu'une grosse rate peut entretenir l'évolution de lésions parenchymateuses du foie.

CONGRÈS

QUATRIÈME CONGRÈS DE PSYCHOTHÉRAPIE ET DE PSYCHOLOGIE COMPARÉE

Ce Congrès s'est ouvert le 16 juillet, sous la présidence du professeur Pierre Janet, assisté de MM. le docteur Bérillon, Président du Congrès ; le docteur Marcel Viard, Secrétaire général ; le professeur Marañon, de Madrid ; le docteur Legrain, médecin honoraire des Asiles de la Seine ; le docteur Ch. Sampson, de Londres ; le docteur Popesco, de Sibiu, Roumanie ; le professeur Franquet, de Reims.

La séance inaugurale fut consacrée aux communications sur l'hypnotisme. On entendit les communications suivantes : docteur Bérillon : Les précurseurs illustres de la physiothérapie ; l'hypnotisme expérimental et thérapeutique, avec les projections originales ayant servi à l'enseignement de Charcot, Dumontpallier, Charles Richet, Luys, Liébeault de Nancy.

Docteur Ch. Sampson, de Londres : Le rôle de l'hypnotisme et de la somnose dans la psychothérapie.

Le professeur R. Franquet, de Reims : Les névroses qui ne guérissent que par l'hypnotisme.

Docteur Georges Préda (de Sibiu) : La pratique de la psychothérapie et de l'hypnotisme en Roumanie.

Docteur Vét. Lepinay : L'hypnotisme chez les animaux, avec projections.

Professeur Pierre Janet : L'importance de l'hypnotisme dans les éducations psychologiques. M. Pierre Janet démontra avec éloquence qu'il fallait s'attendre à ce que d'une façon périodique le problème de l'hypnotisme et de l'utilisation thérapeutique de l'automatisme psychologique réapparaisse sous des noms différents. En réalité, il s'agit des mêmes faits présentés sous des noms nouveaux et interprétés d'une façon différente. L'hypnotisme demeure l'élément essentiel de ce gouvernement des esprits.

Dans les séances suivantes eurent lieu les communications du docteur Courtois : L'euphronie, sa culture dans la psychothérapie ;

Docteur Popesco : La psychologie analytique ;

Docteur Sténesco : Les applications cliniques de la psychothérapie à l'hôpital de Sibu ;

Docteur René Fauvel : Les applications cliniques de l'autosuggestion (avec présentation de disques phonographiques) ;

Docteur Pierre Ménard : La thérapeutique des passions par les exercices graphiques (avec projections) ;

Docteur Marcel Viard : Les principes et les applications de la psychologie suggestive, avec démonstrations ;

Docteur Bertreux : Rôle adjuvant de la psychothérapie dans les interventions chirurgicales ;

Mme Paule Paget : La psychologie de la femme musulmane en Tunisie ;

Docteur Derecq : Rapport de la psychothérapie avec l'endocrinologie ;

Le professeur Marañon : L'influence de la psychothérapie dans les applications endocriniennes ;

Docteur Victor Preda : L'eugénique dans ses rapports avec la psychothérapie ;

Docteur Bérillon : La cryptognose : science de l'exploration des intentions dissimulées ;

Docteur Bonnet-Lemaire : Le comportement des malades devant les médications.

A la suite des communications inscrites :

Docteur Martinie-Dubousquet : Les rapports de la morphologie et de la psychothérapie ;

M. Carlos Delmau (de Pons, Porto-Rico) : L'accouchement sans douleur en état d'hypnose ;

M. A. Guillaume : La psychothérapie chez les philosophes grecs ;

Docteur Tison : Les névropathies digestives ;

Docteur Félix Regnault : La psychologie et la psychothérapie collectives ;

Docteur Artault, de Vevey : La médecine politique et sociale ;

Docteur L. Dubar : Descartes, précurseur de la psychothérapie ;

Docteur Paul Farez : Les modalités de la psychothérapie ;

Mlle Lucie Bérillon : La préparation au bonheur par l'éducation scolaire ;

Etc., etc...

Le banquet officiel, présidé par le professeur Marañon, de Madrid, fut suivi d'agréables réceptions, parmi lesquelles il convient de mentionner un lunch offert par l'Ecole de Psychologie et la Société de Psychothérapie, avec un brillant concert dirigé par M. Bardout, de l'Opéra, une visite au Zoo, sous la direction du professeur Urbain, et une brillante garden party organisée par Mme la doctoresse Laraque dans les beaux jardins de l'ambassadeur de Fontenay, à Versailles.

CINQUIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DES HÔPITAUX

Ce Congrès international s'est tenu à Paris, du 5 au 11 juillet dernier, à l'Hôtel des Arts et Métiers, 9 *bis*, avenue d'Iéna (16e). Il a réuni 690 congressistes appartenant à 44 nations, sous le haut patronage de M. Albert Lebrun, Président de la République, de M. le Président du Conseil des ministres et des ministres de la Santé publique, des Affaires étrangères et de l'Education nationale.

La séance d'ouverture a été présidée par M. de Fontenay, membre et ancien président du Conseil municipal de Paris, président de la 5e Commission d'assistance du Conseil municipal. Il a été entouré de M. le docteur Cavaillon, conseiller technique, représentant du ministre de la Santé publique ; M. Ploye, médecin-chef de 1re classe, représentant du ministre de la Marine ; M. Justin Godart, ancien ministre de la Santé publique ; M. le docteur Louis Mourier, de l'Académie de médecine, ancien sous-secrétaire d'Etat, directeur général de l'Assistance publique à Paris ; M. Chenevier, secrétaire général de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, secrétaire général de la Commission d'organisation du Congrès ; de M. le docteur G. von Deschwanden, président de l'Association internationale des Hôpitaux ; M. Vidal-Naquet, président de la Fédération hospitalière de France, président de la Commission d'organisation du Congrès ; de M. le professeur Pulcher, remplaçant permanent de l'Association internationale ; M. le docteur Sand, conseiller technique au ministère de la Santé publique de Belgique ; M. Sarraz-Bournet, inspecteur général des services administratifs ; M. Sydney Lamb, de Liverpool, secrétaire général et trésorier de l'Association internationale des Hôpitaux ; M. le docteur Shondube, représentant le docteur Alter, de Buchschlag Hessen, président d'honneur de l'Association, et de MM. Albert, de Zlin, Harold Pink, de Londres, et Zeitler, de Berlin, membres du Comité exécutif de l'Association internationale.

M. le président Vidal-Naquet a souhaité la bienvenue aux congressistes ; le docteur von Deschwanden a présenté les remerciements de l'Association internationale des Hôpitaux ; M. le docteur Cavaillon a assuré le Congrès de l'at-

tention avec laquelle le ministre suivait ses débats, et M. de Fontenay, au nom de la Ville de Paris, a dit combien il était heureux de recevoir les éminents spécialistes des questions hospitalières rassemblés à Paris, et de leur montrer les améliorations apportées dans l'organisation hospitalière de notre capitale, sous l'énergique impulsion du directeur général : M. le docteur Mourier.

Le Congrès a entendu des rapports particulièrement intéressants, au nombre desquels il y a lieu de citer ceux de :

M. le professeur Roussy, sur « l'Hospitalisation, en France, des malades atteints du cancer » ;

M. le professeur Peichaud, sur « les Principes généraux de l'organisation et de la construction de l'hôpital en France » ;

M. Cros-Mayrevieille, sur « le Développement et l'état présent de l'hôpital en France » ;

M. Chenevier, sur « l'Infirmerie et l'infirmier en France » ;

M. le docteur Frey de Berne, M. MacEachern de Chicago, M. Zeitler de Berlin et M. Uklein de Prague, sur le thème : « Comment l'hôpital peut-il augmenter ses recettes et diminuer ses dépenses, sans inconvénient pour son action ? » ;

M. Sarraz-Bournet, sur « le Plan national de l'organisation des hôpitaux » ;

M. l'architecte Distel de Hambourg, sur « l'Economie nationale et régionale de la construction des hôpitaux » ;

M. le docteur Mouttet, de Berne, sur « la Modification des statuts de l'Association internationale des Hôpitaux » ;

M. le docteur Plank, de Nuremberg, sur « le Droit de l'hôpital à l'égard des documents établis pour le service des hospitalisés » ;

M. l'abbé Svoboda, de Vienne, sur « l'Hôpital, sa publicité, sa propagande et la presse ».

Le Congrès de Paris a marqué une date dans l'histoire hospitalière universelle, et il a permis à la France de montrer aux nombreux étrangers qui y ont participé, l'effort acompli et les réalisations obtenues dans le domaine hospitalier.

Le prochain Congrès international aura lieu en 1939, à Toronto (Canada).

REVUE DES THÈSES

Les anémies pernicieuses, par le docteur Bernard MOURAS.

Le docteur B. Mouras passe d'abord en revue les méthodes de Whipple et de Castle, en discute les avantages et les inconvénients, examine l'association et la combinaison des deux méthodes.

La combinaison de la méthode de Whipple et de Castle, réalisée par une technique scientifique nouvelle basée sur la réaction d'un facteur intrinsèque de la muqueuse gastrique de l'antre pylorique de porc sur un facteur extrinsèque convenablement choisi, a permis de préparer un extrait hydro-alcoolo-glycériné, judicieusement dosé, qui a été l'objet d'une étude physiologique sur des lapins anémiés par des injections intraveineuses d'acétate neutre de plomb et d'observations cliniques dans les services des professeurs Loeper, à l'hôpital Saint-Antoine à Paris ; Carrière, à l'hôpital Saint-Sauveur à Lille ; Mauriac, à l'hôpital Saint-André, et Cruchet, à l'hôpital-hospice des Enfants, à Bordeaux.

Ces observations cliniques, dans la thèse du docteur Mouras, sont présentées sur des graphiques où sont indiqués parallèlement, le nombre des globules rouges, le taux de l'hémoglobine et le poids des malades soumis au nouveau traitement.

L'examen de ces graphiques montre rapidement l'intérêt de la préparation dénommée Hémopylore.

Les commentaires et les conclusions de l'auteur mériteraient d'être cités in extenso si la place dont nous disposons nous le permettait. C'est avec regret que nous ne publions ci-dessous, en raccourci, que les conclusions :

1° L'Hémopylore est une combinaison effective des méthodes de Whipple et de Castle, scientifiquement réalisée par une technique spéciale qui permet de solubiliser le seul principe antianémique du foie de veau frais et de la muqueuse gastrique de porc de l'antre pylorique fraîche.

2° L'action de l'Hémopylore est constante, rapide, inégalée, sans jamais produire d'intolérance, ni d'hépato-résistance ;

3° Dans tous les cas où les médications hépatique ou gastrique ont échoué, l'Hémopylore a toujours donné satisfaction ;

4° Les doses d'Hémopylore à employer sont toujours inférieures à celles des autres produits antianémiques ;

5° La saveur de l'Hémopylore est agréable ; elle le fait accepter, désirer même, par tous les malades ;

6° Le taux de l'hémoglobine, le poids des malades traités par l'Hémopylore augmentent en même temps que le nombre des globules rouges (1).

LIVRES NOUVEAUX

Précis de Physiothérapie clinique, par le docteur Paul DUHEM, électro-radiologiste des Hôpitaux, chef du Service central de Physiothérapie de l'Hôtel-Dieu. — Préface de M. le professeur HARVIER, professeur de Thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, médecin des Hôpitaux (2).

Extrait de la Préface :

« ...La Physiothérapie n'est pas un pis aller, une méthode à laquelle on peut avoir recours après échec de toutes les autres. Elle a ses indications précises, voire même exclusives, tant symptomatiques qu'étiologiques. L'étendue de son domaine, très large déjà, s'accroît chaque jour. Malgré sa jeunesse, elle a déjà fait ses preuves et porte en elle de riches promesses d'avenir.

Le travail, auquel je suis heureux de souhaiter la bienvenue aujourd'hui, réunit en un vaste exposé, plein d'esprit critique et d'expérience personnelle, l'ensemble des méthodes physiothérapiques les mieux appropriées aux divers cas cliniques.

Ce n'est pas un manuel, sorte de répertoire objectif, c'est un véritable précis, où l'auteur décrit les méthodes qui lui sont familières, non seulement en électrologiste, mais en clinicien. Les affections nerveuses, qui ont fait l'objet de ses études préférées, les maladies de la nutrition, y sont particulièrement et très personnellement étudiées.

Enfin, ce « Précis de Physiothérapie Clinique » est une étude qui vient à son heure et répond à un besoin : aucune étude d'ensemble analogue à celle du docteur Duhem n'a été publiée jusqu'à ce jour. Elle sera indispensable à l'étudiant et précieuse au médecin. C'est, j'en suis sûr, l'objectif que s'est proposé l'auteur en l'écrivant : il y a pleinement réussi. »

P. HARVIER.

---

(1) L'Hémoplylore est préparé aux laboratoires du Gambéol, par J. Gautier, pharmacien de première classe.

(2) Un volume in-8° (25×16) de 604 pages, avec 165 fig. Relié : 130 fr. Librairie Gauthier-Villars, 55, quai des Grands-Augustins, Paris (6e).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour le Clinicat.* — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, pour les clinicats suivants :

Places mises au concours. Lundi 18 octobre 1937, à 9 heures : Clinicat chirurgical infantile et orthopédie : 1 avec indemnité, 1 sans indemnité. — Clinicat chirurgical et orthopédie de l'adulte : 1 sans indemnité.

Mercredi 20 octobre, à 9 heures : Clinicat obstétrical Tarnier : 1 avec indemnité, 2 sans indemnité. — Clinicat obstétrical Pitié : 1 avec indemnité, 1 sans indemnité.

Vendredi 22 octobre, 9 heures : Clinicat de la tuberculose : 1 avec indemnité, 3 sans indemnité. — Clinicat médical thérapeutique : 1 sans indemnité. — Clinicat médical propédeutique : 1 avec indemnité, 3 sans indemnité. — Clinicat cardiologique : 1 chef de clinique adjoint.

Conditions du Concours. — Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 14 à 16 heures, à partir du lundi 27 septembre 1937, jusqu'au vendredi 15 octobre 1937 inclus.

Sont admis à concourir : 1° Tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge. 2° Les docteurs de nationalité étrangère titulaires du doctorat d'une Université française, mention médecine, sont également admis à concourir, à condition toutefois que leurs candidatures soient transmises par leurs Légations respectives à la Faculté par l'intermédiaire de M. le ministre des Affaires étrangères et avec son assentiment. Ceux d'entre eux qui subissent avec succès les épreuves du concours sont nommés en surnombre. Ils ne peuvent recevoir d'indemnité. Il ne peut y avoir dans chacun des services de clinique plus d'un chef de clinique étranger en surnombre.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté de médecine.

— IMMATRICULATION, INSCRIPTIONS. — I. *Immatriculation.* — Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (Travaux pratiques, Laboratoires, Cliniques, Bibliothèques, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (Décret du 31 juillet 1897).

Immatriculation d'office. — L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Immatriculation sur demande. — Ne sont immatriculés que sur leur demande :

1° Les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires ; 2° les docteurs, les étudiants français ou étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté.

La dernière inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 210 francs.

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande sont effectuées au Secrétariat de la Faculté (guichets n°s 2 et 3), pour les étudiants réguliers, les jeudis et samedis, de midi à 15 heures, et au guichet n° 4 pour les docteurs et étudiants libres, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance, ni par un tiers.

Les cartes et les livrets individuels délivrés aux étudiants sont strictement personnels. Ces pièces ne peuvent être prêtées pour quelque motif que ce soit.

II. *Inscriptions.* — Première inscription. La première inscription doit être prise du 1er au 31 octobre, dernier délai, de 9 heures à midi.

En s'inscrivant l'étudiant doit produire :

I. Diplôme de bachelier de l'Enseignement secondaire français, ou diplôme d'Etat de docteur ès sciences, de docteur ès lettres ou de docteur en droit, ou titre d'agrégé de l'Enseignement secondaire (hommes, femmes) et certificat d'études P.C.B.

II. Acte de naissance sur timbre.

III. Consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 5 francs) doit indiquer le domicile du père ou du tuteur dont la signature devra être légalisée (la production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou de son tuteur).

IV. Un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au Secrétariat de la Faculté).

V. Extrait du casier judiciaire.

Il est tenu, en outre, de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

Inscriptions trimestrielles. Pendant l'année scolaire 1937-1938, les inscriptions trimestrielles seront délivrées dans l'ordre et aux dates ci-après, de 9 heures à 11 heures et de midi à 15 heures, au Secrétariat (guichets n°s 2 et 3). Les deux premières inscriptions de l'année seront prises cumulativement : 1er et 2e trimestres, du 8 au 23 octobre 1937 ; 3e trimestre, du 25 mars au 9 avril 1938 ; 4e trimestre, du 4 au 21 juillet 1938.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré.)

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur demande d'inscription un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne et d'externe pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

LORAGA

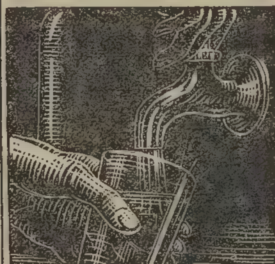
Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine



Goutte de Loraga dans laquelle on se rend compte de la ténuité et de la régularité des globules d'huile de paraffine, constituant une véritable émulsion très homogène.

Régulateur physiologique de l'intestin

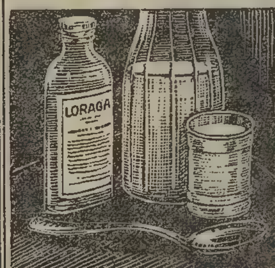
S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.



Pour les malades aimant absorber leur médicament dans de l'eau : une cuillerée à soupe de Loraga dans un verre, ajouter de l'eau et boire le tout.

INDICATIONS : Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

TOLÉRANCE PARFAITE - AUCUNE ACTION SECONDAIRE
PAS D'ACCOUTUMANCE NI DE SUINTEMENT HUILEUX



Pour les enfants qui répugnent, par principe, à prendre des médicaments : une ou deux cuillerées à café dans du lait.

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS

LABORATOIRES SUBSTANTIA

M. GUÉROULT, Pharmacien

13, Rue Pagès

SURESNES (Seine)



"Une émulsion doit couler aisément", dit le bon pharmacien. Le Loraga satisfait à cette exigence sous tous les climats.





N° 72. — MERCREDI 8 SEPTEMBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hospices civils du Havre. — Un concours, pour l'attribution de 6 places d'internes titulaires, aura lieu le vendredi 15 octobre 1937, à 9 heures, à l'hospice général, 55 *bis*, rue Gustave-Flaubert. (Ce nombre pourra être augmenté si besoin est.)

Pour être admis à ce concours, les candidats devront être pourvus au minimum de 16 inscriptions validées.

Ils devront faire parvenir, à la Direction des hospices, pour le 5 octobre, au plus tard, leur demande d'inscription, ainsi que les pièces exigées pour y prendre part.

Ces pièces seront soumises aux fins d'examen, avant le concours, à la Commission administrative qui statuera souverainement sur l'admissibilité des candidats.

Le règlement du concours est tenu à la disposition des intéressés, à la Direction des hospices du Havre, 55 *bis*, rue Gustave-Flaubert, où tous renseignements utiles pourront également être demandés.

L'état sanitaire à Shanghaï. — Plusieurs dépêches ayant annoncé l'apparition du choléra dans la concession française de Shanghaï, le docteur Rabaute, directeur des services sanitaires de la concession française, a fait la déclaration suivante à un représentant de l'agence Havas :

« Il est absolument faux de parler d'épidémie de choléra à Shanghaï. Nous avons enregistré cinq cas isolés, mais aucun cas mortel.

« Toutes les précautions ont été prises et trois mille vaccinations sont faites journellement, surtout parmi les réfugiés.

« Ces rumeurs proviennent du fait que ces cas de choléra sont les premiers à être signalés à Shanghaï depuis 1932. »

Il est certain que le surpeuplement actuel de la concession, depuis le début des hostilités, crée une situation critique. Dès le 14 août, nous écrit, en effet, un de nos lecteurs, la concession française a été envahie par une foule de réfugiés chinois qu'on évalue à 500.000. Au point de vue sanitaire, cet envahissement constitue évidemment une grave préoccupation, d'autant plus que le ravitaillement est difficile.

Ajoutons que les hôpitaux de la concession ont eu à recueillir, outre les innombrables blessés des 14, 15 et 16 août, les 400 malades de l'hôpital du Sacré-Cœur, tenu par les Sœurs Franciscaines. Cet hôpital a été complètement détruit.

Une nouvelle fondation en faveur des recherches médicales. — Un grand industriel suédois, M. Axel Wenner Gren, vient de consacrer une somme de plus de 100 millions de francs dont le rapport annuel, soit environ 7 millions de francs, sera destiné à encourager et financer les travaux scientifiques effectués dans le domaine de l'économie sociale des sciences naturelles et de la médecine.

Cette donation, a précisé M. Wenner Gren, devra récompenser et faciliter les travaux qui seront de nature à amener la paix entre les citoyens et la paix entre les peuples, à perfectionner l'économie des nations et, d'une façon

générale, à augmenter la prospérité et la santé de l'humanité.

Un Comité, composé de hautes notabilités suédoises, est chargé de la répartition annuelle de ces fonds.

(*Le Temps.*)

Le **IVe Congrès International de Pédiâtrie** aura lieu à Rome, les 27, 28, 29 et 30 septembre prochains.

Les sujets à l'ordre du jour sont : 1° Les maladies neuropsychiques chez les enfants, au point de vue clinique et social.

2° Métabolisme minéral et hydrique dans la première enfance, ses répercussions sur le problème de l'allaitement artificiel.

3° Le problème de la tuberculose chez l'enfant, au point de vue : *a*) des études modernes sur l'ultra-virus ; *b*) de la contagiosité provenant de l'enfant ; *c*) de la prophylaxie et de la thérapeutique.

D'après les règlements de l'Association Internationale de Pédiâtrie, peuvent être inscrits comme « membres ordinaires » les médecins appartenant à une association nationale de pédiâtrie, et comme « membres participants » les médecins n'appartenant pas à une société de pédiâtrie, présentés par leur Comité national.

La cotisation est de 200 lires par congressiste, 100 lires par personne de sa famille. Une cotisation supplémentaire facultative de 50 lires donne droit aux volumes des rapports des discussions.

L'inscription donne droit à une réduction de 40 p. 100 pour le voyage d'aller et retour sur les chemins de fer français pour toutes classes entre le 23 septembre et le 15 octobre ; une réduction de 70 p. 100 sur les chemins de fer italiens, de la frontière à Rome et vice-versa, et 50 p. 100 sur 4 billets en Italie.

Les congressistes se rendant à Rome en automobile peuvent obtenir des triptyques valables 10 jours, 1 ou 2 mois et bénéficient de réductions importantes sur l'essence à la condition de rester en Italie 8 ou 15 jours, et de prendre des bons d'hôtels.

Les services aériens italiens font également une réduction de 30 p. 100 et les bateaux 25 p. 100.

Les inscriptions doivent être faites avant le 31 août. Elles peuvent être faites en lires touristes au bureau de C.I.T. à Paris, 3, boulevard des Capucines, et dans les succursales de Dijon, Lyon, Marseille, Nice et Strasbourg, ou directement au trésorier italien par chèque ou mandat international.

On peut avoir des renseignements en s'adressant au Secrétaire-Trésorier : docteur A. Colarizi, Clinica Pediatrica, Policlinico, Roma ; au docteur Robert Clément, 205, faubourg Saint-Honoré, Paris (8e), ou au docteur Robert Pierret, Villa Ménival, Parc Fenestre, La Bourboule.

COURS ET CONFÉRENCES

Faculté de médecine de Paris. — CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS (Professeur NOBÉCOURT). — *Cours d'hygiène infantile, scolaire et d'éducation physique.* — Ce cours est donné sous la direction du professeur Nobécourt et du docteur Marcel Maillet, ancien chef de clinique. Il s'adresse aux personnes possédant déjà le diplôme d'État et désirant se spécialiser, aux institutrices et aux jeunes filles trop jeunes pour entrer dans les écoles préparant aux diplômes d'Etat. Ce cours de perfectionnement et de spécialisation ne donne *aucun des droits conférés par le diplôme d'Etat.*

Les *cours théoriques* ont lieu à la Clinique médicale des Enfants, à l'Hôpital des Enfants-Malades, les mercredis et vendredis, de 17 à 19 heures.

Les stages pratiques ont lieu le matin, à l'Hôpital des Enfants-Malades, et l'après-midi dans les Squares d'enfants et Œuvres de l'enfance.

Sont admises à s'inscrire : les jeunes filles et femmes françaises et étrangères de 17 ans au moins.

Un certificat peut être délivré à la fin du cours, après examen.

Pour les inscriptions, s'adresser à Mme Gamble, directrice, Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, Paris (15e), à partir du 1er octobre.

Faculté de médecine de Paris. — HISTOLOGIE. — 1° *Travaux pratiques supplémentaires.* — Des séries de travaux pratiques supplémentaires auront lieu au Laboratoire des Travaux pratiques, du 4 au 16 octobre. Les séances dureront tous les jours, de 13 h. 30 à 16 heures.

Les étudiants ancien régime pourront suivre les deux séries avec une seule inscription.

Le programme comportera une révision complète de l'Histologie :

1re année : Tissus et appareil respiratoire ;

2e année : Organes.

Ces travaux sont destinés en outre aux étudiants dont les travaux pratiques n'ont pu être validés par suite d'absences ou d'application insuffisante.

2° *Conférences complémentaires d'Histologie et d'Embryologie.* — En vue de la préparation à l'examen de la session d'octobre, des conférences théoriques de révision du programme auront lieu chaque jour, du 1er au 21 octobre, à 17 heures, salle Laguesse (escalier G, 2e étage).

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Le droit d'inscription est de : 150 fr. pour les travaux pratiques ; 50 fr. pour les conférences complémentaires.

Nécrologie. — On annonce de Chamonix la mort du docteur Pierre Terrin, de Fontenay-aux-Roses, victime d'un accident de montagne, à l'Aiguille du Goûter.

De M. René Monal, étudiant en médecine, décédé accidentellement au cours du Championnat d'épée des Jeux universitaires. Il était le fils de M. E. Monal, docteur en pharmacie, auquel nous adressons l'expression très émue de nos condoléances.

Du docteur Chevallereau, ancien médecin chef des Quinze-Vingts, ancien conseiller général de la Vendée, décédé à Charzais, près Fontenay-le-Comte, à l'âge de 87 ans.

Du professeur Delay, de la Faculté de médecine de Lausanne.

MYOPATHIES (Myo-Dystrophies progressives) ATROPHIES MUSCULAIRES PROGRESSIVES NEURALES (Charcot-Marie-Tooth)

(Aperçu clinique, hérédo-biologique et thérapeutique)

Par M. SCHÄCHTER-NANCY,
Assistant du service de consultations neurologiques
de l'Hôpital Filantropia (Dr A. RADOVICI) de Bucarest.

Il y a environ quatre ans, nous relations dans la *Gazette des Hôpitaux*, n° 77, 1933, les résultats des premières recherches thérapeutiques avec le glycocolle dans les myopathies progressives. En même temps, avons-nous attiré l'attention des lecteurs sur le regain d'actualité des problèmes en rapport avec les maladies chroniques des muscles.

Depuis ce moment, les travaux sur la thérapeutique des myopathies avec le glycocolle se sont multipliés, et cependant le dernier mot sur la valeur de cette thérapie n'a pas été dit. En effet, comme nous le verrons dans la suite, les opinions et expériences des auteurs ont largement varié.

En même temps, le nombre des travaux sur les myopathies et les atrophies musculaires progressives neurales (Charcot-Marie-Tooth), qui se rapprochent — semble-t-il — des myopathies, a aussi augmenté. De cette façon, nous pouvons affirmer que l'actualité des problèmes neurologiques en relation avec la pathologie musculaire est incontestable.

*
**

En ce qui regarde *la thérapeutique*, notons que chez nous M. C. I. Urechia avec Mme Retezeanu (*Presse Médicale*, n° 64, 1934) ont donné du glycocolle dans deux cas de myopathies progressives, observant seulement des améliorations ; en tout cas, ce résultat sans être aussi net que celui des auteurs allemands (Thomas, Milhorat et Techner, Remen, Kostakow et Slauck) est néanmoins supérieur à celui obtenu avec les autres médications.

Toujours en 1934, MM. D. P. Cuthbertson et T. K. Maclachlan (*Q. J. of Med.*, vol. III, n° 11, 1934, juillet) publient leurs résultats avec le glycocolle dans les myodystrophies progressives. Il s'agit de 9 cas, dont 5 du type pseudo-hypertrophique. Dans la période pré-glycocollique, ils notent que la créatinurie marche de pair avec l'intensité de l'incapacité musculaire. Après la prise de glycocolle, tous les cas montrèrent une augmentation temporaire de la créatinurie (les cas atrophiques ayant des chiffres moins évidents). Avec une seule exception, tous les cas traités avec le glycocolle furent nettement améliorés, en ce qui concerne l'augmentation du poids, des forces et de l'état général. (Résultats moins bons pour le groupe pseudo-hypertrophique.)

Tout en reconnaissant la valeur de la nouvelle médication, les auteurs se gardent de parler de guérison de la myopathie avec le glycocolle. D'ailleurs, les auteurs allemands n'ont pas parlé de guérison, mais seulement d'une notable amélioration de ces malades.

O. Beck étudiant une série de cas de myodystrophies chez des enfants traités avec glycocolle, note une amélioration du syndrome biochimique (augmentation de la créatinurie au début de la cure, ensuite retour aux valeurs normales ou même en dessous) allant de pair avec celle des symptômes cliniques. Chez des myodystrophiques adultes, les résultats furent nettement supérieurs. L'auteur ne donne pas la raison de cette différence. (Voir : Monatschrift für Kinderhlk. Bd 61, 1935.)

Presque en même temps, le professeur H. Kleinschmidt (Monatschr. f. Kinderhlk Bd 64, 1935) étudiant le métabolisme créatinique chez des enfants bien portants et atteints de myodystrophie, et traitant les derniers avec le glycocolle, arrive à la conclusion que le métabolisme créatinique ne peut pas servir de critérium pour l'étude des myodystrophies et que son expérience avec le glycocolle ne peut pas servir pour encourager les pédiatres dans la voie de la « nouvelle » thérapie.

Au cours de 1936, *nous avons* publié le cas d'un enfant avec myopathie progressive de type sporadique, avec un certain degré de pseudo-hypertrophie des muscles des membres inférieurs, qui fut très nettement influencé (marche, course, etc.) par suite d'un traitement avec le glycocolle. Cet enfant, qui suit encore ce traitement, est encore maintenant fort amélioré. (Voir *Clinica y Laboratorio*, juillet 1936, n° 136 : Zaragoza.)

D'autres travaux mentionnent des résultats négatifs avec le glycocolle dans les myodystrophies. Ainsi, nous citons le travail de S. Hurwitz (Arch. of Neurol. and Psych., 36, n° 6, 1936) basé sur des observations concernant 36 cas de myopathie. Les résultats obtenus par cet auteur ne sont pas de nature à encourager les essais dans cette direction.

Au Danemark, M. D. W. Braestrup (Acta medica Scand., vol. 89, F. 3-4, 1936) a donné du glycocolle à 5 malades myodystrophiques. Tous ces malades ont présenté une créatinurie spontanée. L'auteur n'a pas observé des résultats nets avec cette thérapie ; d'ailleurs, il admet que l'action de la thérapie avec glycocolle n'est pas spécifique aux myopathies.

Même scepticisme se dégage du travail de W. Borst et W. Möbius (Z. für Klin. Mediz. Bd. 129, H. 4, 1936) qui n'ont obtenu avec le glycocolle qu'une seule amélioration sur 4 cas de myodystrophie progressive. Ces auteurs se demandent si leurs résultats négatifs ne s'expliquent par l'existence de divers types de myodystrophie et si des améliorations spontanées n'influenceraient les résultats des essais thérapeutiques.

Plus récemment, le professeur Lionello de Lisi (Genova) expose dans un travail sur le problème du traitement avec le glycocolle des myopathies, son opinion et celle de plusieurs auteurs italiens. Il résulte de ce travail que le glycocolle n'est pas une médication spécifique des myopathies et que du point de vue pratique cette thérapeutique est tout à fait inutile. Il n'oublie pas de souligner que le prix très élevé de cette substance a fait demander aux pauvres des efforts qui se montrèrent vains. On ne devrait donc pas

avoir recours à une médication fort chère et sans perspectives de guérison ou amélioration nette.

En Italie, les travaux de G. Meldolesi (de Rome) insistent de plus en plus sur le rôle du pancréas et des extraits exo-pancréatiques dans le traitement des myodystrophies. Nous y reviendrons plus loin.

Pour ce qui regarde le glycocolle, l'expérience des auteurs nous semble encore trop peu importante pour juger définitivement cette méthode. Des travaux suivis longuement donneront plus tard la réponse quant à la valeur définitive de cette thérapeutique.

***

En ce qui regarde la *clinique et pathogénie des myopathies*, M. G. Meldolesi a exposé, dans une série de travaux (nous citons ici seulement son travail d'ensemble de 1937 : Minerva Medica, avril), d'où il résulte que dans la myopathie il y a un terrain de dysplasie congénitale systématique de la musculature, ayant un caractère héréditaire et familial. Il voit dans des altérations du métabolisme du pigment musculaire (la myoglobine) un chaînon important dans le mécanisme de la mauvaise fonction musculaire dans les myopathies. Ce trouble n'existerait pas dans les atrophies musculaires progressives du type Charcot-Marie-Tooth. En plus, les myopathiques se trouveraient dans un état chronique de carence azotée, conséquence d'une altération grave et elle-même progressive du pancréas.

Dans un travail signé avec M. G. Bompiani (Il Policlinico, Sezione Medical, 1936) il expose avec des documents détaillés les résultats de 2 autopsies de myodystrophiques, en insistant tout spécialement sur les lésions dégénératives intenses du pancréas (surtout de la partie exocrine de cet organe).

Cet ensemble de constatations a amené M. G. Meldolesi à recommander la thérapeutique pancréatique (opothérapie exocrine surtout) avec laquelle il paraît avoir obtenu des résultats intéressants. (Voir travail cité plus haut et celui publié dans *Forze Sanitarie*, 1936.)

***

Toujours en ce qui regarde les myodystrophies progressives, il faut signaler le travail important de M. Bertil Sjövall (Acta Psych. et Neurol., Suppl. X, 1936) qui s'intéresse surtout à la partie hérédo-biologique de la question.

Basé sur un matériel personnel de 170 cas où le diagnostic fut posé avec certitude, l'auteur pense que la dystrophie musculaire progressive, dont la pathogénie reste encore à connaître, est déterminée par des facteurs héréditaires.

Après avoir noté et analysé les diverses formes cliniques de myopathie constituant son matériel, l'auteur insiste sur l'existence dans certains cas de lésions pyramidales, de troubles mentaux (débilité mentale), endocrines, végétatifs, squelettiques, etc.

L'âge de début de la maladie est entre 0 et 44 ans, étant plus précoce pour les formes pelviennes. L'évolution est toujours progressive, sauf quelques cas où l'on note des arrêts temporaires.

L'analyse est favorable à la constatation d'un plus grand nombre de sujets de sexe masculin, parmi les malades étudiés. Cela peut pourtant tenir de la composition du matériel étudié. Il faut aussi noter que dans les ascendants et collatéraux des malades, l'auteur a trouvé un nombre assez grand de malades mentaux et oligophréniques, seulement, du point de vue statistique, cela ne semble pas trop important. Malheureusement ce beau travail de B. Sjövall n'apporte que peu de lumière dans l'étiologie des myodystrophies. Il doit pourtant être signalé pour la richesse des faits cliniques et hérédo-biologiques, qu'il contient et qui font de ce travail un modèle de recherche objective.

***

Pour ce qui concerne l'étude de *la fibre musculaire des myopathiques*, rappelons les travaux de Scriban et Bacaloglu, puis ceux de D. Paulian (voir « Questions cliniques d'actualité », 5e série, Paris 1934). Enfin, plus récemment le Professeur S. Graçoski, avec J. Goldner et M. Camner (Bull. de l'Académie de Méd. de Roumanie, t. II, n° 4, 1936), après avoir aussi trouvé des fibres spiralées qui se détachent du paquet de myofibrilles pour les contourner et se perdre ensuite dans le fascicule dont elles sont nées (constatation faite auparavant par Scriban, Bacaloglu, Paulian) soulignent, dans un cas qu'ils ont étudié récemment, les faits suivants : des nombreuses fibrilles se perdant dans le tissu conjonctif y dessinent des figures que l'on ne voit pas dans les muscles normaux, figures que les auteurs désignent par le terme de « feu d'artifices ». Ensuite, ils notent l'existence de myofibrilles qui, se détachant d'une fibre, traversent le tissu conjonctif séparant, chevauchent les myofibrilles de la fibre voisine pour se répandre dans les myofibrilles de cette dernière. En plus, ils notent l'apparition dans le tissu conjonctif de myofibrilles qui s'entrecroisent dans tous les sens, pour y former un véritable feutrage myofibrillaire. Ces recherches fort intéressantes seront poursuivies par les auteurs de Jassy.

***

En même temps avec l'afflux de travaux sur les myodystrophies, le chapitre *des atrophies musculaires progressives neurales* (Charcot-Marie-Tooth) s'enrichit toujours de contributions intéressantes. D'ailleurs, il paraît que l'évolution de cette question va de pair avec celle des travaux sur les myopathies, avec laquelle elle possède plusieurs affinités.

Citons d'abord le travail de J. Ley et J. Titeca (Journal belge de Neurol. et Psych., n° 3, 1933) qui concerne deux cas familiaux de myopathie distale apparue tardivement chez deux frères. A noter que dans ces cas on a noté en plus des lésions cardiaques (fibrillation auriculaire et myocardie ventriculaire) une double cataracte, des troubles trophiques et vaso-moteurs. Les auteurs soulignent avec justesse qu'il faudrait faire une place spéciale à la myopathie, dans l'étiologie de la myocardie de Laubry.

Un intéressant travail sur la transmission héréditaire de la maladie de Charcot-Marie-Tooth, est publié par M. G. Pintus (Rassegna di Studi Psych.,

vol. 24, 1935, f. 5). Après avoir rappelé une étude sur la même question de son Maître, le Prof. L. de Lisi, 1926, l'auteur expose ses recherches sur une famille composée de 109 membres, étudiés sur cinq générations, où plusieurs membres furent frappés de cette maladie entre 29 et 40 ans. Il souligne que dans cette famille, d'un père malade naissent des enfants sains ou malades, tandis que d'un père sain il ne naît que des enfants malades. Il est intéressant de noter que dans cette famille la proportion mendelienne n'est pas gardée, le nombre des malades s'élevant à peu près à 75 % des membres qui ont atteint l'âge dans lequel apparaissent les symptômes maladifs dans cette famille. L'homologie est parfaite, tandis que l'homochronie ne le fut pas et souvent l'auteur a noté une tendance nette au phénomène d'antéposition. Le rapport entre les sujets de sexe masculin et féminin est de 1,5 pour 1.

Le travail de S. E. Soltz (Bull. of the Neurological Institute N. Y., n° 1, mars 1935, vol. 4) concerne une famille avec cinq membres atteints de l'atrophie héréditaire du type Charcot-Marie-Tooth. Dans deux cas, le début s'est fait par les extrémités supérieures, les extrémités inférieures étant prises plus tard. Dans deux autres cas, on a noté en plus l'atteinte des muscles du tronc, de la face et des yeux. Des troubles sensoriels furent notés dans trois cas (ptose palpébrale, limitation des mouvements des globes). Donc, aspects cliniques qui diffèrent de ceux qu'on est habitué à considérer comme étant classiques.

L'auteur a pu noter que dans cette famille la transmission s'est faite par les hommes seulement. Dans cette famille, cinq de huit ont été frappés par cette maladie. L'analyse étiologique est restée négative.

G. Meldolesi (Il Policlinico, sezione medica, 1936) a, lui aussi, publié l'étude de deux familles d'amyotrophie du type Charcot-Marie-Tooth. Des recherches de cet auteur, il résulte que le métabolisme des corps créatiniques et la recherche des échanges de myoglobine sont normaux ; ce qui est pour cet auteur un indice qu'il s'agit d'un tableau clinique qui n'a rien de commun avec les myodystrophies.

Signalons encore à la fin le travail de M. G. Dell' Acqua (Endocrinol. e Patol. Constituzionale, vol. XI, 1935) sur trois membres d'une famille, qui furent atteints de la maladie de Charcot-Marie-Tooth. Dans ce cas le début fut entre la 2e et la 3e décade. Comme dans les cas de S. E. Soltz, on a noté dans ces cas aussi l'existence de troubles oculaires (ophtalmoplégie interne, dans le cas de M. Dell'Acqua).

Terminons en mentionnant la contribution toute récente de notre ami M. N. Neiman avec R. Dedun (Revue médicale de Nancy, n° 13, 1937).

Atlas de 20 repères d'injections locales utilisables pour le traitement de la douleur rhumatismale. — Une plaquette de 44 pages éditée par les Etablissements MIDY, 67, avenue de Wagram, Paris (17e).

Les méthodes manuelles de respiration artificielle, par D. CORDIER. Un vol. de 92 pages avec 19 figures, à Paris chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain (6e). Prix : 14 fr.

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHIATRIE INFANTILE

(Paris, 29 juillet — 1er août 1937.)

Le Premier Congrès International de Psychiatrie infantile s'est tenu à Paris, à la Maison de la Chimie. Organisé par M. le docteur Heuyer, Président du Comité d'organisation ; M. le docteur Brissot, Vice-Président ; M. le docteur Michaux, Secrétaire général ; M. Maurice Leconte, Secrétaire général adjoint, et M. le docteur Grinbert, Trésorier, il a tenu sa séance inaugurale sous la présidence de M. le Ministre de la Santé publique, le samedi 24 juillet.

SÉANCE INAUGURALE. — On remarquait, au Bureau de la séance, M. le docteur Leclainche, représentant le Ministre de la Santé publique ; Mme Suzanne Lacore, Mme Brunschwig, S. E. Affez Afifi Pacha, MM. les docteurs Bouman René, Charpentier, Bouman Claude, Babonneix, Grinbert, Heuyer, Marinesco, Michaux, Pichon, Roussy, Ruggles, Rüdin, Weill-Hall ; M. Bafos, Président du Tribunal des mineurs.

Après les discours de M. le docteur Cavaillon, représentant du Ministre de la Santé publique ; de M. le docteur Heuyer, Président du Comité d'organisation ; de M. le professeur Rüdin (Allemagne), au nom des 26 nations officiellement représentées ; de Mmes S. Lacore et Brunschwig, M. le professeur Wallon donna lecture de son rapport introductif.

Les bases neuro-physiologiques de la psychiatrie infantile

Rapport introductif de M. le professeur WALLON (France).

Entre la psychiatrie infantile et celle de l'adulte existent des différences : absence chez l'enfant du matériel mental acquis par l'adulte et qui joue un rôle de premier plan dans les psychoses ; d'autre part importance chez l'enfant du moment où se fait sentir la cause du trouble mental (facteur chronogène). L'enfant apporte en naissant un facteur héréditaire. Les auteurs modernes n'admettent plus l'immuabilité du germe, support d'un caractère immuable. Chaque caractère est influencé par tous les gens et modifiable dans une certaine mesure par le milieu. Le rôle morphogène et psychogène des glandes endocrines est mieux connu. Leur insuffisance peut avoir sur l'enfant une influence physiologique et psychique. Dans le comportement de l'enfant se succèdent, dès avant sa naissance, des réactions motrices dont la structure se transforme d'âge en âge ; transformations liées à l'intégration progressive des réactions primitives au système d'activité de plus en plus complexe. Le moindre retard, anomalie, insuffisance de cette intégration entraîne une déviation par rapport au type normal. A chaque cas répond un syndrome particulier. Dans l'évolution générale de l'enfant on peut reconnaître un double processus de sens contraire : d'une part extériorisation progressive des thèmes sollicitant son activité (qui tend à devenir extéro-affective) ; d'autre part intériorisation des motifs et des commandes (qui de sensorielles peuvent devenir intellectuelles).

I. Psychiatrie générale

RAPPORTS

Les réflexes conditionnels en psychiatrie infantile

Rapport de M. le docteur J. DUBLINEAU (France)

1. Technique (méthode motrice volontaire ou réactions électriques de défense) utilisée chez des garçons de 10 à 16 ans, de niveau mental variable, avec ou sans troubles du caractère. Cette étude renseigne imparfaitement sur l'intelligence et le caractère, mais permet de reconnaître le caractère d'excitabilité.

2. Les résultats sont modifiés par les interactions excito-inhibitrices. La prédominance de l'excitation ou de l'inhi-

bition gêne souvent la recherche. L'excitation compensatrice s'observe plutôt chez des sujets turbulents. Il existe des rythmes de réflectivité, avec aréflexies conditionnelles transitoires, rythmes coïncidant avec les rythmes de turbulence, ou relevant de complexes psychologiques.

3. Le redressement des tendances par la réflexothérapie conditionnelle paraît possible. La proposition de formules lumineuses impératives ou suggestives à titre d'excitant conditionnel n'entraîne de modification du trouble en cause que s'il est récent. Les troubles constitutionnels (impulsivité, turbulence) sont plus difficiles à atteindre. Dans ces cas, l'Internat Médico-Pédagogique offre les cadres nécessaires à l'élaboration des nouveaux réflexes sociaux, base de la rééducation. L'adjonction de techniques physiologiques permettrait de le transformer en un Institut de Réflexothérapie, où serait pratiquée une réflexothérapie collective. Celle-ci est déjà possible chez l'enfant normal. Les principes pavloviens du premier âge rejoignent les données de la pédo-psychanalyse. Les réflexes moraux et sociaux se mouleront par la suite naturellement sur les réflexes de la vie de nutrition correctement élaborés.

Rapport de M. le professeur Gemelli (Italie)

L'auteur envisage l'étude des réflexes conditionnés dans leurs rapports avec la psychiatrie infantile. Cette technique, pour intéressante qu'elle soit, est inadéquate à l'ensemble complexe des faits. Le rapporteur a recherché par ses expériences si cette méthode peut avoir une application en psychiatrie infantile. Il a fait des recherches sur les animaux qui ont une analogie de comportement avec l'enfant. La conduite de l'animal ne peut se réduire au schéma simple d'une série de réflexes conditionnés. Elle est due à l'adaptation au jeu de deux forces opposées : stimulant de la satisfaction de l'instinct et action du milieu où l'animal vit. Chez l'enfant, l'auteur étudie, d'une part des enfants de 2 à 3 ans (stimulant absolu préférable au stimulant électrique) : l'enfant élimine progressivement, avec l'âge, les mouvements inutiles ; d'autre part des enfants de 7 à 8 ans. Chaque enfant a une conduite individuelle ; la forme de réaction reste constante.

Les données qu'on peut étudier par ces méthodes sont :

La capacité coordinatrice des mouvements, et procédés d'adaptation motrice ; la capacité d'observation ; le développement intellectuel ; l'émotivité ; le mode de réaction ; la capacité de fixer les souvenirs.

Chez l'enfant, le parallélisme avec l'animal est net, surtout au début de la vie, mais chez l'enfant on constate l'apparition de plus en plus évidente de l'intelligence, des différences individuelles dans les réactions, une conduite parfois différente de ce que le stimulant extérieur provoque habituellement.

Rapport de M. le docteur Gesell (U.S.A.)

Les résultats de l'étude des réflexes conditionnels sont d'intérêt surtout théorique, car l'organisme humain, très complexe, s'oppose aux simplifications analytiques ; l'application clinique n'est et ne sera encore longtemps qu'un but. Les résultats observés chez l'animal ne doivent peut-être pas être appliqués à l'enfant : en particulier les réflexes conditionnels sont d'autant plus difficiles à produire chez l'enfant qu'il est plus jeune. Peut-être même, à cette phase de développement sensoriel et moteur, ces stimulants sont-ils néfastes, et peuvent-ils donner lieu à un comportement anormal, bien loin d'avoir une valeur thérapeutique. Heureusement, l'enfant est protégé par son développement biologique incomplet et ses réactions.

Rapport de M. le professeur Ibrahim (Allemagne)

L'auteur parle des réflexes pathologiques. Il s'agit dans ces cas du développement de *symptômes pathologiques* qui sont produits par des stimulants normaux se trouvant dans le milieu quotidien, mais qui peuvent être produits arbitrairement.

On peut en excepter le tic coqueluchoïde de Lesage et Colin, où il s'agit moins d'un tic que d'un réflexe moteur. Il en est de même pour les spasmes émotifs respiratoires des enfants très jeunes, pour le blépharospasme après une conjonctivite, pour la pollakiurie après une cystite, etc... En principe, il s'agit donc, dans tous ces cas, de la fixation névropathique de symptômes.

Rapport de M. le docteur Ischlondsky (France)

Les déviations de l'activité fonctionnelle, de l'activité neuro-psychique de l'enfant, se réduisent à la destruction de l'équilibre entre les deux processus fondamentaux du système nerveux : excitation et inhibition. Cinq mécanismes peuvent rompre cet équilibre :

L'auteur discute encore brièvement les objections que les critiques lui ont faites et insiste sur l'importance de la doctrine des réflexes conditionnels.

1. La connection réflexe conditionnelle indirecte effectuée soit par irradiation, soit par induction (une forte irritation du centre douleur peut par exemple irradier vers le centre sexuel, d'où source de masochisme).

2. Tension excessive des deux processus nerveux qui se heurtent l'un contre l'autre au cours d'une tâche trop difficile de différenciation réflexe conditionnelle. Aussi faut-il que la progressivité en même temps que la persévérance, soit à la base du développement du processus inhibiteur, fragile et labile chez l'enfant.

3. Troubles du rythme de l'activité physiologique, qui représente un réflexe conditionnel temporal. L'arythmie corticale détruit l'équilibre entre les processus fondamentaux du système nerveux.

4. L'effet exercé sur le cortex par les mouvements doit être rapproché de l'influence du rythme. La précision des mouvements détermine la précision des réactions neuropsychiques.

5. Influence des symboles du langage, excitateurs conditionnels. Aussi faut-il ici encore un développement progressif. L'éducation bilingue primaire est en contradiction avec les données de la physiologie corticale.

Rapport de MM. le professeur Jonesco-Sisesti, le docteur Kreindler et le docteur Marinesco (Roumanie)

1. La méthode des réflexes conditionnels permet d'étudier la dynamique corticale de l'enfant ayant des anomalies mentales. On analyse et on peut mettre en évidence des troubles de l'inhibition, d'irradiation, de contraction (d'une excitation ou d'une inhibition).

2. Il existe des variations d'un cas à l'autre ; importantes dans la débilité mentale, elles sont plus grandes encore dans les nécroses infantiles.

3. Les résultats sont fonction de plusieurs facteurs : excitants, enfant (variations physiologiques, type de système nerveux).

4. La méthode des R.C. chez l'enfant ayant des anomalies mentales ne peut pas toujours rendre compte des signes cliniques. Elle permet cependant l'exploration de la physiologie de l'écorce cérébrale de l'anormal.

5. Certains troubles névrotiques de l'enfant paraissent dus à une fixation pathologique d'un R.C. (la maladie, le mot peuvent jouer le rôle d'excitant conditionnel).

6. Le processus de « conditionnement » est très complexe. C'est l'expression de l'action des excitants sur le système

nerveux ; et, d'autre part, des caractéristiques constitutionnelles de l'organisme tout entier.

Rapport de M. le docteur H. DE JONG (Hollande)

La valeur des réflexes conditionnels de Pavlov en psychiatrie infautile est déterminée par la relation entre ces mécanismes d'ordre inférieur et des processus psychiques supérieurs. Dans une série de travaux, l'auteur a exécuté des expériences de psychologie expérimentale et comparée sur l'intelligence des animaux, des nourrissons, des enfants normaux, ainsi que dans l'idiotie et dans certaines états démentiels. Il a montré que les animaux subanthropoïdes, malgré les actes très compliqués qu'ils peuvent exécuter, sont dans l'impossibilité de réagir d'une façon adéquate à une situation nouvelle, même lorsque la variation est minime. Par contre, l'adulte normal, l'enfant au-dessus d'un an et demi et même certains cas d'états démentiels ont montré dans ces épreuves des réactions bien adaptées et qui ont été considérées comme la manifestation d'un « néo-intellect ». Le rapporteur a encore pu observer une soixantaine d'imbéciles et d'idiots. Il a constaté chez 7 d'entre eux l'absence d'un pouvoir de compréhension. Ce groupe d'idiots le plus bas, qui ne peut être atteint par le langage et qui n'a pas encore été étudié au point de vue psychologique, se trouve donc par sa conduite vis-à-vis du monde extérieur, non pas en opposition quantitative graduelle, mais en opposition qualitative essentielle avec les hommes normaux.

Rapport du docteur MEIGNANT (France)

Il est difficile de créer des réflexes conditionnels chez l'oligophrène ; il y a généralisation considérable des réflexes conditionnels ainsi obtenus, retard des processus de différenciation, stabilité extrêmement variable des réflexes conditionnels positifs obtenus, importance des processus d'inhibition. Mais ces conditions expérimentales ne sont pas exactement les conditions ordinaires où interviennent des systèmes « dominants » encéphaliques. Ceci est conforme aux vues de Marinesco.

Rapport de M. le professeur PEIPER (Allemagne)

La pédiatrie allemande s'est occupée des problèmes du réflexe conditionnel. La capacité de distinguer les couleurs a été examinée à l'aide de cette méthode. *Dès le premier mois de la vie des réflexes conditionnels peuvent être formés.* La doctrine de Pavlov explique le développement de la mimique, les premiers succès de l'éducation, l'acquisition des premiers tours d'adresse et des premiers mots. Les premières inhibitions sont imposées à l'enfant comme des réflexes conditionnels. Beaucoup de réflexes conditionnels dont la formation est passée inaperçue et qui n'ont pas été cherchés par l'entourage, ne deviennent visibles qu'au moment où les stimulants conditionnels manquent. L'état du système nerveux se montre par la rapidité ou la lenteur avec lesquelles se laissent former ou inhiber les réflexes conditionnels. Ses réflexes jouent un rôle dans certaines maladies.

Les conceptions de Pavlov nous donnent les moyens de rendre compréhensibles les fonctions cérébrales inférieures chez le nourrisson.

Rapport de M. le professeur CARLO DE SANCTIS (Italie)

L'auteur expose le point de vue de l'Ecole italienne sur la théorie des R.C. en psychologie générale. Il met en évidence l'apport des Russes concernant l'étude des lois d'acquisition et du développement psychique dans la première et même dans la deuxième enfance. Le mécanisme des R.C. est important en pathologie nerveuse infantile. Les névroses, et peut-être certaines psychoses, seront mieux comprises si l'on tient compte de la formation et de la fixation des associations morbides selon le mécanisme des R.C. Les neuropathes sont des hyperémotifs constitutionnels et aussi des « hypo-évolués » dans le sens d'un retard subi dans la formation de la hiérarchie fonctionnelle nerveuse. Ils constituent comme tels des sujets chez lesquels on peut observer un comportement spécial, nécessité par un automatisme plus ou moins partiel. La connaissance du comportement des R.C. est fondamentale et également nécessaire pour la prophylaxie des névroses. L'auteur rend compte des recherches actuellement poursuivies à la Clinique des Maladies nerveuses et mentales de l'Université de Rome.

Rapport de M. le docteur WINTSCH (Suisse).

L'auteur étudie les troubles du comportement par inhibition. Il rappelles les lois que suivent les R.C. : on a des réactions sûres, régulières, égales, quand l'incitant est répété avec régularité et d'une valeur constante ; on a inhibition si l'excitation est trop violente, trop répétée en peu de temps, trop douce ou très variable, multiple. Certaines inhibitions sont de choix (dressage) ou de mauvais aloi (enfant qu'on soustrait trop aux risques, donc aux incitants, et, au contraire, enfant qu'on humilie constamment). En résumé, il est déjà possible d'établir une liaison entre Freud et Pavlov et de poser les fondements d'une physiologie de l'affectivité.

DISCUSSION. — Une critique générale des différents rapports a été faite par M. le professeur HAMBURGER.

Communications

Tests diagnostiques dans le domaine du normal et du pathologique, par Mme le professeur Ch. BUHLER (Autriche).

La schizophrénie chez les enfants, par le docteur J. Louise DESPERT (de New-York).

Les relations cycliques entre les troubles psychonévrotiques des parents et des enfants dans les générations successives. Etude de la pseudo-hérédité, par Mme le docteur A. W. HACKFIELD MD. (Washington, U.S.A.).

Changement de personnalité après la chorée mineure, par M. le docteur Stephan KRAUSS M. D. (Palestine).

Sur l'énurésie chez l'enfant, par M. le docteur M. REISS (Leyde).

Le réflexe moteur du genou en psychiatrie infantile, par MM. les docteurs RIZZO et CACCHIONE (Italie).

Quelques nouveaux modes de traitement des névroses infantiles, par M. le docteur SCHNEERSOHN (Palestine).

Encéphalite post-vaccin antiscarlatineux, par M. le professeur MAZHAR-OSMAN-UZMAN (Istamboul).

L'enfant d'une paralytique générale, par M. le professeur MAZHAR-OSMAN-UZMAN et IHSAN SCHÜHRÜ-AKSEL (Istanboul).

Nouvelle contribution au problème de l'énurésie, par M. le docteur E. WEIGL (Roumanie).

Correspondance entre les types de conduite et les réponses aux questions d'intelligence, par Mlle ABRAMSON (France).

Tests moteurs d'orientation professionnelle en psychiatrie infantile, par M. le docteur BAILLE (de Paris).

Neuro-psychiatrie infantile et neuro-psychologie, par le docteur Gilbert ROBIN (France).

Recherches sur le bégaiement, par les docteurs HEUYER et KOPP (France).

Quelques troubles de l'intelligence et du caractère chez les gauchers, par Mlle V. KOVARSKY (France).

II. Psychiatrie scolaire

Rapports

Les méthodes d'éducation selon les troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant.

Rapport de M. le docteur K. Friedjung (Autriche).

L'auteur montre que ce sont des raisons sociales qui ont accru les difficultés rencontrées dans l'éducation. L'éducation est une partie importante de l'hygiène. Les enfants modifiés par une éducation défectueuse sont l'objet de consultations d'éducation qui nécessitent des aptitudes et préparations spéciales. La mauvaise éducation a souvent pour source des excès d'indulgence et de sévérité. On peut, soit agir sur l'enfant, ce qui est le plus souvent réalisé, soit l'écarter de l'atmosphère familiale, ce que réalisent de façon transitoire, le « Kinderbort », le « Tagesheim ». Divers modes d'isolement complet peuvent être tentés. En cas de séparation définitive, l'enfant guéri doit entrer dans une famille psychiquement saine.

Rapport du docteur Rabovsky-Revesz (Hongrie)

L'auteur traite successivement : des institutions d'origine hongroise, de l'éducation des oligophrènes et de celle des enfants de caractère anormal.

Rendant hommage au professeur Rauschburg, qui fonda le Laboratoire Médico-Pédagogique-Psychologique, il en montre les caractères ainsi que ceux du Laboratoire de Pathologie Médico-Pédagogique et de l'Ecole Supérieure Médico-Pédagogique. En Hongrie existent 12.000 oligophrènes, Parmi eux 60 à 70 p. 100 sont plus tard aptes à la vie, à l'agriculture surtout, par suite des principes didactiques appliqués. En ce qui concerne l'éducation des enfants de caractère anormal, l'auteur montre les traits essentiels des méthodes de l'« Ecole nouvelle », de la psychologie individuelle selon Adler ; il trace le fonctionnement du tribunal des enfants et signale les résultats favorables de son activité, au Sanatorium pédagogique d'enfants.

Rapport de Mme le docteur Jadot-Decroly (Belgique)

L'auteur définit le but et les différents aspects de l'éducation : sensorielle, affective, motrice et intellectuelle, ainsi que les principes de l'éducation intellectuelle des débiles mentaux. Le traitement éducatif doit être précoce ; il convient d'individualiser l'enseignement, de laisser agir l'enfant le plus souvent possible, d'utiliser ses intérêts, les faire naître, les découvrir, s'en servir dans l'enseignement spécial (importance des jeux éducatifs), de mettre l'enfant en contact avec la réalité totale et d'enseigner au ralenti. Il faut, en outre : éviter un enseignement trop verbal, amener l'enfant à établir des rapports entre ce qu'il observe et ce qu'il ne peut observer, enseigner les techniques en tenant compte de leur but dans la vie et en les associant aux exercices d'observations ; développer l'activité pratique et de dessin comme expression des idées formées avec la réalité.

Rapport de M. le docteur Emmanuel Miller (Angleterre)

Les méthodes éducatives anciennes tenaient compte des anomalies de caractère et des réactions nerveuses de l'enfant, sur lesquelles pourraient agir des professeurs ayant une compréhension de la psychologie pathologique de l'enfance. Il faut distinguer deux types d'enfants : l'un, mobile, impulsif ; l'autre atone, chacun nécessitant un traitement psychothérapique spécial. On pourrait y atteindre par les moyens suivants : maîtres compréhensifs et sympathisants, étude de l'entourage familial, changement de milieu, prophylaxie des enfants difficiles à l'âge pré-scolaire par la fondation d'écoles maternelles.

Rapport de M. le docteur Ombrédane (France)

Les études récentes montrent que la cécité verbale congénitale ou dyslexie d'évolution ne dépend ni d'une arriération intellectuelle, ni d'un trouble des fonctions visuelles et auditives, mais qu'il faut attacher de l'importance à l'allongement du temps des processus de lecture. La preuve qu'une anomalie sensorielle ne peut être invoquée est que la difficulté reste la même si on épèle les mots à l'enfant, même s'il les répète correctement. La méthode analytique dans l'éducation de ces enfants paraît prendre plus de faveur que la méthode globale.

Rapport de M. le docteur Frederik L. Patry (U.S.A.)

L'auteur fait une tentative d'adaptation des méthodes et connaissances théoriques aux exigences et aux possibilités de l'organisation des écoles d'Etats. Après une discussion des buts, de la méthode, du matériel infantile, on s'occupe des principes généraux à la base des méthodes. D'une importance capitale est l'attitude de l'instructeur envers la compréhension, l'éducation et la reconstruction de toutes sortes de développements et de déviations infantiles de degrés variables. L'éducation de l'enfant doit être envisagée comme un tout. L'auteur expose des méthodes de traitement pour des enfants mal adaptés, puis des méthodes collectives pour enfants moyennement doués.

Rapport de M. Arthur H. Ruggles, MD. (U.S.A.)

L'école est trop souvent présentée par les parents, sans optimisme, comme une discipline désagréable. Il faut stimuler l'intérêt de l'enfant, le féliciter pour tout succès, obtenir la discipline mentale pour tous les sujets, biologie comme mathématiques. Les maîtres devraient, autant que de la vie intellectuelle, avoir connaissance de la vie affective de l'enfant, et même des principes de la santé mentale. Chaque anormal timide ou pré-schizophrénique nécessite une direction spéciale. Trop d'enfants américains ont des signes de désordre mental, et les délinquants sont fréquents entre 16 et 20 ans. Il existe un rapport entre les comportements des élèves et du maître.

Rapport de M. le docteur Ahmed Shahine (Egypte)

Le dépistage des enfants présentant des anomalies de constitution, de développement, des troubles du caractère doit être fait en milieu scolaire. Une fiche médico-psychologique devrait être établie par le médecin scolaire. Une collaboration étroite avec le pédagogue est nécessaire, certains troubles ne pouvant être toujours mis en lumière par un simple examen. Il est souvent nécessaire, pour les confirmer, de mettre l'enfant en observation dans un service spécial.

Il serait nécessaire d'avoir : pour les simples retardés, des classes de perfectionnement où on les stimulerait. Pour les faibles, des classes à programme réduit ; pour les arriérés éducables, des internats où l'on fasse la part d'un enseignement manuel. Pour les instables, des internats où les travaux de plein air seraient combinés à l'étude. Toutes ces maisons nécessiteraient des maîtres préparés à cet enseignement spécial.

Rapport de M. le docteur Shroder (Allemagne)

La débilité intellectuelle, les troubles du caractère ne dérivent pas (sauf quelques exceptions) des psychoses de l'adulte. Il n'est pas besoin de faire partie du cadre médical pour les comprendre. L'éducation des débiles mentaux est surtout la tâche du pédagogue, mais cette tâche ne possède aucune méthode qui puisse s'enseigner. Les premiers travaux ont été effectués par des médecins ; pour obtenir des

résultats il faut : des connaissances caractérologiques et des établissements correspondant à chaque type d'enfant. Le psychiatre reste, actuellement, le conseiller indispensable.

(*A suivre.*) M. LCONTE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE STOMATOLOGIE

(SÉANCE DU 19 JUIN 1937)

Le professeur POISSON (de Bruxelles) étudie les conditions requises pour l'ancrage des inlays. L'auteur a en vue surtout les inlays utilisés comme piliers de bridge et ancrés sur dents vivantes. La valeur de l'ancrage dépend de la qualité des tissus dentaires, et est fonction de la rigidité de l'inlay. Il y a cinq genres d'ancrage : par adhérence (ciment), par mortaise (simple, double, complexe), par compression (l'inlay enserrant la dent), par dispositif mécanique (verrou, vis, joints à dilatation), enfin l'ancrage en profondeur.

Cette remarquable conférence est illustrée de schémas, et accompagnée de modèles aussi nombreux qu'instructifs.

Le docteur Imre SZEKELY expose, à l'aide de projections et de très beaux modèles, les sources d'erreur de la préparation de l'inlay métallique. Celui-ci représente l'obturation idéale. Ses imperfections sont dues à l'inexpérience et à des fautes de technique. Il faut éviter l'inlay sur les dents trop cariées à ancrage insuffisant.

(SÉANCE DU 20 JUILLET 1937)

Présentations :

Tumeur à myéloplaxes du maxillaire inférieur. — MM. GINESTET et SIFFRE (Val-de-Grâce).

Hydroa buccal. — M. HENNION.

Un cas d'orthodontie traité par le monobloc armé. — M. GORNOUEC.

Fistule osseuse de la branche montante du maxillaire inférieur. Asséchement et cicatrisation rapides après un traitement local et général d'ozone. — MM. AUBOURG et HENNION.

Quelques réflexions sur l'ostéomyélite mandibulaire. — M. ROUSSEAU-DECELLE. L'auteur montre que le terme d'ostéomyélite a une signification plus clinique qu'anatomique.

Parmi les causes locales classiquement admises, il insiste sur le caractère terminal de la circulation artérielle du maxillaire inférieur et sur l'existence du canal dentaire. Enfin les dents « axiales » : deuxième prémolaire et dent de 6 ans, comprises entre des tables osseuses également épaisses, sont le plus souvent en cause.

L'ostéomyélite d'origine dentaire, comme l'ostéomyélite hématogène, est rarement polymicrobienne. Au début tout au moins, un seul germe est en cause, le plus souvent le staphylocoque.

L'extraction précoce permet parfois de faire avorter une infection osseuse grave. La thérapeutique de désinfection locale et la vaccinothérapie doivent y être adjointes.

Essai de traitement cytophylactique en stomatologie. — M. CHATELLIER.

LIVRES NOUVEAUX

Problèmes d'hygiène posés par la protection collective contre les attaques aériennes, par P. Bruère et N. Lerich, Paris 1937. Edit. des laboratoires sanitaires, 51, rue de la Bienfaisance, Vincennes. (1 vol. 84 p. avec fig.). Vigot, impr., 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris. : 15 frs

Nous devons savoir gré aux auteurs de cet ouvrage, d'avoir mis en relief, avec concision et précision, les 3 principaux problèmes d'hygiène posés par la protection collective contre les attaques aériennes : respiration, alimentation et neutralisation.

Ces questions, dont le colonel Bruère s'est attaché à rechercher puis à dégager le côté pratique, l'ont conduit à expérimenter en 1932 des dispositifs, adoptés en 1934, pour les abris sanitaires de la région parisienne, puis généralisés aux abris ordinaires et familiaux sous le nom d'ensembles-filtrants ; ceux-ci permettent d'obtenir une *aération* (avec filtration à volonté) qui croît en intensité depuis la « ventilation forcée » (L. Tanon et P. Bruère) jusqu'à une « surpression accusée » (5 millim. au moins).

Il y a là tout un programme concernant non seulement la protection de la population civile, mais également celle des vivres, des vêtements et en général de tout le matériel périssable ; en conséquence, ces notions pratiques intéressent les techniciens volontaires Z de la défense passive (médecins, pharmaciens, architectes, ingénieurs, etc.) appelés à siéger dans les commissions urbaines.

En outre des horizons nouveaux, avec larges possibilités d'application à l'amélioration des conditions d'hygiène du temps de paix (dans les écoles, halles et marchés couverts, dispensaires, etc.) sont ouverts par l'emploi judicieux des procédés de neutralisation des produits agressifs (microbiens et éventuellement chimiques) par « désinfection » et « détoxication », soit par action de surface (avec effet mouillant), soit au sein même de l'atmosphère (avec effet non mouillant obtenu par imprégnation stable, floculable à volonté, par la douche microfusée).

Il serait trop long de décrire ces techniques qui nécessitent un appareillage spécial et qui méritent, par les résultats probants obtenus, de retenir longuement l'attention des hygiénistes.

Pour nous résumer, il nous suffira de rappeler la phrase imagée du colonel Bruère : Les moyens de désinfection doivent être à l'échelle des procédés d'agression !

CHRONIQUE

RADIOPATHIE MÉCONNUE

Les méfaits des radiations, *radiopathologie* ou *radiopathie*, ne sont pas tous connus ou même ne leur sont pas toujours attribués. Depuis quelque temps cependant, les tribunaux accusent rayons X et radium de lésions d'origine inconnue lorsque les patients ont été plus ou moins soumis à ces agents physiques, même très longtemps auparavant. Il semble exister, là, une véritable intoxication, *phototoxie*, dont l'origine bien constatée peut remonter jusqu'à 6, 8, 10, 14 ans.

On n'admet pas de doute pour les érythèmes, les brûlures, les dermites, radiodermites, lésions exigeant des amputations. La radioscopie qui se fait en face du patient, non loin du tube, est la plus sujette aux accidents, les moyens de protection étant souvent gênants et pas assez employés.

Il n'y a pas de doute pour maintes altérations sanguines, diminution énorme des globules rouges et blancs, de la teneur en hémoglobine : ces phénomènes se produisant parfois chez d'anciens radiologues et au retour de vacances, l'immunisation paraissant avoir cessé par le repos, aussi bien pour les rayons X que pour le radium (Mottram). Des examens fréquents du sang devraient renseigner le radiologue, mais celui-ci continue généralement son dangereux métier jusqu'à ce qu'il succombe !

Des lésions moins connues sont les cataractes, que l'on trouve aussi chez les wattmen que les courts-circuits de leurs appareils aveuglent souvent. La cataracte double a été parfois signalée chez maints radiologues.

Plus rares sont les glaucomes, doubles aussi comme la cataracte. On ne sait encore l'origine exacte de cette hypertension dans l'œil et que la scléroto-iridectomie imaginée par le professeur Lagrange (de Bordeaux (continuée par son fils, à Paris) arrête en son évolution. Le glaucome s'arrête, se stabilise par l'opération, mais ne régresse pas, comme la cataracte par exemple. Les instillations de chlorhydrate de pilocarpine le retardent, l'arrêtent. L'opération paraît préférable, et plus tôt elle est faite, plus il reste de vision au glaucomateux ; mais on ne revient pas en arrière, répétons-le.

Le glaucome est généralement attribué à des chocs oculaires. Cela est sans doute parfois vrai. Mais les radiations frappant les yeux ne sont-elles pas aussi des chocs le pouvant produire ? Cela existe certainement, car nous avons trouvé plusieurs radiologues, sans antécédents personnels ou héréditaires, autres que leur terrible sacerdoce aux « chocs radiants », et qui étaient atteints de glaucome.

C'est cette étiologie rare, mais certaine à notre sens, que nous avons voulu dénoncer ici, et qui en plus des examens sanguins montre la nécessité des examens oculaires, pour essayer de sauver le radiologue !...

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Examens de chirurgie dentaire. — Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation en vue d'un examen de fin d'année ne peut, en principe, être acceptée après ces périodes.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la Commission scolaire.

En tout cas, aucune dérogation, pour quelque motif que ce soit, ne peut être accordée dans les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année (jour de l'affichage non compris).

Session d'octobre-novembre 1937. — La mise en série des étudiants candidats aux différents examens de chirurgie dentaire sera affichée le mercredi 27 octobre 1937.

L'ouverture de la session est fixée au mercredi 3 novembre 1937.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté, guichet n° 3, les lundi 4 octobre 1937 (pour l'examen de validation de stage dentaire) et mardi 5 octobre 1937 (pour les examens de fin d'année), de midi à 15 heures.

Session de juin-juillet 1938. — 1° Examen de validation de stage dentaire. La session s'ouvrira le lundi 16 mai 1938.

Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Ces certificats doivent être établis sur papier timbré.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté, les jeudi 3 mars et vendredi 4 mars 1938, de midi à 15 heures.

La mise en série des candidats à l'examen de validation de stage sera affichée le mercredi 11 mai 1938.

2° Premier, deuxième et troisième examens. La session s'ouvrira le lundi 13 juin 1938.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté, de midi à 15 heures, aux dates suivantes : lundi 7 mars 1938 (étudiants à 4 inscriptions), mardi 8 mars 1938 (étudiants à 8 inscriptions), mercredi 9 mars 1938 (étudiants à 12 inscriptions).

Les étudiants à 12 inscriptions consigneront simultanément pour les deux parties du troisième examen.

La mise en série des candidats à ces examens sera affichée le mercredi 8 juin 1938.

EXAMENS. — Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation en vue d'un examen de fin d'année ne peut, en principe, être acceptée après ces périodes.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la Commission scolaire.

En tout cas, aucune dérogation, pour quelque motif que ce soit, ne peut être accordée dans les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année (jour de l'affichage non compris).

1° *Ancien régime d'études.* — Les consignations pour les différents examens probatoires du doctorat en médecine seront reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 heures, les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 1er octobre 1937.

La limite des consignations pour ces examens est fixée au mardi 24 mai 1938.

2° *Nouveau régime d'études.* — Session d'octobre 1937. MM. les candidats ajournés à la session de juillet 1937, ou autorisés à ne se présenter qu'à la session d'octobre 1937, sont informés que les épreuves des 1er, 2e, 3e, 4e et 5e examens de fin d'année auront lieu à partir du 11 octobre 1937 (consulter en octobre les affiches manuscrites).

Les consignations préalables seront reçues au Secrétariat de la Faculté (guichets nos 2 et 3), les vendredi 1er et samedi 2 octobre 1937, de 9 heures à 11 heures et de midi à 15 heures.

Session ordinaire 1937-1938. — MM. les étudiants doivent consigner pour l'examen de fin d'année du 3 au 19 janvier 1938.

Les candidats soit boursiers ou exonérés, soit en instance de bourse ou d'exonération, doivent obligatoirement se présenter au Secrétariat en même temps que leurs camarades afin de se faire mettre en série pour l'examen de fin d'année.

Toute consignation ou inscription en vue d'un examen peut être faite soit par correspondance, soit par une tierce personne.

Examens de clinique. — Les candidats pourront s'inscrire tous les lundis et mardis à chacun des trois examens de clinique, dans l'ordre choisi par eux, du 4 octobre 1937 au 24 mai 1938.

3° *Thèse.* — Les consignations pour la thèse seront reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 heures, les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 4 octobre 1937.

La date-limite de consignation en vue de la soutenance de la thèse est fixée au 14 juin 1938.

Le dépôt des manuscrits au Secrétariat sera suspendu le 4 juin. Il reprendra le 27 juin pour l'année scolaire 1938-1939.

N. B. — Les candidats doivent présenter leur carte d'immatriculation munie d'une photographie aux guichets nos 2 et 3, chaque fois qu'ils consignent pour un examen.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES CAVERNES PULMONAIRES (1)

Il faudra penser :

Au *cancer du poumon* qui s'accompagne de douleurs très marquées, de dyspnée vive.

Il existe souvent une image radiologique bordée en cadre rigide.

Le diagnostic est souvent très difficile.

— Le cancer peut être fébrile.

— L'expectoration reste souvent abacillifère à des examens répétés (signe de grosse valeur).

Mais il peut y avoir association.

L'expectoration « classique », « gelée de groseille » est exceptionnelle.

— L'état général peut être longtemps conservé.

Devant ces difficultés de diagnostic, on s'aidera d'une biopsie ganglionnaire, d'un examen bronchoscopique avec au besoin injection lipiodolée.

Quant à la recherche des cellules cancéreuses dans l'expectoration, on sait sa difficulté et la rareté des résultats certains.

Ces deux causes éliminées, il faudra encore penser :

A la *syphilis pulmonaire*, si l'état général est satisfaisant, s'il existe des antécédents, des symptômes ou des signes biologiques de syphilis.

A une *gangrène subaiguë*, et on recherchera une fétidité intermittente, une flore anaérobie avec des spirochètes.

A un *abcès chronique*, en recherchant des antécédents de vomique.

A une *pneumokoniose*, à une *mycose* pulmonaire.

A un *kyste hydatique suppuré*, la reconnaissance d'hydatides fera le diagnostic.

b) *Affections à allure aiguë :*

A. — Il peut encore s'agir de tuberculose.

Soit de *pneumonie caséeuse*, dont le diagnostic a pu être très difficile, mais à la phase d'excavation, l'expectoration fourmille généralement de bacilles,

Soit de *broncho-pneumonie caséeuse*,

Soit *d'une lobite excavée*.

Il faudra penser surtout à *l'abcès du poumon*.

— L'unicité habituelle du foyer,

— L'expectoration contenant un germe de façon prédominante,

— Les modifications des signes stéthacoustiques et radiologiques d'un jour à l'autre,

— L'existence d'une vomique,

— L'absence des antécédents habituels dans la dilatation des bronches feront le diagnostic.

On voit donc que les plus grosses difficultés peuvent être :

— De reconnaître la caverne.

— De reconnaître la nature de l'affection causale en présence d'un épisode pulmonaire chronique. C'est alors à la tuberculose qu'il faut penser avant tout pour entreprendre toutes les fois que cela sera possible, le traitement électif de la caverne tuberculeuse : la collapsothérapie.

J. FERROIR.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1937, n° 68 p. 1078, et n° 70 p. 1110.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 73. — SAMEDI 11 SEPTEMBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Citation à l'ordre de la Nation. — Le gouvernement de la République cite à l'ordre de la Nation :

« Alfred-Eugène Cerné, médecin radiologiste, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Rouen.

« Praticien de haute tenue morale, de grande valeur professionnelle, qui a toujours fait preuve, au cours de sa carrière, des plus grandes qualités de dévouement et de désintéressement. A constamment donné l'exemple du devoir accompli au prix des plus grands sacrifices. A subi quatre amputations. Est mort victime de son dévouement à la science. »

Faculté de médecine de Lyon. — Nous apprenons que le professeur Dustin, recteur de l'Université de Bruxelles, recevra au mois de novembre les insignes de *docteur honoris causa* de l'Université de Lyon. Nous sommes heureux d'adresser à notre éminent confrère l'expression de nos très amicales félicitations.

Guerre. — *Le Journal officiel* du 4 septembre publie un décret relatif à l'organisation des services hospitaliers de l'armée dans les hôpitaux militaires et les hospices civils.

Le nombre de lits affectés aux malades militaires est déterminé suivant l'effectif de la garnison et en prenant pour base le vingt-cinquième dudit effectif.

Cette proportion peut être augmentée eu égard aux besoins et à la situation particulière de chaque garnison et compte tenu, notamment, de la morbidité moyenne de la garnison, des conditions épidémiologiques locales et de l'affectation spéciale de l'hôpital.

Ministère de la Santé publique. — Le poste de médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle) sera vacant à dater du 1er octobre 1937, par suite de la mise à la retraite, sur sa demande, de M. le docteur Plagnieux.

Le médecin nommé devra, autant que possible, avoir une connaissance suffisante de la langue allemande.

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle), par suite du départ de M. le docteur Got.

Le médecin nommé devra posséder, autant que possible, une connaissance suffisante de la langue allemande.

Prochains Congrès. — Nous rappelons que le 2e *Congrès international de gastro-entérologie* se tiendra à Paris du 13 au 15 septembre.

La séance inaugurale aura lieu sous la présidence de M. le Ministre de la Santé publique, le lundi 13 septembre, à 11 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Le Congrès international de l'*Insuffisance hépatique*, qui aura lieu à Vichy du 16 au 18 septembre, s'ouvrira le jeudi 16 septembre.

La séance inaugurale aura lieu au Casino de Vichy, à 16 h. 30, sous la présidence de M. le Ministre de la Santé publique.

Le 9e anniversaire de la fondation de El Dia Medico. — Notre grand confrère, *El Dia Medico* de Buenos Aires, publie à l'occasion de son 9e anniversaire un magnifique nu-

méro illustré contenant des travaux fort remarquables. Signalons un article sur les chirurgiens d'Europe, où figure en bonne place notre ami Antonin Gosset à côté de nos éminents confrères Bastianelli et Alessandri, de Rome.

Nous adressons à *El Dia Medico* nos vives félicitations et nos meilleurs vœux.

COURS ET CONFÉRENCES

Faculté de médecine de Paris. — COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LE DIABÈTE SUCRÉ (du 11 octobre au 23 octobre 1937). — Ce cours sera fait par M. le professeur RATHERY, avec la collaboration du professeur TERRIEN, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine ; du professeur JEANNIN, professeur de clinique d'accouchement à la Faculté de médecine ; du docteur THALHEIMER, chirurgien des hôpitaux ; du docteur MOLLARET, agrégé, médecin des hôpitaux ; des docteurs BOLTANSKI, Julien MARIE et KOURILSKY, médecins des hôpitaux ; du docteur FROMENT, ancien chef de clinique, médecin assistant du service ; des docteurs DEROT, Germaine DREYFUS-SÉE, SIGWALD, chefs de clinique et anciens chefs de clinique à la Faculté de médecine, et du docteur DOUBROW, chef de laboratoire.

PROGRAMME DU COURS :

I. *Etude biologique du diabète.* — Les troubles du métabolisme dans le diabète. L'acidose diabétique. — La physio-pathologie du diabète. — Le rôle des glandes vasculaires sanguines dans le diabète.

II. *Les méthodes d'examen d'un diabétique.*

III. *Etude clinique du diabète.* — Le diabète simple et le diabète consomptif. — Le diabète infantile. — Le diabète rénal. — Le diabète bronzé. — Les formes étiologiques du diabète (syphilis, traumatisme, etc.). — Diabète et grossesse.

IV. *Les complications du diabète.* — Les petits accidents nerveux. — Les accidents oculaires. — Les accidents cutanés : furoncles, anthrax, diabétides. — Les accidents cardio-vasculaires : le collapsus cardiaque. — Les gangrènes diabétiques. — Le coma diabétique. — Tuberculose et diabète.

V. *La thérapeutique du diabète.* — Le régime de Bouchardat et les régimes équilibrés. — L'insuline : propriétés et modes d'action. — Les traitements chimiques et hydrologiques. — Les succédanés de l'insuline. — Le traitement de fond du diabète simple et du diabète consomptif. — Les résultats de la cure insulinique dans le traitement de fond du diabète consomptif. — L'insulino-résistance. — Traitement du coma diabétique. — Les accidents dus à l'insuline et le coma insulinique. — Diabète et chirurgie. — L'avenir du diabétique.

Exercices pratiques, sous la direction du docteur DOUBROW et de M. DE TRAVERSE, chefs de laboratoire. — Les auditeurs seront initiés par petits groupes aux méthodes récentes de laboratoire concernant les recherches utiles dans l'étude et le traitement du diabète : la recherche et le dosage des sucres urinaires ; le dosage du sucre sanguin et les épreuves d'hyperglycémie provoquée ; le pH et la réserve alcaline ; la recherche et le dosage de l'acétone, de l'acide diacétique et de l'acide B oxybutyrique ; le métabolisme basal ; étude des lésions anatomo-pathologiques au cours du diabète, etc.

Visite quotidienne dans les salles et présentation de malades diabétiques par le professeur RATHERY.

Un diplôme sera délivré aux auditeurs à l'issue du cours.

Droit d'inscription : 250 francs. Les inscriptions sont reçues à la Faculté de médecine :

— Soit au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures ;

— Soit à l'A.D.R.M. (salle Béclard), tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Le cours n'aura lieu que si le nombre des inscrits n'est pas inférieur à dix.

Nécrologie. — Le docteur Edouard Dufourt, ancien interne des hôpitaux de Lyon, médecin consultant à Vichy. Nous prions son fils le docteur Paul Dufourt, de recevoir nos sincères condoléances.

— On annonce la mort à Carcassonne du docteur Louis Casals, chirurgien en chef honoraire des hôpitaux de cette ville.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

FEMMES MÉDECINS DES HÔPITAUX

M. Rives, député, demande à M. le Ministre de la Santé publique : 1° si une commission administrative des hospices peut refuser de faire figurer sur la liste des praticiens « offrant les garanties techniques et morales suffisantes » établie conformément à la circulaire du Ministre de la Santé publique en date du 28 septembre 1936, en vue de « respecter le principe de la liberté du malade de choisir son médecin », une femme docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux d'une ville de Faculté, proposée par son syndicat pour figurer sur ladite liste, uniquement en raison du sexe de l'intéressée ; 2° dans l'affirmative, en vertu de quelles dispositions légales. (Question du 17 décembre 1936.)

Réponse. — Aucune objection de principe n'a été élevée à l'encontre de la nomination de femmes comme médecins et chirurgiens des hôpitaux. Mais, aux termes de la loi du 7 août 1851, c'est la commission administrative de l'hôpital qui fixe en toute indépendance les conditions de recrutement et de nomination du corps médical.

(*J. O.*, 10 avril 1937.)

MALADIE PROFESSIONNELLE

M. Quenette, député, demande à M. le Ministre des Finances si un médecin ou vétérinaire atteint d'une maladie professionnelle, reconnue par la médaille des épidémies, peut déduire de son revenu, pour sa déclaration d'impôt sur le revenu, les frais qui lui ont été occasionnés par les soins de cette maladie. (Question du 18 février 1937.)

Réponse. — Réponse affirmative dans les circonstances de fait indiquées, réserve étant faite toutefois du cas où l'intéressé serait assuré contre le risque de la maladie.

(*J. O.*, 23 avril 1937.)

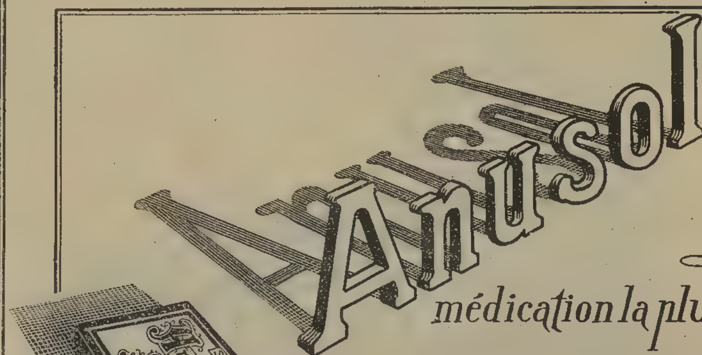
ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

M. Chichery, député, demande à M. le Ministre de l'Education nationale si un étudiant en médecine de troisième année, étant stagiaire dans un service quelconque, peut redoubler cette troisième année et faire en même temps son service militaire. (Question du 16 mars 1937.)

Réponse. — Réponse négative. Les actes de scolarité sont interdits aux militaires accomplissant leur temps de service légal.

(*J. O.*, 23 avril 1937.)




Anusol
ANUSOL
Anusol Suppos

REVUE GENERALE

LA CONCENTRATION EN IONS HYDROGÈNE, la CONCEPTION du PH, la RÉSERVE ALCALINE : leurs applications cliniques Les DIFFÉRENTES MODALITÉS de DÉSÉQUILIBRE ACIDO-BASIQUE du SANG (1)

Exposé de la question à l'usage du clinicien

Par M. JEAN ALBERT-WEIL,
Médecin des hôpitaux de Béziers,
ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Strasbourg,
ancien interne lauréat des hôpitaux de Strasbourg.

Notion de réserve alcaline. — Les actions régulatrices exercées par les différents systèmes biochimiques et les mécanismes physiologiques sont en général simultanées et dans un certaine mesure fonctions les unes des autres (voir par exemple Formule VII, p. 1119).

Par conséquent pour être renseigné sur la teneur du sang en ses éléments tampons, il suffirait de connaître la teneur en un quelconque de ces éléments. Pratiquement il ne pourra s'agir que de la teneur du sang en bicarbonates, le système acide carbonique-bicarbonates constituant, nous l'avons dit, le mode de défense *le plus immédiat* que le sang puisse opposer aux changements de réaction. On sait par ailleurs, et il appert de ce qui précède que l'acide carbonique libre circule dans le sang sous une tension telle *qu'il convertit automatiquement en bicarbonates toutes les bases non fixées par d'autres acides* (par exemple, voir Formule VI, page 11'8). Par suite les bicarbonates représentent, si l'on peut dire, un « capital de bases » non immobilisées par les acides fixes, et existant en excès dans le sang, capital en réserve utilisé éventuellement pour les actions tampons, qui seraient mises en jeu par l'arrivée d'acides.

Nous serons très exactement renseignés sur la teneur du sang en éléments régulateurs de la cH, si nous déterminons sa *réserve alcaline*, que l'on peut définir : *la teneur du plasma en bicarbonates alcalins*, sous une tension de CO^2 d'environ 40 mm. de HG.

La connaissance de la réserve alcaline pourra nous donner, d'autre part, quoique indirectement, des renseignements importants sur le fonctionnement des mécanismes physiologiques de la régulation...

Pour déterminer la Réserve alcaline il faut se placer dans des conditions particulières, de manière à éviter de nombreuses causes d'erreur.

La mesure de la concentration en CO^3BH effectuée sur un échantillon de plasma ne peut correspondre à la teneur en bicarbonates existant « in vivo » que si l'on opère en des conditions rigoureusement définies. Lorsque la tension partielle du CO^2 s'élève dans le plasma du sang circulant, ce milieu fait appel, nous l'avons vu plus haut, à des réserves de bases pour accroître le taux de ses bicarbonates. Ces réserves sont, nous le savons, principalement constituées par les protéinates et les chlorures alcalins, à un moindre degré par les phosphates. Inversement, lorsque la tension de CO^2 s'abaisse, la teneur en bicarbonates diminue, tandis que la plasma s'enrichit en protéinates et en chlorures (Formule VII). Il s'ensuit que la concentration en bicarbonates d'un échantillon de sang ou de plasma dépend directement de la pression partielle de CO^2, à laquelle ce sang ou ce plasma est soumis au moment de l'analyse (Welcker). A l'état normal, la pression partielle de CO^2 oscille autour de 40 mm. de mercure dans le sang artériel et veineux (42 à 45 mm. dans le sang veineux). C'est pourquoi en opérant à cette pression, qui correspond d'ailleurs à la tension de CO^2 dans l'air de l'alvéole pulmonaire, on obtient un chiffre correspondant sensiblement à la *teneur réelle du plasma en bicarbonates* (30). Van Slyke a donné le nom de Réserve alcaline à la valeur de la concentration en bicarbonates ainsi déterminée. La Réserve alcaline représente en somme la part du gaz carbonique, *qui correspond aux métaux alcalins du plasma*, c'est-à-dire qui se trouve combinée aux bases du plasma, lorsque la pression partielle de CO^2 est de 40 mm. de Hg.

Dans la mesure de la réserve alcaline du sang, on opère sur un sang prélevé par ponction veineuse, sans qu'on ait créé de stase (31) ou sur un sang artériel. On recueille le sang prélevé dans un tube à centrifugation citraté de manière à empêcher la coagulation, et contenant de la paraffine liquide. On évite ainsi tout contact du sang avec l'air, la paraffine recouvrant le niveau supérieur de l'échantillon ; la tension du CO^2 dans le sang prélevé reste donc sensiblement égale à ce qu'elle était dans le sang à l'intérieur de la veine ; elle demeure normalement d'environ 40 mm. de mercure ; on centrifuge le sang toujours sous paraffine, puis on pratique la mesure sur un échantillon du plasma.

Si on n'opérait pas en usant des précautions que je viens d'énumérer (32) on ne pourrait obtenir qu'un chiffre inférieur à la valeur exacte de la réserve alcaline : en effet, exposé à l'air, le sang perd assez rapidement sous forme de CO^2, une partie de son acide carbonique libre. Les actions tampons jouant, il va, dans ces conditions, se former dans le sang de nouvelles molécules de CO^3H^2 aux dépens des bicarbonates (le rapport $\frac{CO^3H^2}{CO^3BH}$ demeurant ainsi constant). Le taux des bicarbonates diminuera donc dans le sang.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des Hôp.*, 1937, n° 69, p. 1085, et n° 71, p. 1117.

(30) Abstraction faite, bien entendu, des troubles morbides dans lesquels la tension du CO^2 dans le sang est initialement augmentée ou diminuée : c'est ce qui a amené Bigwood à établir une distinction entre la *teneur réelle du plasma en bicarbonates*, teneur correspondant à la teneur de CO^2 existant dans le plasma à l'intérieur de la veine, au moment du prélèvement, *et la R. A.*, qui représente les bicarbonates existant dans ce même plasma sous une pression étalon de CO^2 de 40 MmHg. Nous verrons plus loin que dans les cas de déséquilibre acido-basique dus à une modification de la tension du CO^2 plasmatique, les notions de pH et R.A. doivent être complétées par l'étude de la tension du CO^2 alvéolaire.

(31) Les mesures pratiquées sur un sang en stase veineuse donnent des résultats inexacts.

(32) Il est à remarquer qu'il est indispensable d'user des mêmes précautions, lorsqu'on recueille un échantillon de sang, pour la détermination du pH plasmatique, de manière à éviter toute déperdition de CO^2, susceptible de fausser les résultats.

Des ions Na seront libérés, qui vont se combiner d'une part avec les protéines, d'autre part avec les ions Cl, qui passent des globules rouges dans le plasma, du fait du mécanisme de la régulation dû aux échanges osmotiques entre le plasma et les globules. Si l'on centrifuge alors on obtient un plasma dont la concentration en bicarbonates est inférieure à ce qu'elle était au moment du prélèvement et qui ne peut récupérer totalement cette teneur initiale, même lorsqu'on le soumet à nouveau à une pression de CO^2 de 40 mm. de Hg. A ce moment, les globules sont en effet séparés du plasma, et l'enrichissement de ce milieu en acide carbonique ne peut déterminer la formation de bicarbonates aux dépens des chlorures alcalins. Il faudrait pour cela que des ions Cl puissent pénétrer dans les globules, ce qui est impossible, puisque ceux-ci ne sont plus en contact avec le plasma. Dans ce cas le plasma ne peut donc disposer que des bases unies aux protéines pour augmenter le taux de ses bicarbonates.

Si au contraire on centrifuge un échantillon de sang, alors qu'il a été et qu'il se trouve encore soumis à une pression de CO^2 sensiblement la même que celle qui existait dans la veine, les protéinates plasmatiques n'ont pas été seuls à participer au processus d'enrichissement du plasma en bicarbonates. Grâce à la présence des globules, des ions Cl ont pu passer du plasma dans les globules, les chlorures ont donc pu céder une partie de leurs bases à l'acide carbonique ; la réserve alcaline du plasma présente donc une valeur intégrale au moment de la mesure.

Le plasma étudié dans ces conditions est un *plasma vrai.*

La détermination de la réserve alcaline du plasma sanguin se fait le plus souvent selon la méthode de Van Slyke.

Par cette méthode, *on considère la réserve alcaline comme mesurée, par la quantité d'acide carbonique que peut fixer (à l'état de bicarbonates) un échantillon de sang ou de plasma à la pression atmosphérique et à une tension de CO^2 égale à 40 mm. de mercure, et qui peut ensuite en être dégagée par acidification dans un vide partiel* (33).

Pour appliquer la méthode, on emploie l'appareil de Van Slyke. Ce serait sortir du cadre de cette étude de le décrire ici, et de donner la technique de son emploi. Il faut simplement savoir, qu'après avoir saturé le plasma vrai de CO^2 à la pression de 40 mm. de mercure (34) on en libère le *CO^2 total*, en acidifiant le plasma par une solution diluée d'acide sulfurique, dans une ampoule graduée où l'on réalise le vide à l'aide d'une colonne de mercure. Un dispositif spécial permet alors de séparer le liquide du gaz dégagé, et de mesurer sur le mercure le volume occupé par le gaz à la pression atmosphérique et à la température du moment. La mesure de la réserve alcaline est simple et ne nécessite que 1 cmc. de plasma.

Le volume trouvé est ramené par calcul au volume correspondant à 0° et 760 mm. de pression atmosphérique. Le chiffre obtenu donne en volume le *CO^2 libre et combiné*, contenu dans 1 cc. du plasma étudié ; le volume de ce CO^2 total est pratiquement considéré comme mesurant la réserve alcaline.

Pour un sang normal, on obtient par la méthode de Van Slyke des chiffres voisins de 60 volumes de CO^2 (mesurés à 0° et 760 mm. de Hg.) pour 100 volumes de sang. Au-dessus de 50, on peut considérer qu'il y a *acidose*, au-dessus de 70, qu'il y a *alcalose*.

Divers physiologistes ont reproché à la méthode de Van Slyke d'employer le plasma, c'est-à-dire de ne pas donner une idée exacte du pouvoir tampon du sang, des tampons très actifs se trouvant dans les globules rouges. Le sang, disent-ils, est un milieu éminemment instable. Le temps employé pour centrifuger et obtenir le plasma, même d'un sang pris sous paraffine, et l'opération elle-même suffisent pour en modifier sensiblement l'état physico-chimique. Ces objections ne peuvent tenir ; on connaît en effet les chiffres correspondants à un réserve alcaline normale, mesurée selon la technique de Van Slyke, technique qui, quelque imparfaite qu'elle puisse être, fournit des éléments solides de comparaison, permettant une étude sérieuse des mécanismes régulateurs de la réaction du sang.

D'autre part, la saturation du plasma en CO^2 sous une tension de 40 mm. de Hg. ne peut fausser les résultats, puisque le plasma considéré *ne contient qu'une quantité immuable de bases. En effet, il n'est plus en contact avec les globules rouges, et par conséquent les échanges osmotiques, qui ont eu lieu cependant avant que l'on pratique la mesure ne peuvent plus se faire à l'arrivée du CO^2.*

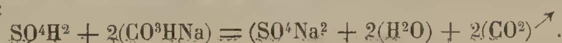
*
* *

LA TENSION DE L'ACIDE CARBONIQUE ALVÉOLAIRE ET LES DIFFÉRENTES MODALITÉS DU DÉSÉQUILIBRE ACIDO-BASIQUE DU SANG. — La connaissance du pH, *et surtout de la réserve alcaline*, donneront le plus souvent des renseignements suffisants sur les mécanismes régulateurs de la réaction du sang. Mais dans certains cas, les notions précédentes seront heureusement complétées par l'étude de la tension de l'acide carbonique alvéolaire (et surtout lorsque le trouble INITIAL est constitué par une modification de cette tension).

On sait que CO^2 se trouve dans l'alvéole pulmonaire sous une tension qui est égale à celle du CO^2 libre du sang artériel pulmonaire. Selon les cas cette tension sera augmentée ou diminuée. Considérons d'abord le cas d'une acidose diabétique, par exemple.

Dans ce cas la concentration en ions H augmente, par suite de l'apport dans le plasma sanguin d'acides fixes divers (acides acétoniques, etc.). Au cours de l'acidification il se formera grâce aux actions tampons de l'acide carbonique, des phosphates acides, etc.

(33) Rappelons que si nous acidifions par SO^4H^2 par exemple une solution aqueuse d'un mélange de CO^3HNa et de CO^3H^2, on aura :



$$SO^4H^2 + 2(CO^3HNa) = (SO^4Na^2 + 2(H^2O) + 2(CO^2)\nearrow .$$

(34) Un procédé courant employé pour obtenir une telle saturation consiste à saturer le plasma considéré d'air exprimé par expiration profonde par l'opérateur, qui vide ainsi ces alvéoles pulmonaires, dans l'atmosphère desquelles la tension de CO^2 est, on le sait, égale à 40 mm. de Hg.

La concentration en ions H devenant plus forte dans le milieu, il va y avoir nous le savons excitation des centres respiratoires, et la ventilation pulmonaire va devenir excessive. C'est en effet le *poumon qui est le plus important des régulateurs physiologiques de la concentration en ions H du plasma sanguin.* L'action régulatrice exercée par l'élimination de CO^2 par le poumon sera donc très importante. Cette élimination, *qui tend à rétablir la concentration en ions H à son taux normal,* sera si considérable qu'à *la fin de l'opération,* bien qu'il se soit formé du fait de l'acidification de nouvelles quantités d'acide carbonique aux dépens des bicarbonates, *la tension du CO^2 dans le plasma sanguin (et par conséquent dans l'air de l'alvéole pulmonaire) aura diminué,* et elle aura diminué d'autant plus qu'il y aura eu plus de bicarbonate de soude employé pour l'action tampon, c'est-à-dire que la réserve alcaline sera plus basse. En effet, moins il restera de bicarbonate de soude disponible, moins il pourra se reformer d'acide carbonique au cours de l'acidification et la tension du CO^2 devra par conséquent baisser, *tant que durera l'hyperventilation pulmonaire.*

La concentration en ions H pourra dans certains cas néanmoins être relativement élevée dans le plasma, du fait des autres éléments acides en excès, qui ne pourront plus être convertis en acide carbonique et sels alcalins.

Soit maintenant le cas d'une acidose, telle qu'on peut en observer au cours de la tuberculose étendue, ou dans la pneumonie avec cyanose. Dans ces cas, il y a rétention initiale de l'acide volatil, c'est-à-dire rétention de l'acide carbonique alvéolaire par insuffisance de ventilation pulmonaire. *Il y a donc élévation de la tension de l'acide carbonique alvéolaire.*

La détermination de la tension du CO^2 alvéolaire peut se faire par la technique indiquée par Haldane et Priestley, en utilisant l'appareil de Haldane pour l'analyse des gaz respiratoires. Normalement et au repos, l'air alvéolaire contient environ 5,6 % de CO^2, ce qui correspond à une tension de CO^2 d'environ 40 mm. de Hg. (42,5 mm.).

LES DIFFÉRENTES MODALITÉS DU DÉSÉQUILIBRE ACIDO-BASIQUE DU SANG. — L'étude comparée du pH, de la réserve alcaline du plasma sanguin, et de la tension du CO^2 alvéolaire, ont permis de distinguer des modalités variées de déséquilibre acido-basique dans le milieu sanguin. Nous avons vu plus haut que l'acidose correspond à une augmentation de la valeur du rapport :

$$\frac{CO^3H^2 \text{ (acide carbonique libre du sang)}}{CO^3BH \text{ (acide carbonique combiné)}}$$

c'est-à-dire bicarbonates entraînant une élévation de l'acidité ionique du sang ; que l'alcalose au contraire correspond à une diminution de la valeur de ce rapport, entraînant un abaissement de l'acidité ionique du sang.

L'étude de l'équilibre acide-base se ramène à l'analyse du rapport $\frac{CO^3H^2}{CO^3BH}$ et des divers facteurs susceptibles d'en modifier la valeur (35). La théorie prévoit et l'expérience vérifie que le rapport précédent peut être altéré essentiellement de *quatre façons différentes,* selon que l'altération initiale consiste dans une augmentation ou dans une diminution du numérateur ou du dénominateur.

De plus dans chacun de ces cas, deux éventualités sont possibles, selon que l'altération du facteur en cause est compensée ou non compensée par une réaction en sens parallèle de l'autre facteur. Si cette réaction compensatrice est suffisante, le rapport $\frac{CO^3H^2}{CO^3BH}$ présente une valeur voisine de $\frac{1}{20}$ (pH = 7,30 à 7,40). La concentration en ions H du sang n'est pas affectée. Dans le cas contraire, elle est altérée (pH < 7,30 ou pH > 7,40).

Les formes incomplètes d'acidose ou d'alcalose dans lesquelles le rapport $\frac{CO^3H^2}{CO^3BH}$ garde sa valeur normale portent le nom *d'acidoses* ou *d'alcaloses compensées.* Par opposition, on appelle *acidoses ou alcaloses décompensées,* les états dans lesquels la réaction sanguine se trouve modifiée, malgré l'action des mécanismes régulateurs, qui ne peuvent que neutraliser et éliminer une partie des acides ou des bases accumulés dans l'organisme.

D'autre part, on distingue deux sortes d'acidoses et d'alcaloses : dans les unes, *acidoses et alcaloses gazeuses,* la perturbation initiale affecte l'acide carbonique libre (acide volatil) ; dans les autres, *acidoses et alcaloses non gazeuses,* elle affecte les bicarbonates.

1er cas : *Acidoses non gazeuses,* sont dues soit à des troubles du métabolisme aboutissant à la formation d'acides fixes divers (types : acidose diabétique, acidose de jeûne) (36), soit à la rétention d'acides fixes (type : acidose des néphrites). Cette formation exagérée, ou cette rétention d'acides fixes provoque une diminution du taux des bicarbonates.

L'excès d'acide carbonique produit provoque une hyperventilation pulmonaire, entraînant un abaissement du taux du CO^2 :

On a :

Tension du CO^2 alvéolaire — ;
Réserve alcaline — ;
pH en général sensiblement normal.

Il y a diminution parallèle des deux facteurs du rapport $\frac{CO^3H^2}{CO^3BH}$.

Si la réserve alcaline baisse encore, la décompensation apparaîtra, le pH commencera à décroître, l'hyperventilation pulmonaire s'atténuera, la tension du CO^2 alvéolaire redeviendra sensiblement normale.

(35) pH étant le logarithme de l'inverse du nombre exprimant la c^H et étant égal, nous l'avons vu, d'après l'équation de Hasselbach, $\frac{1}{K_2} + \log. \frac{CO^3BH}{CO^3H^2} = 6,1 + \log. \frac{CO^3BH}{CO^3H^2}$, sera égal à une constante lorsque $\frac{CO^3BH}{CO^3H^2}$ égalera une constante. Si la valeur de ce dernier rapport augmente, le pH augmentera ; si elle diminue, il diminuera.

(36) Parmi les acidoses non gazeuses dues à la formation exagérée d'acides fixes, on peut ranger aussi les acidoses produites par l'exercice musculaire prolongé (formation d'acide lactique dans les muscles en travail).

Il faut noter que l'on pourrait aussi observer une acidose non gazeuse par élimination exagérée d'alcalins : c'est ce qui se produit dans l'athrepsie, et dans tous les états diarrhéiques prononcés : la diminution de la réserve alcaline tient sans doute à une élimination exagérée de bases par la voie intestinale.

2e cas : *Alcaloses non gazeuses* (type : par ingestion de bicarbonate de soude à forte dose).

Il y a élévation initiale du taux des bicarbonates. Cette élévation du taux des bicarbonates a pour effet d'introduire dans le mélange CO^3BH, CO^3H^2 contenu dans le sang, des ions CO^3H en excès. Pour que la relation d'équilibre du HCO^3H soit satisfaite, il faut qu'un certain nombre d'ions H s'unissent à un certain nombre d'ions CO^3H pour former de nouvelles molécules non dissociées CO^3H^2. L'acidité ionique va donc forcément baisser. D'ailleurs CO^3BH augmente, sans que CO^3H^2 croisse dans les mêmes proportions. Le rapport $\frac{CO^3H^2}{CO^3BH}$ diminue donc, le rapport $\frac{CO^3BH}{CO^3H^2}$ augmente, et par conséquent le pH augmente aussi.

La respiration se ralentit pour augmenter la tension du CO^2 alvéolaire, l'urine contient des bicarbonates.

On a donc :

Tension du CO^2 alvéolaire qui ne change pas ;

Réserve alcaline + ;

pH +.

Il s'agit d'une alcalose non gazeuse nettement décompensée.

3e cas : *Acidoses gazeuses par rétention de l'acide volatil* (cas de tuberculose pulmonaire étendue par exemple, ou d'un sujet respirant dans une atmosphère riche en CO^2).

Elévation *primitive* du numérateur du rapport $\frac{CO^3H^2}{CO^3BH}$ et du dénominateur du rapport $\frac{CO^3BH}{CO^3H^2}$. Par conséquent abaissement du pH.

On a :

Tension du CO^2 alvéolaire +.

Réserve alcaline : ne change pas ou augmente légèrement, le CO^3H^2 en excès convertissant partiellement les bases du sang en bicarbonates.

pH —.

L'urine contient en général un excès d'acides. Dans certains cas d'emphysème, qui diminue des échanges gazeux au niveau du poumon, on peut observer une acidose gazeuse compensée : élévation de la tension du CO^2 alvéolaire, élévation concomitante de la R.A. Le pH est normal.

4e cas : *Alcaloses gazeuses* (type : états d'anoxémie, mal des montagnes, etc.).

Il y a échappement excessif de l'acide carbonique, c'est-à-dire, diminution initiale de l'acide carbonique.

Le rapport $\frac{CO^3H^2}{CO^3BH}$ diminue, le rapport $\frac{CO^3BH}{CO^3H^2}$ augmente ; le pH augmente.

On a donc :

Tension du CO^2 alvéolaire +.

Réserve alcaline qui ne change pas.

pH +.

Les urines contiennent des bicarbonates, et possèdent un pH élevé.

Nous venons de résumer très rapidement les diverses variétés de désquilibre physico-chimique du sang. Il faut noter que les états d'acidose aboutissent au coma s'ils s'accentuent, et les états d'alcalose en général à la tétanie.

Il nous paraît utile d'insister un peu sur les acidoses les plus importantes : à savoir surtout les acidoses non gazeuses dues au diabète, et aux néphrites, et sur certaines alcaloses.

L'acidose diabétique. — L'acidose diabétique réalise le type de l'acidose non gazeuse. Les acides diacétique et β oxybutyrique qui la déterminent sont des acides fixes relativement forts. Ils sont produits souvent très abondamment. Dans ces conditions on comprend que dans les cas graves avec coma la réserve alcaline soit parfois très fortement diminuée.

Il faut noter que les troubles imputés à l'acidose diabétique, étant autant liés à la cétose (augmentation des corps cétoniques dans le sang) et à d'autres facteurs, qu'à l'acidose proprement dite (acidose et cétose s'accompagnant d'ailleurs presque toujours dans le diabète grave), les troubles morbides apparaissent bien avant la décompensation. A la période de précoma, le malade est dans un état de torpeur invincible, avec céphalée, et parfois douleur épigastrique et à la région pancréatico-duodénale. L'amaigrissement est considérable. Les urines sont rares, l'organisme est déshydraté. La respiration prend le type spécial de Kussmaul. L'haleine présente une odeur spéciale, qui résulte de la présence des corps cétoniques dans le sang.

La circulation se ralentit, le malade se cyanose.

Dans les urines, présence constante de sucre ; présence d'acide diacétique décelé par la réaction de Gerhardt, et d'acétone, décelée par la réaction au nitroprussiate de soude. Les urines sont très acides.

Si on recherche alors la réserve alcaline, on la trouve aux environs de 30, quelquefois de 20, et même dans un cas de 10. Il faut insister sur la valeur pronostique de la réserve alcaline dans le diabète grave. Un abaissement très notable (au-dessous de 30) implique un pronostic immédiat fatal, si l'on n'établit pas d'urgence une cure insulinique intensive.

Tout sujet chez lequel la réserve alcaline est notablement abaissée, même, comme il peut arriver parfois, si les symptômes cliniques ne semblent pas redoutables, sera menacé d'accidents acidosiques, et sera justiciable par conséquent *d'une cure insulinique sérieuse et prolongée, combinée à un traitement diététique rationnel.*

La mesure de la réserve alcaline permet d'établir avec certitude le diagnostic d'acidose diabétique. Ce diagnostic peut être affirmé dès que la réserve alcaline s'abaisse au-dessous de 40 volumes % de plasma ; le pronostic n'étant évidemment pas immédiatement sévère, s'il ne s'agit que d'un léger abaissement de la R. A. Ce léger abaissement cependant imposera une cure insulino-diététique.

L'acidose des néphrites. — Cette acidose rénale tient à l'imperméabilité du rein aux acides et à des facteurs très complexes. *La rétention chlorurée joue vraisemblablement un rôle dans sa pathogénie.* Au

point de vue clinique, cette acidose se rapproche beaucoup de l'acidose diabétique, surtout dans sa phase terminale. Elle est d'évolution souvent très parallèle à l'élévation du taux de l'urée dans le sang.

D'une façon générale il y a acidose chaque fois qu'il y a rétention azotée, et surtout chlorurée un peu marquée, accompagnée de symptômes cliniques d'urémie.

L'acidose semble être constante à une période avancée de l'évolution des néphrites chroniques, dites azotémiques, et qui rentrent le plus souvent dans le cadre des rétentions chlorurées sèches (Léon Blum).

Dans les néphrites albumineuses, ne s'accompagnant pas de rétention uréique et chlorurée notable, la R. A. s'est montrée normale, ou exceptionnellement légèrement abaissée. Au cours des néphrites aiguës et subaiguës, on ne note généralement de l'acidose que lorsque la lésion rénale est grave et s'accompagne de rétention d'urée et de rétention chlorurée marquées.

Absente en cas d'albuminurie d'origine cardiaque, l'acidose semble chez les cardio-rénaux être surtout en rapport avec la prédominance du facteur rénal.

L'acidose au cours des néphrites a une valeur pronostique très réelle, sur laquelle il faut insister. Il y a une relation nette entre la baisse de la R. A. et l'aggravation clinique. Plus l'acidose augmente, plus il faut craindre une urémie sévère, et une issue fatale et rapprochée. Les déterminations fréquentes, non pas tant du pH, puisque l'acidose rénale est en général compensée, mais surtout de la R. A. au cours des néphrites, sont donc, on le conçoit, d'un puissant intérêt.

Alcaloses. — On peut expérimentalement par l'hyperpnée volontaire réaliser les conséquences cliniques de l'alcalose.

Un sujet ayant un pH de 7,35 et une R. A. de 64, c'est-à-dire tous deux normaux, respire suivant un rythme accéléré de 35 à 40 inspirations par minute. Il ressent tout d'abord des fourmillements dans les doigts et dans les pieds, puis au bout de 5 à 10 minutes, les contractures commencent à se manifester ; les doigts se raidissent, et les mains se contractent pour prendre l'aspect en fuseau (main d'accoucheur) ; les réflexes tendineux sont exagérés, il y a clonus du pied et de la rotule.

Dès que l'hyperpnée cesse, les symptômes s'amendent peu à peu. Un quart d'heure après le début d'expérience le pH était monté à 7,51 et la R.A. s'était abaissée à 54,7 (Turpin, cité par Vincent). Il est admis par la plupart des auteurs que l'état d'alcalose, s'il s'accentue, aboutit à la tétanie. On a rattaché au syndrome alcalosique la tétanie par ablation des parathyroïdes et la tétanie infantile (toutefois la question de l'alcalose dans la spasmophilie infantile est très discutée à l'heure actuelle).

Par ailleurs dans certains états pathologiques (état de choc, épilepsie essentielle) on peut observer des acidoses ou des alcaloses non compensées. La régulation neutralisatrice semble dans ces cas faire défaut. Il s'agit de dysrégulations complexes encore mal connues.

***

On a pu voir par les quelques exemples que nous venons de citer en quels domaines variés de la pathologie et de la physiologie la notion d'équilibre acide-base, la connaissance de la tension du CO^2 alvéolaire, du pH, et surtout de la réserve alcaline, se sont montrées fécondes. Il reste cependant beaucoup à faire encore dans l'étude des acidoses, et plus encore des alcaloses. Cependant dès maintenant la pratique des différentes méthodes que nous venons d'étudier a fait connaître dans de nombreux troubles morbides des faits ignorés auparavant (36) et a permis dans certains cas d'instituer des traitements rationnels.

D'un grand intérêt théorique, la détermination de la réserve alcaline présente aussi une utilité pratique et immédiate : l'établissement du pronostic et la surveillance de l'effet du traitement dans un certain nombre d'affections, entre autres et surtout dans le diabète et les néphrites.

Il serait donc très important que les méthodes que nous venons d'étudier soient connues et comprises des médecins. Il ne s'agit évidemment pas de tomber dans des excès qui prêtent à la juste critique de certains chimistes, et de généraliser, sans discernement, leur application. Il est bien des maladies pour lesquelles la connaissance de la R.A. et du pH n'apportera aucun élément diagnostique ou pathogénique nouveau. Mais il n'y a pas de doute, cependant, que dans bien des cas, l'emploi judicieux des méthodes nouvelles n'apporte des renseignements utiles, *et parfois essentiels*. Aucun clinicien ne peut donc et ne doit les ignorer.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD. Troubles des échanges nutritifs. Masson, éditeur. Tome I, p. 174 et suivantes.

BIGWOOD. 1° La concentration en ions H du sang. *Liége médical*, N° 33, 17 août 1924. — 2° L'équilibre acide-base du sang à l'état normal et chez le malade. (*Annales de médecine*, tome XVII, 1925, pages 89 et suivantes.)

BLUM, DELAVILLE et VAN CAULAERT. Sur la pathogénie du rachitisme : rapport entre les phénomènes d'ossification et de calcification et l'état physico-chimique du sang. (*Paris médical*, 17 juin 1925.)

COPAUX. Introduction à la chimie générale. Gauthier-Villars et Cie, éditeurs, 1919.

COSTE. Equilibre acido-basique des milieux biologiques. (*Presse médicale*, 10 juin 1925.)

DELORE. La réserve alcaline, moyen d'étude clinique des états d'acidose et d'alcalose. Acidose diabétique et acidose rénale. (*Presse Médicale*, N° 4, 14 janvier 1925.) — Facteur acide-base et tuberculose pulmonaire. G. Doin et Cie, éditeurs, 1936.

DERRIEN et FONTÈS. Travaux pratiques de chimie biologique.

GIGON. L'équilibre acide-base du sang dans diverses conditions physiologiques et pathologiques. (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 1925, N° 28.)

GLEY. *Traité élémentaire de Physiologie* (Baillère et Fils).

HEDON. Précis de Physiologie.

(37) Disons à ce propos que dans certains troubles du métabolisme, dont la pathogénie était mal connue, la détermination de la R. A. a pu apporter des éléments nouveaux : par exemple la R. A. s'est montrée nettement abaissée au cours du rachitisme floride : il y a acidose, entraînant des troubles dans le métabolisme du calcium. (Léon Blum, Delaville, et Van Caulaert.)

HALDANE. A new apparatus for accurate blood gas analysis. (*Journ. of Path. and Bact.* Vol. XXVII, 1920, p. 443.)
KOLTHOFF. La détermination colorimétrique de la concentration en ions hydrogène. Traduction française, par Edmond Vellinger. Gauthier-Villars et Cie, éditeurs.
KOPACZEWSKI. Les ions d'hydrogène, signification, mesure, applications, données numériques. Gauthier-Villars, éditeurs, 1927.
LAMBLING. Biochimie.
LEGENDRE. La concentration en ions H de l'eau de mer. Le pH. Méthodes de mesure, etc. (*Les Presses Universitaires de France*, 1926.)
MICHAELIS. *Manuel de technique de physico-chimie.* Traduction H. Chabanier et Lobo-Onell. Masson, 1923.
VAN SLYKE. *Journal of Biological Chemistry*, 1921, N° 48.
VINCENT. Applications biologiques et cliniques des notions modernes d'acidité et d'alcalinité. (*Annales des Laboratoires clin.*, N° 5, sept.-oct. 1926.)
WELCKER. Réserve alcaline et pH sanguin dans l'acidose diabétique. (*Thèse de Paris*, 1926. Jouve et Cie, éditeurs.)
ZUNZ. Eléments de pharmacodynamie générale. Masson, éditeur, 1930. — Eléments de pharmacodynamie spéciale. Masson, éditeur, 1932.

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHIATRIE INFANTILE (1)

(Paris, 29 juillet — 1er août 1937.)

II. Psychiatrie scolaire

Rapport de M. le docteur TRAMER (Suisse)

L'auteur étudie les principes généraux des méthodes d'éducation, surtout dans leur application aux enfants anormaux.

L'insuffisance de l'enfant à l'école n'est que l'indicateur psychique de causes physiques ou fonctionnelles, nombreuses (18). L'insuffisance peut être d'ordre intellectuel ou émotionnel et caractérologique. Les dysharmonies du développement jouent un très grand rôle ; il faut étudier le facteur personnel familial, extra-familial, faire un examen établissant l'âge sexuel, le niveau moteur, intellectuel, du caractère ; les méthodes doivent s'adapter aux particularités psychiques et à leur niveau. Le psychiatre doit jouer un rôle important dans l'éducation de l'anfant débile en présence de troubles du caractère.

Rapport de M. le professeur Benigno DI TULLIO (Italie)

Il est presque impossible d'avoir l'expérience de tous les types de mineurs anormaux, aussi chacun doit-il traiter de la partie de l'éducation de ces enfants dont il a l'expérience. L'auteur envisage les mineurs présentant des tendances antisociales et criminelles. Ils peuvent se classer en deux grands groupes comprenant : les *occasionnels* (mineurs en abandon moral ou mineurs dévoyés) ; les *constitutionnels* (mineurs anormaux psychiques avec dispositions criminelles et mineurs prédisposés de constitution à la criminalité. L'éducation de ces sujets doit commencer par un traitement physique, médical, étant donnée la fréquence des faiblesses constitutionnelles, intoxications, etc. Ensuite, seulement, on complètera par la méthode pédagogique.

Rapport de Mme le docteur Claire VOGT-POPP (France)

L'arriéré éducable est toujours un débile moteur (soit par séquelles d'encéphalopathie infantile, soit, le plus souvent, syndrome de débilité motrice de Dupré). Cette débilité motrice, mesurable par les tests d'Ozeretzky, a une grande importance, car si à l'âge scolaire c'est la débilité intellectuelle qui gêne le plus, plus tard c'est la débilité motrice qui empêche l'apprentissage d'un métier. L'enfant arriéré éducable ne peut y parvenir que s'il reçoit très tôt une éducation motrice spéciale. La base de cette rééducation motrice est la gymnastique rythmique ; la musique crée de véritables réflexes auditivo-moteurs. On suit la rééducation à l'aide des tests moteurs d'Ozeretzky. On développera particulièrement l'habileté manuelle. En général l'arriéré doit être orienté vers un métier non spécialisé.

Rapport de M. le docteur MALE (France)

La rééducation du caractère paraît reposer sur une connaissance précise du terrain biologique, de la constitution psychologique, des événements de la vie affective et des réactions mêmes de l'enfant. Elle se plie mal aux méthodes collectives et conserve un sens individuel. Le point capital paraît l'établissement d'un triage et d'un pronostic soigneux qui tient compte non seulement des troubles présentés par l'enfant, mais de la part constitutionnelle ou acquise qu'ils semblent inégalement associer. Il s'agit de savoir s'il y a une plasticité et un fonds affectif suffisants pour tenter un effort. Il faut sans cesse distinguer, en présence d'un défaut ou d'un vice, s'il est une attitude ou s'il est au contraire une disposition foncière. Rien ne remplacera pour fixer ce bilan, une expérience de l'enfant, faite au delà des faits précis, des contacts intuitifs avec sa vie affective. Les méthodes de rééducation varieront selon que l'on se trouve en présence de troubles élémentaires, de troubles primaires des instincts ou, au contraire, de troubles constitués du caractère ou de perversions. Dans le premier cas, la rééducation n'est guère que le dressage ; elle s'accompagne des traitements médicaux, des rééducations motrices et intellectuelles. Dans le deuxième cas, la psychothérapie individuelle inspirée des notions analytiques, la séparation d'avec le milieu, le placement dans un institut de rééducation où sont appliquées des méthodes collectives, seront indiqués selon les cas. Enfin, le problème des pervers pose celui de la délinquance infantile et des maisons de rééducation surveillée que nous avons essayé d'ébaucher.

Rapport de M. le docteur A. VAN WOORTHUYSEN (Hollande)

On tend, en Hollande, à laisser les faibles d'esprit dans leurs familles, en leur donnant un enseignement dans des écoles presque toutes indépendantes (écoles extraordinaires), avec sections distinctes pour arriérés et imbéciles. L'admission n'est faite qu'après examen médico-pédagogique. Plutôt que de faire acquérir autant de connaissances que possible, on vise à la formation du caractère, aux travaux pratiques (classes ménagères par exemple pour les filles) qui font comprendre à l'enfant qu'ils font partie d'une communauté où ils ont leur tâche. On veille encore au bien-être physique des enfants ; les leçons de gymnastique sont journalières. Pour les élèves âgés et anciens élèves, on a établi, en particulier, des ateliers de travail, évitant l'internement en hospice.

Discussion. — M. le professeur Hamburger et Mlle le docteur Hilda Xrampfeitschek y ont pris part.

Communications

L'assistance familiale aux enfants anormaux à Gheel, par Mme le docteur E. R. JACOBI (Belgique).

La démutisation des enfants déficients, par le docteur Henriette HOFFER, médecin pédagogue.

Succès et insuccès dans le traitement des enfants difficilement éducables, par le docteur WEIGL (Roumanie).

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 72, p. 1138.

Le patronage médico-pédagogique moyen d'observation de l'enfance difficile, par MM. les docteurs MINKOWSKI et POLNOW (France).

Quelques considérations sur les causes et les premières manifestations de la débilité mentale, par M. Erich STERN (Paris).

L'importance du dessin pour l'étude psychanalytique de l'enfant, par Mme le docteur MORGENSTERN (France).

Valeur de l'asymétrie faciale dans l'appréciation du caractère, par M. le docteur PRÉAUT (France).

III. Psychiatrie juridique

RAPPORTS

La débilité mentale comme cause de la délinquance infantile et juvénile

Rapport de M. le professeur CORBERI (Milan)

L'auteur étudie la débilité intellectuelle chez des délinquants mineurs, les anomalies affectives étant délibérément laissées en dehors et la délinquance envisagée du point de vue de la législation italienne. En Italie, depuis la loi de 1934 ont été organisés des centres d'observation pour mineurs auprès de tous les tribunaux de l'O. N. de l'Enfance et de la Maternité. Un médecin, secondé par un spécialiste, les dirige. Un service social fonctionne également. La débilité mentale ne peut être estimée à moins de 35 p. 100, d'après les travaux de l'auteur et du docteur O. Vergani. Le rapporteur croit que l'incapacité du déficient intellectuel à prévoir les conséquences de ses actes peut influencer le développement des complexes idéo-affectifs en relation avec le délit lui-même. Les méthodes efficaces appliquées aux sujets normaux sont utilisables ici.

Rapport de M. le docteur M. C. I. C. EARL (de Caterham) (Grande-Bretagne)

La déficience intellectuelle n'est pas la cause directe de la délinquance dans le sens que l'enfant ne sait pas que ce qu'il fait est mal, car on observe surtout la délinquance parmi les moins touchés. Un très petit nombre de délinquants, à Londres, ont pu être considérés comme de vrais déficients. La déficience intellectuelle devient surtout un obstacle au moment où l'enfant commence à apprendre à lire, ce qui est plus difficile pour le déficient que pour l'enfant normal. Deux réactions sont alors possibles : l'agressivité, qui se voit surtout chez les imbéciles, et la névrose. L'auteur estime qu'une méthode thérapeutique spéciale doit être appliquée pour éviter de demander un effort excessif à ces enfants et pour n'avoir plus recours aux institutions spéciales réservées aux grands déficients.

Rapport de M. le professeur Victor FONTES (Portugal)

Il faut unifier les classifications des anomalies mentales de l'enfant. Le débile, enfant sans altérations de l'affectivité, peut se servir du langage parlé ou écrit et ne peut dépasser le niveau d'un enfant de 12 ans. Anormal de l'intelligence, il faut, à côté de lui, envisager l'anormal du caractère : le psychopathe, plus important au point de vue social. La thérapeutique diffère selon les cas et le succès plus assuré dans la débilité. Les mesures à prendre sont des mesures de correction et de rééducation. Le psychiatre seul est qualifié devant le juge pour servir à l'interprétation du délit. L'auteur conclut en souhaitant qu'on développe dans tous les pays l'enseignement de la psychiatrie infantile, des services spécialisés près des centres d'enfants délinquants et l'assistance aux enfants atteints d'anomalies mentales.

Rapport de M. le professeur Stefanesco GOANGA (de Cluj) (Roumanie)

Les débiles, dont parle l'auteur, sont des sujets ne dépassant pas 10 ans de niveau mental et dont le coefficient d'intelligence est au-dessous de 70. Ils ont été examinés parmi les délinquants (273 garçons et 36 filles), des instituts d'éducation corrective de Roumanie (Gherla et Cluj) internés pour des délits des plus variés. Les tests utilisés sont des tests collectifs non verbaux de l'Institut de Psychologie de l'Université de Cluj. Le pourcentage des débiles mentaux délinquants est de 31,13 pour les garçons ; 38,88 pour les filles. L'auteur préconise comme mesures pratiques : 1° des mesures eugéniques pour réprimer la débilité mentale héréditaire dans la plupart des cas ; 2° des mesures éducatives et sociales pour empêcher les débiles mentaux de devenir délinquants ; d'où la nécessité d'Instituts spéciaux. L'âge mental doit entrer en ligne de compte dans l'appréciation de la responsabilité.

Rapport de M. le professeur Fahreddin KERIN GÖKAY (d'Istamboul)

En Turquie, les enfants de 11 ans n'encourent aucune responsabilité pénale, ceux de 11 à 13 ans doivent être envoyés à l'Institut médico-légal pour juger de leur discernement. Ceux de 15 à 20 ans ne sont soumis à l'examen médical que lorsqu'il est prétendu qu'ils sont atteints d'une maladie psychique.

L'auteur publie une statistique portant sur 668 dossiers de l'Institut médico-légal, qui met le vol et l'attentat à la pudeur au premier rang des délits et fait part des observations tirées des statistiques fournies par le plus grand hôpital psychiatrique de Turquie et par l'Asile de sauvetage pour enfants créé par la municipalité de Stamboul.

Rapport de M. le docteur HEALY, de Boston (U. S. A.)

L'auteur dégage dans son rapport les 10 points essentiels qui suivent :

1° Le problème de la délinquance juvénile est différent suivant les pays et en rapport avec les traditions et la culture de chaque pays.

2° Le présent rapport traite du rôle joué par la déficience intellectuelle chez les délinquants dans les Etats-Unis d'Amérique.

3° Il n'y a pas de rapports directs entre la déficience intellectuelle et la délinquance.

4° Les tests mentaux habituels à eux seuls ne peuvent donner des précisions suffisantes quant aux rapports entre l'individu et le milieu social.

5° Pour le diagnostic et le pronostic, il est nécessaire également de faire un examen psychiatrique de la personnalité du sujet et du milieu social dans lequel il vit.

6° Les causes de la délinquance sont les mêmes, qu'il s'agisse d'individus normaux ou déficients, avant tout absence d'éducation au foyer et un entourage ne favorisant pas leur développement moral et la satisfaction de leurs besoins.

7° Le haut pourcentage de déficients qu'on constate dans les tribunaux pour mineurs et dans les maisons de correction nous induit en erreur, car il est dû au fait que le débile mental ne sait échapper aux poursuites et au fait aussi que les tribunaux ont tendance à ne pas le laisser en liberté surveillée.

8° En relisant des observations de centaines de délinquants normaux ou déficients, on s'aperçoit qu'après plusieurs années, les deux groupes ont pu également bénéficier d'une rééducation sociale adéquate.

9° Les instituts pour délinquants déficients sont utiles pour ceux qui peuvent être rééduqués, mais on y envoie souvent des enfants d'autre catégorie.

10° Les sujets psychopathes mentalement déficients constituent un problème social grave qui ne peut être résolu qu'en segmentant les institutions pour chaque catégorie de déficients.

Rapport de M. le docteur Alexander R. LURIA (U. R. S. S.)

La difficulté principale dans l'étude clinique des oligophrénies dépend de l'absence d'analyse précise des insuffisances cérébrales qui servent de base aux oligophrénies et du manque de connaissance des influences de ces insuffisances sur le développement psychologique de l'enfant. L'auteur montre que les oligophrénies sont loin d'être toujours des affections globales du cerveau. Certaines oligophrénies ont pour base des défauts cérébraux partiels. L'influence de lésions semblables du système nerveux peut être différente. Le moment du développement où se réalise la lésion intervient au premier chef. Des observations d'affection de la zone optico-gnostique du cerveau, de lésions de la zone de gnosie verbale le prouvent. L'investigation des états oligophrènes au moyen de l'analyse des systèmes fonctionnels atteints ne découvre pas seulement de nouvelles possibilités de précision des formes de l'oligophrénie, mais conduit à l'étude de la « localisation chronogène » des processus psychologiques dans l'écorce du cerveau humain.

Rapport de M. le docteur A. MACÉ DE LÉPINAY

L'étude de 670 dossiers de mineurs délinquants de 13 à 18 ans a montré que 26, 3 % ont un niveau mental inférieur à 10 ans. Les réponses de ces garçons aux différents tests ont montré le manque de dispersion des réponses, et la pauvreté toute particulière du raisonnement logique, de l'imagination verbale et de la possibilité d'abstraction. La comparaison de ces lacunes avec celles d'enfants délinquants d'âge mental un peu plus élevé montre bien que la capacité de discernement correspond bien à 10 ans. On retrouve constamment d'un dossier à l'autre l'instabilité et la suggestibilité. Plus que les autres sujets, les débiles sont plus facilement dépendants des conditions antérieures de la vie, physiques et sociales. Une éducation pénale, dans laquelle la part du médecin est grande, doit être donnée au débile dès son plus jeune âge.

Rapport de M. le docteur POSTMA (Hollande)

Le rapporteur présente le résultat d'un examen de l'intelligence de jeunes filles antisociales qui ont passé dans une école correctionnelle. Par une méthode nouvelle tentant de séparer l'influence de l'hérédité et du milieu, l'auteur trouve que l'intelligence va diminuant dans les groupes, des cadets aux aînés, des petites familles aux familles nombreuses. L'intelligence la plus diminuée des enfants aînés de familles nombreuses s'approche de celle des enfants criminels.

Le facteur criminogène est l'état appauvri dans la famille nombreuse, le manque de direction dans les petites familles. Des mesures telles qu'assistance aux familles nombreuses, lutte contre la dissolution de la famille doivent permettre de combattre les causes de ces conduites antisociales.

Rapport de M. le professeur URECHIA, de Cluj (Roumanie)

Le milieu peut déterminer des enfants normaux à commettre des méfaits, mais un grand nombre d'enfants délinquants proviennent de débiles mentaux, de dégénérés, de névropathes. Les actes réprouvables peuvent être causés pour diverses raisons : par les constitutions cyclothymiques, le caractère paranoïde ou schizoïde, l'épilepsie, les perversions instinctives. L'auteur envisage ensuite la part étiologique respective des tares héréditaires nerveuses, des infections, des hydrocéphalies, des traumatismes obstétricaux, cérébraux de l'enfance ; l'influence du milieu social, de la contagion, du chômage, de la situation d'enfant non légitime, toutes causes pouvant favoriser la délinquance. Les mesures préventives doivent être médicales et sociales.

Rapport de M. le professeur VERMEYLEN (Belgique)

La notion même et les limites de la débilité mentale doivent être envisagées avant une telle étude. Il faut revoir la valeur criminogène de la débilité mentale, car les statistiques comparées montrent qu'il n'y a pas beaucoup plus de débilité mentale parmi les jeunes délinquants que parmi les enfants ordinaires. C'est l'inadaptation sociale et non la débilité mentale en elle-même qui est la cause de la délinquance. Enfin le type mental a plus d'importance que la déficience elle-même dans la genèse de la délinquance. Il intervient également dans la nature du délit, d'où son importance.

La débilité mentale comme cause de délinquance infantile et juvénile

Rapport de M. le docteur Paul VERVAECK (Belgique)

On a longtemps admis l'influence prépondérante de la débilité mentale dans la délinquance infantile. Cependant, nombre de débiles n'évoluent pas vers la délinquance ; d'autre part, les facteurs étiologiques de celle-ci sont infiniment complexes ; l'appréciation est aussi faussée du fait qu'on n'observe habituellement pas tous les enfants de justice, mais ceux placés en internat (et ce sont surtout les débiles). Pour dépister les débiles mentaux avant jugement, il faut un examen sommaire (test de Terman, Simon, parfois Decroly) plus complet si l'enfant est placé en maison d'observation. Le taux des débiles (17 sur 144 garçons) est plus élevé chez les filles. Il n'y a pas de mode de délit spécial au débile. Le vol y est surtout de « jouissance momentanée ». Dans le vol en bande, le débile est parfois l'entraîneur. Les chances de récidive conférées par la débilité sont d'évaluation difficile.

Les réactions antisociales de ces débiles nécessitent traitement et prophylaxie. Il faut : multiplier les terrains de jeux, donner un enseignement spécialisé (et souvent séparé des débiles non délinquants) et si l'enfant est laissé à sa famille, une « tutelle psychiatrique ».

Rapport de M. le professeur José BELBAY (de Buenos-Aires)

1. — La débilité mentale peut être la cause originaire des délits.

2. — La débilité mentale fait que d'autres facteurs délictueux ambiants trouvent un terrain facile pour le délit.

3. — Les mauvaises conditions économiques sont, de préférence, celles qui favorisent la délinquance des débiles mentaux.

4. — La débilité mentale doit être dépistée avant le fait antisocial, afin d'assurer la prophylaxie du début.

5. — Il faut poursuivre la création d'instituts spécialement destinés au traitement et à l'éducation des débiles mentaux.

6. — Dans une législation de l'état dangereux pré-délictueux doivent être incorporés les débiles mentaux *non adaptés* comme en état dangereux.

7. — Il faut intensifier la campagne prophylactique de la syphilis et de l'alcoolisme.

Rapport de MM. les professeurs A. C. PACHECO E SILVA (de Saint-Paul) et Leonido RIBEIRO (de Rio-de-Janeiro)

1. — La connaissance précoce des oligophrénies est la mesure prophylactique la plus efficace du début des faibles d'esprit.

2. — Si l'on a fini par donner une grande importance aux troubles du caractère dans la délinquance infantile, la

débilité contribue incontestablement à la criminalité infantile.

3. — A la maison de rééducation de l'Etat de Saint-Paul (Brésil), on a obtenu le pourcentage de 22 % de débilité chez les mineurs délinquants.

4. — L'alcool, les crises convulsives sont des facteurs très importants de délinquance.

Rapport de M. le professeur G. BERMANN (Argentine)

L'auteur apporte des statistiques de son pays montrant le grand pourcentage de débiles mentaux parmi les délinquants infantiles et juvéniles. La débilité n'est pas suffisante d'ordinaire pour faire un délinquant ; il faut y ajouter les causes sociales. On tendrait à donner une plus grande valeur aux facteurs économiques et sociaux de la délinquance. Cette valeur est universelle et légitimée par l'étude de la délinquance infantile et juvénile. L'auteur rapporte le cas d'une famille d'empoisonneurs qui démontre que la débilité n'est pas tout.

Discussion : MM. les professeurs Marinesco, Vermeylen, Tübben, MM. les docteurs Brissot, Wintsch, Grewell y ont pris part.

Communications

A propos de la débilité comme cause de délinquance infantile et juvénile, par M. le docteur DIDE.

Les statistiques de Fresnes et le problème de l'enfance délinquante, par le docteur Jacques ROUBINOVITCH, chef du service des examens médico-psychologiques près le tribunal pour enfants (Seine).

La psychogenèse de l'enfant criminel, par M. le docteur FORTANIER (Hollande).

Niveau mental et déchéance de la puissance paternelle, par Mlle le docteur BONNIS (ancien interne des Asiles de la Seine).

L'assistance à l'enfance anormale en Espagne pendant la guerre, par MM. les docteurs PRADOS SUCH et J. SOLIS.

Influence de la débilité sur le caractère et par cela même sur les facultés d'assimilation sociale de l'individu, par M. le docteur NORWIG (Danemark).

Situation légale des débiles mentaux en Argentine, par M. le professeur José BELBEY (La Plata).

Dépistage des anomalies chez les enfants au point de vue criminel au Brésil, par M. le professeur Leonido RIBEIRO.

Note sur la dispersion dans l'échelle d'intelligence Pintner-Paterson (adultes et enfants délinquants), par MM. les docteurs G. PREDA et S. CUPCEA.

L'assistance d'hygiène scolaire et la consultation de psychiatrie infantile, par Mlle O. CHOBAS.

La vie pré-criminelle et le problème de la préservation, par M. le professeur POBLEN (Munster).

Les facteurs concomitants de la délinquance infantile et juvénile, par le docteur G. HEUYER et Mme S. HORINSON (France).

M. LECONTE.

A l'issue du Congrès, les vœux suivants ont été adoptés :

1er vœu. — Fondation d'une société internationale de neuro-psycho-pathologie infantile, dont l'organisation est actuellement poursuivie.

2e vœu. — Obligation d'un examen médico-psychologique systématique dans un centre spécialisé, de tous les enfants délinquants.

3e vœu. — Collaboration médico-pédagogique étroite dans tous les centres de rééducation et de perfectionnement consacrés aux enfants déficients et psychopathes, qu'ils soient sous la direction de psychiatres pédiatres ou de pédagogues spécialisés.

4e vœu. — Création d'une commission consacrée à l'établissement d'une nomenclature et d'instruments de mesure internationaux.

5e vœu. — Etude rigoureuse et scientifique des conditions héréditaires, individuelles et sociales de la délinquance.

Le prochain (IIe) congrès international aura lieu en 1941 à Leipzig.

Le Comité d'exécution aura :

Pour président, un professeur allemand.

Pour vice-président : M. le docteur Heuyer, président du comité d'organisation du 1er congrès (France).

Pour secrétaire général : M. le prof. Tramer (Suisse).

Pour secrétaire général : M. le docteur Léon Michaux (France).

Le Comité d'organisation est ainsi composé :

Allemagne, prof. Rüdin, prof. Schröder, prof. Weyjardt, prof. Pohlisch ; Autriche, prof. Hamburger ; Argentine, prof. José Belbay ; Belgique, prof. G. Vermeylen ; Brésil, prof. A. C. Pacheco Silva ; Chili, docteur Jean Garahilich ; Egypte, docteur Shaline ; Espagne, docteur Prados Sude ; Danemark, docteur Norwig ; Etats-Unis, docteur Healy, docteur Brouner (Boston) ; France, docteur Brissot, docteur Tournay ; Hollande, prof. Bouman, docteur Vedder ; Italie, prof. Corberi, prof. Cerletti, prof. Di Tullio ; Grande-Bretagne, docteur Earl, docteur Creek ; Palestine, docteur Krauss ; Roumanie, prof. Marinesco, docteur Kreindler ; Suisse, docteur Tramer ; Suède, prof. Verustats, docteur Ramer ; Norvège, docteur Evensen.

PRATIQUE MÉDICALE

PRURIT VULVAIRE

d'après le docteur VIGOUROUX (1)

On sait quelle affection tenace constitue le prurit vulvaire. C'est pourquoi il est utile de savoir que le prof. Zondek a indiqué que la folliculine par voie percutanée ou transépithéliale donnait des résultats excessivement rapides dans le traitement de cette affection, surtout si on a soin d'employer une forme de pommade facilement absorbable.

L'onguent d'oestroglandol est merveilleusement adapté à ce genre de thérapeutique. Une application matin et soir, après un léger massage de la région, permet d'obtenir une amélioration considérable suivie de guérison du prurit vulvaire. D'ailleurs, il faut bien savoir que l'onguent d'oestroglandol peut être aussi utilisé dans les cas d'acné, d'affections de la peau si fréquentes chez les jeunes filles au moment de la puberté et chez les femmes au moment du retour d'âge.

Ce médicament, sous cette forme, est toujours admirablement supporté ; bien plus il semble que, dans certains cas de prurit anal, même chez les hommes, on obtient des résultats intéressants, ce qui tendrait à faire admettre la possibilité d'une hormonothérapie intriquée.

(1) *Courrier médical*, Paris, n° 52, décembre 1936.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

DYSPNÉES



PNEUMOGÉÏNE

LABORATOIRES RENARD  35, RUE DE PARIS_CLICHY

PER.14-08

N° 74. — MERCREDI 15 SEPTEMBRE 1937. 110e ANNÉE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Fabre, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de physiologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux (budget de l'Etat) (dernier titulaire de la chaire : M. Delauney).

M. Vitte, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de pharmacie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux (dernier titulaire de la chaire : M. Dupouy).

M. Machebœuf, agrégé à la Faculté de médecine d'Alger, chargé d'enseignement à Lille, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de chimie biologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux (budget de l'Université) (dernier titulaire de la chaire : M. Delauney).

Faculté de médecine de Lille. — La chaire de chimie organique (dernier titulaire : M. Polonowski) de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est transformée, à compter du 1er novembre 1937, en chaire de chimie organique et pharmaceutique.

M. Lespagnol, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de chimie organique et pharmaceutique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

Faculté de médecine de Marseille. — M. Giraud, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de clinique médicale infantile à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille (dernier titulaire de la chaire : M. Cassoute).

M. Bourde, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille (dernier titulaire de la chaire : M. Imbert).

M. Mosinger, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de médecine légale à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. Edmond Redslob, assistant à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur titulaire de clinique ophtalmologique à cette Faculté (chaire vacante : M. Weill, dernier titulaire).

Faculté de pharmacie de Paris. — M. Mascré, agrégé pérennisé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur d'histoire naturelle des médicaments simples d'origine végétale à la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris (budget de l'Etat) (dernier titulaire de la chaire : M. Perrot).

M. Launoy, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de zoologie à la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris (dernier titulaire de la chaire : M. Coutière).

M. Delaby, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de chimie analytique à la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris (dernier titulaire de la chaire : M. Bougault).

M. Picon, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de physique à la Faculté de pharma-

cie de l'Université de Paris (dernier titulaire de la chaire : M. Tassilly).

Faculté des sciences de Paris. — Le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er novembre 1937, à Mme Joliot-Curie, maître de conférences à la Faculté des sciences de l'Université de Paris.

Ecole de médecine de Grenoble. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble s'ouvrira le mardi 1er février 1938 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — M. le docteur Cavaillon, médecin chargé d'études au ministère de la Santé publique, est nommé membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement de M. François Martin, décédé.

Le cinquième congrès de l'Association pour la documentation photographique et cinématographique dans les sciences aura lieu, comme chaque année, du 7 au 9 octobre prochain à Paris.

Ce congrès se tiendra dans la *salle de cinéma* du *Palais de la Découverte* (Exposition internationale), entrée par la porte du Grand-Palais, rue Jean-Goujon.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur C. Claoué, 39, rue Scheffer, Paris.

CHRONIQUE

LE JUBILÉ D'UN GRAND JOURNAL DE MÉDECINE ANGLAIS

The Practitioner, notre grand confrère de Londres, vient d'entrer dans sa 70e année. A l'occasion de ce jubilé, notre confrère a modifié son aspect extérieur et sa mise en pages, il a aussi décidé son transfert dans un immeuble moderne situé dans le quartier médical de Londres.

En annonçant cette nouvelle dans un très beau numéro spécial, son éminent éditeur, Sir Humphry Rolleston retrace brièvement l'histoire de son journal.

« *The Practitioner*, dit-il, peut jeter un regard en arrière sur un passé glorieux ; il fut fondé par F. E. Anstie, médecin à l'Hôpital Westminster, qui comme introduction à son premier numéro citait avec conviction les dernières paroles de Sir Thomas Watson. « Il est certain que la plus grande lacune de la science médicale est d'être à son suprême et dernier degré, la période des thérapeutiques ».

« C'était le temps de ce qui a été appelé « nihilisme thérapeutique », aveu réel d'une connaissance insuffisante de la pharmacologie et des thérapeutiques scientifiques. Depuis, une nouvelle orientation médicale est survenue. *The Practitioner* a eu la chance d'avoir comme successeurs d'Anstie, des éditeurs très intéressés à la thérapeutique tels que : Sir Lauder Brunton et le docteur M. Bruce, auteurs de traités de thérapeutique ; Sir D. Mac Alister, qui comme président du General médical Council pendant vingt-neuf ans, prit une grande part à la diffusion de la Pharmacopée britannique, et Sir Malcom Morris.

« Quoiqu'il puisse avoir le droit de vivre sur le passé, écrit encore Sir Humphry Rolleston, *The Practitioner* fera tous ses efforts pour vivre à la fois sur son héritage et suivant l'esprit et le progrès de l'époque. »

Le beau building du 5 Bentinck Street, où s'installe le journal, est un immeuble ultra-moderne, à la façade accueillante et fleurie, dont les balcons arborent fièrement le caducée.

En le construisant, les propriétaires du journal ont indiqué qu'ils tenaient à donner à leur publication un cadre digne de sa réputation.

Comme l'écrit aussi, très justement, le Chairman de *The Practitioner*, l'honorable J. W. Hills : « Pourquoi un bureau doit-il être toujours laid, souvent insalubre et quelquefois incommode ? » Voici un reproche qu'on ne pourra faire au nouveau building, dont toutes les pièces ont été dessinées pour être belles, salubres et ordonnées.

Depuis l'entrée et les bureaux de l'administration, où le personnel est admirablement installé, jusqu'à la salle de rédaction, au cabinet directorial si remarquablement agencé pour le travail et le confort, cet ensemble est impeccable. Aucun détail n'a été négligé, qu'il s'agisse du chauffage automatique, de l'air climatisé, de l'éclairage indirect largement répandu, de ce charmant ascenseur à la forme si nouvelle qui dessert les étages...

Enfin les collaborateurs et les lecteurs de *The Practitioner* ont à leur disposition une fort belle bibliothèque agencée de la façon la plus pratique, ils peuvent y consulter tous les périodiques, y compris les journaux médicaux français. Parmi ces derniers figure en bonne place notre journal.

Nous adressons à notre grand confrère britannique toutes nos plus cordiales félicitations pour cette belle réalisation et tous nos vœux pour la continuation de son légitime succès.

F. L. S.

BIBLIOGRAPHIE

La livraison du 15 juillet de Pallas (1) que nous avons reçue il y a quelques jours, est peut-être la plus parfaite de la remarquable publication du docteur Crinon. Malgré les difficultés du jour, ce numéro est présenté avec un luxe inégalé et le goût si sûr qui est celui de son directeur. Comme de coutume, il renferme des articles d'un haut intérêt : *Clemenceau voyage avec son médecin*, par le docteur Wicart ; *le professeur Cunéo, citoyen de Porquerolles*, par Eleuthère ; *Paroles d'une âme égyptienne dans l'au-delà*, par le docteur Mardrus ; *L'Histoire de la Dubarry*, par Urbain Gohier ; *Au Cameroun*, souvenirs sur le docteur Jamot, par Mme H. Célarié, et un article de Charles Fiessinger, *sur le professeur Legueu*, un article du professeur Binet, un autre de M. Lortat Jacob..., des illustrations de toute beauté. Pour finir, de Crinon un article émouvent et généreux sur *l'Appel du Terroir*.

F. L. S.

(1) *Pallas*, 111, boulevard Magenta, Paris.

NOTES D'HYGIÈNE INDUSTRIELLE

LE PHOSPHORISME

Par M. COURTOIS-SUFFIT,
Médecin honoraire des hôpitaux de Paris,
Médecin en chef des Manufactures de l'État,
Inspecteur médical des Poudreries nationales.

Parler actuellement du phosphorisme et de la nécrose phosphorée, c'est un peu faire de l'histoire ancienne, mais j'ai vu de si près et pendant si longtemps les méfaits plus ou moins réels, mais admis par tous, de l'intoxication phosphorée, dans les manufactures d'allumettes d'Aubervilliers qu'il ne paraîtra peut-être pas inutile de rappeler quelques faits peu connus, quelques souvenirs personnels susceptibles d'intéresser les jeunes confrères qui aspirent à faire carrière de médecins d'usine, en se spécialisant dans l'étude, très passionnante d'ailleurs, de l'hygiène industrielle.

En quelques mots, et à titre purement rétrospectif, il ne me paraît pas indifférent de tracer un tableau fidèle du phosphorisme, auquel, disait Magitot, étaient voués « *sans exception* » tous les ouvriers,... toutes les manufactures de France étant « *autant de foyers d'empoisonnement* » !

***

On décrivait en effet, dans tous les traités classiques, comme ressortissant au phosphorisme professionnel, les affections suivantes :

« ...L'Entérite chronique avec diarrhées rebelles, la Néphrite, la Cystite, la Bronchite, la fragilité des os, d'où la fréquence des fractures spontanées et leur consolidation très lente, laissant même après elles des déformations persistantes, la facilité des ruptures musculaires... et enfin la Nécrose des maxillaires (mortification des os de la face avec élimination de séquestres).

Parmi les accidents généraux, on notait l'état cachectique, la teinte subictérique de la peau, l'odeur alliacée de l'haleine, la présence de phosphore dans les urines ; des symptômes d'anémie chez les femmes; un chiffre très élevé de mortalité infantile ; la prédisposition à l'avortement ; la déchéance de l'état général ; la déminéralisation.

Des auteurs éminents avaient même fait du coefficient de déminéralisation un symptôme vraiment important, pathognomonique en quelque sorte, de l'intoxication phosphorée professionnelle. Ce coefficient, au lieu du chiffre normal, égal environ à 30 %, pouvait s'élever, disait-on, à 40 et même 55 %. (Arnaud, de Marseille, avait cependant signalé, au contraire, que la moyenne du coefficient de déminéralisation était plus élevée chez les ouvriers ne travaillant pas au phosphore que chez les autres.)

Il s'agissait là, comme beaucoup d'autres signes attribués au phosphore, d'une notion sans aucune valeur symptomatique. Nos recherches faites en collaboration avec Henri Martin nous permirent d'affirmer que le chiffre du coefficient en question était parfois supérieur à la normale, sans qu'on puisse établir une corrélation quelconque entre sa constatation et le degré d'imprégnation par la substance nocive. Le chiffre apparut souvent très élevé chez des ouvriers n'ayant jamais travaillé dans les ateliers chimiques, et au contraire très au-dessous de la normale chez ceux qui travaillaient dans des ateliers particulièrement dangereux.

Comme nous venons de le voir, dans la description du phosphorisme professionnel, toute la pathologie passait.

Mais le tableau symptomatique était dominé par l'accident le plus grave, répandant la terreur dans le personnel, par le mal chimique : la nécrose du maxillaire.

Tout d'abord, disait-on, le malheureux qui en est atteint ressent une odontalgie persistante, que ne soulage même pas l'extraction de la dent, laquelle parfois s'élimine spontanément... Un gonflement volumineux se développe, s'étend peu à peu au voisinage, au cou ou à la face ; la salivation augmente, l'haleine devient fétide, la fièvre s'allume, un abcès se traduit souvent par des fistules multiples. Le mal se complique, un séquestre peut se former, laissant, après élimination, une déformation définitive et profonde.

On comprend, en présence de tout cet amoncellement de symptômes locaux ou généraux, combien les ouvriers avaient lieu d'être inquiets et combien justement ils pouvaient redouter l'apparition d'un mal, en vérité, terrifiant.

Ils savaient que s'ils étaient atteints, c'était pour eux l'hôpital et l'intervention chirurgicale d'urgence, et quelle intervention !

Régnait, à l'époque, dans un hôpital du centre de Paris, un grand chirurgien, justement célèbre, mais au bistouri audacieux et agressif qui pratiquait en des cas semblables des mutilations profondes, des résections étendues, laissant les ouvriers — pour le moins — défigurés !

En présence de ce mal professionnel, et qui allait croissant, l'administration s'émut. Une grande partie des ouvriers étaient arrêtés, plus de 300, si j'ai bonne mémoire, sur un total de 650 à 700.

Le médecin de l'administration, à ce moment, était le maire du pays. Craignant l'intoxication dont tout le monde parlait et que tous tenaient pour presque fatale, il délivrait des certificats de phosphorisme et de nécrose à la plupart des ouvriers qui se présentaient à sa visite et les éloignait du travail pendant un temps indéterminé.

Un moment vint où ces faits avaient acquis une telle importance qu'un nouveau directeur, surpris de rencontrer en ville beaucoup de ses ouvriers, considérés comme intoxiqués et semblant en très bonne santé, fit demander à l'Académie de Médecine de nommer une commission chargés de se rendre compte d'une situation qui lui paraissait tout à fait anormale... et à juste titre.

***

La commission académique nommée comprenait, entre autres membres éminents, Magitot, G. Vallin... Elle se réunit et vint à Aubervilliers... Magitot, émi-

nent spécialiste, déclara que l'intoxication locale était, à l'origine, due au mauvais état de la dentition et, en particulier, à un processus de carie dentaire ouverte. Cette lésion locale devait être tenue pour la véritable porte d'entrée de la nécrose.

La Commission demanda que, de toute urgence, un nouveau médecin fût désigné, *demeurant loin du pays*, à l'effet de surveiller les ouvriers et d'agir énergiquement dans le but de limiter les dégâts.

Nommé récemment médecin des hôpitaux, je fus proposé au choix de l'administration, par la dite commission, et agréé immédiatement.

Je dois à la vérité de déclarer que la préparation au concours des hôpitaux ne m'avait pas directement amené à la mission qu'on me demandait de remplir et que je n'avais à ce moment que des idées théoriques sur le phosphorisme professionnel. J'ai le souvenir de n'avoir pas abordé ma nouvelle fonction sans une certaine appréhension... J'ajoute qu'au début, tout au moins, les ouvriers ne m'accueillirent qu'avec une allégresse très modérée, d'autant qu'à ce moment leur porte-parole était un homme que des événements récents ont rendu particulièrement célèbre, mais avec lequel les discussions, pendant quelque temps, manquèrent un peu d'aménité !

Cette pointe d'hostilité, explicable pour beaucoup de raisons, ne fut d'ailleurs que passagère. Mais au début les ouvriers redoutant les méfaits du phosphorisme ne virent pas, sans une certaine frayeur, apparaître un nouveau médecin, chargé d'une mission spéciale, laquelle consistait à faire reprendre le chemin de l'usine à beaucoup d'entre eux, sinon à tous.

Très rapidement, je leur rends tout de suite cette justice, ils comprirent que mon seul but était d'éloigner les dangers qu'ils couraient et que tous mes efforts tendaient à leur rendre la confiance. Ils jugèrent que ma seule récompense serait de réussir dans la tâche qu'on avait bien voulu me confier. Peu à peu nos rapports presque journaliers devinrent faciles et, depuis de bien nombreuses années, il n'y a jamais eu ni heurt ni discussion et j'ai pu faire mon devoir dans une atmosphère de parfaite cordialité et, je dirai, d'affection réciproque.

Je n'entendis plus jamais les formules assez désobligeantes de la première heure: « carabin fantaisiste » ou « médicastre imbécile » par quoi on pensait me décourager... ou m'émouvoir.

*
* *

Sachant que la carie ouverte était la porte d'entrée du mal des mâchoires, je procédai à un examen et à une sélection sévère des ouvriers.

Je priai le directeur de donner l'ordre à tous ceux qui se trouvaient en interruption de travail de se rendre à ma consultation. Ils se soumirent à cette règle formelle. En très peu de temps je constatai que si quelques-uns présentaient des lésions suspectes, la nécrose n'existait en réalité chez *aucun* de façon certaine ; mais que presque tous avaient une dentition particulièrement défectueuse. Je fis, par un spécialiste averti, soigner les dents de tous les ouvriers. Je fis reprendre le chemin de l'usine à tous ceux qui me parurent douteux, mais en les dirigeant d'abord sur des *ateliers de tout repos*.

Peu à peu, et après cicatrisation parfaite des plaies causées par les extractions forcées, tous les ouvriers furent admis à nouveau dans l'usine et *jamais*, je puis l'affirmer, je n'ai eu jusqu'en l'année 1898 à constater ni un incident de phosphorisme, ni un cas de nécrose.

A mon entrée dans l'usine plus de 300 ouvriers étaient en interruption de travail depuis plusieurs mois. Rapidement 189, que je considérai comme sains, reprirent leur besogne, 62 plus douteux attendirent leur complète cicatrisation ; tous furent réadmis progressivement.

Les conséquences de ces mesures se firent rapidement sentir. Alors que, au cours des années précédentes, l'administration avait dû verser, à titre d'indemnités injustifiées, des centaines de mille francs, la somme des indemnités tomba rapidement à des chiffres tout à fait infimes.

Je cite la date de 1898, car en cette année le phosphore blanc nocif fut définitivement abandonné et remplacé par le sesquisulfure inoffensif (1).

Le changement de substance a résolu le problème que la *prophylaxie seule*, mise en œuvre résolument et poursuivie avec énergie, avait amorcé.

La question, semble-t-il, devait, à cette époque, être jugée. Etait-elle définitivement éteinte ? Hélas non. Elle était tellement ancrée dans l'esprit de bien des médecins qu'elle survit encore. Je citerai quelques anecdotes... qu'on pourrait qualifier d'amusantes, si l'on osait !

Il y a quelques années, se présente, à ma visite de l'usine, un ouvrier muni d'un certificat de nécrose phosphorée ; certificat signé par un chirurgien très distingué des hôpitaux de Paris, par un homme pour lequel je professe des sentiments d'amitié fidèle et une véritable admiration scientifique. J'examine l'ouvrier ... et je ne constate absolument rien... Je conseille à cet homme de se reposer pendant quelques jours et, finie ma visite, je cours à l'hôpital où je savais trouver mon éminent collègue... je le questionne et lui demande quelles lésions il a pu rencontrer chez l'homme en question... Il me répond très simplement : « Ton ouvrier, mais je ne l'ai pas examiné... Il m'a dit qu'il était allumettier... Cela m'a suffi... Je lui ai délivré un certificat d'intoxication. »

J'expose alors à mon vieux camarade quelles difficultés allaient naître, sur le vu de son affirmation et de son diagnostic, à savoir : arrêt du travail, infirmité permanente à redouter, etc. Devant mon insistance un peu émue, il consentit à revoir l'ouvrier... Quelques jours plus tard, celui-ci revint me trouver avec un nouveau certificat constatant *son intégrité absolue !* L'ouvrier fut particulièrement heureux de cette nouvelle appréciation.

Autre fait, il y a peu de mois, en 1937, un ouvrier d'une manufacture d'allumettes de province se blesse dans

(1) Le sesqui ne fond qu'à 142°, il n'émet pas de vapeurs à la température ordinaire ; il est à peine toxique : 3 centigrammes par jour donnés à des cobayes ne les incommodent même pas, alors que 3 milligr. de phosphore blanc les tuent rapidement. Cette dose de 3 centigr. pour un cobaye répond à 3 gr. 5 pour un homme adulte, soit à 6 mille têtes d'allumettes.

les conditions suivantes : Il tombe sur la région lombaire... il suspend son travail pendant quelques jours, puis le reprend...

Deux mois plus tard environ, il présente des lésions d'appendicite aiguë, qu'on opère d'urgence. Il réclame l'indemnisation pour « accident du travail ». L'administration refuse. Trois médecins experts choisis parmi les plus éminents de la localité sont nommés. Ils concluent à l'appendicite traumatique, *aggravée par le phosphorisme.* L'enquête impartiale démontra que ledit ouvrier n'a jamais mis les pieds dans un atelier de fabrication, et qu'il avait toujours été employé comme chaudronnier !

N'est-il pas un peu surprenant qu'en l'année 1937, soit près de 40 ans après la suppression totale du phosphore blanc dans les manufactures d'allumettes de France, des médecins éminents, choisis parmi les plus distingués, incriminent encore le phosphorisme dans la genèse ou l'aggravation de toutes les maladies des ouvriers ?

Je ne désespère pas, quand seront édités de nouveaux livres d'Hygiène industrielle ; de nouveaux traités d'accidents du travail, de lire encore cette phrase :

Allumettiers. — Phosphorisme : mal des mâchoires.

Ressort-il de ces faits que le phosphorisme et la nécrose n'ont jamais existé ? Certainement non. Je me permets de rapporter ici quelques faits personnels.

Pendant la guerre, étant mobilisé volontaire, je fus chargé de l'inspection d'une usine de grenades au phosphore.

Dans cette usine, on préparait cet engin de tranchées en employant des ouvriers de fortune, hommes ou femmes, non examinés antérieurement, non triés, et la manipulation à laquelle ils se livraient m'apparut vite très dangereuse. Il s'agissait, en effet, de prendre le phosphore à pleines mains et de l'introduire dans la grenade...

Je mis en action la méthode de la sélection ouvrière utilisée avec succès antérieurement.

Travail à l'air libre le plus souvent possible ;

Examen des mâchoires, des dentitions douteuses ;

Soins immédiats des caries dentaires ;

Elimination momentanée des ouvriers trop suspects ;

Reprise du travail après cicatrisation parfaite, etc.

Je pus, en agissant d'une façon particulièrement sévère, éviter *tous les accidents*, et cela pendant toute la durée de la guerre, dans des conditions d'hygiène et d'organisation *absolument lamentables.*

Oserai-je ici ajouter d'autres faits ?

Au cours de mes visites journalières à l'usine d'Aubervilliers et de mes examens réitérés, examens comprenant tout le personnel ouvrier, j'avais été frappé du très petit nombre de tuberculeux pulmonaires parmi eux.

Cette constatation n'avait d'ailleurs pas échappé à d'autres observateurs et Mahu, entre autres, avait considéré qu'il y avait une sorte d'antagonisme entre les manipulations du phosphore et la tuberculose. Ce fait nous avait incités, mon vieux collègue et ami R. Wurtz et moi, à tenter des expériences qui eussent pu présenter un certain intérêt scientifique et pratique. Dans le Laboratoire d'Hygiène de la Faculté de Médecine nous mîmes en présence des cobayes tuberculisés avec le phosphore blanc.

Le résultat ne se fit pas attendre.

Les cobayes périrent rapidement, présentant à l'autopsie des lésions non douteuses de phosphorisme aigu.

La tuberculose n'avait pas paru, en quoi que ce soit, influencée.

On comprendra que nous n'ayons pas cru devoir publier le résultat de ces expériences !

Si j'ai pu obtenir les résultats que je viens d'exposer, je le dois surtout à la bonne volonté des ouvriers que j'ai assez facilement convaincus, et à la bienveillante sympathie de M. Louis Buisson, directeur de la manufacture à cette époque, et de M. Samuel Moutou, ingénieur en chef, qui ne cessèrent d'user de leur compétence et de leur autorité pour seconder mes efforts.

J'ai pu dire et écrire qu'en matière d'hygiène industrielle la collaboration constante, intime et cordiale de l'ouvrier, du médecin et de l'ingénieur permet tous les espoirs et autorise toutes les tentatives.

J'en puis fournir d'autres preuves.

Ayant l'honneur d'appartenir au service des Poudres depuis d'assez longues années, ayant été plusieurs fois rapporteur des Commissions d'Hygiène des Poudreries, commissions présidées par Roux, ayant chaque année entre les mains les rapports d'hygiène rédigés par les médecins conventionnés, j'ai pu constater combien étaient importants les améliorations et les progrès de la salubrité dans une industrie particulièrement insalubre.

On sait, en effet, que les ouvriers y peuvent être victimes d'accidents causés soit par les poussières, soit par les vapeurs.

On sait, en outre, que les poudriers, malgré l'organisation du travail qui les amène à demeurer le plus possible éloignés des appareils en marche, doivent effectuer constamment une surveillance qui les oblige à se trouver dans une atmosphère délétère, propice au développement des intoxications sévères et bien souvent rebelles.

Par ailleurs, il est constant, en l'espèce, que le coefficient personnel joue un rôle des plus importants et que tel ouvrier, en demeurant impunément auprès d'un appareil, n'en présentera aucun dommage, tandis que du fait du roulement un autre ouvrier travaillant dans des conditions identiques, mais moins résistant, verra sa santé s'altérer assez vite.

La lutte pour l'hygiène doit donc, à la fois, chercher à installer des appareils étanches, et à édicter des prescriptions destinées à protéger l'ouvrier par une thérapeutique appropriée ou par des règles de sélection minutieusement proposées et maintenues.

Ces règles d'hygiène professionnelle sont heureusement appliquées par les médecins des Poudreries nationales dont on ne saurait trop louer la science, la prudence et le dévouement inlassable.

On peut en inférer que l'hygiène des poudreries nationales est un problème à peu près résolu. Mais, comme a dit Henri Poincaré, il n'y a pas de « problèmes résolus et d'autres qui ne le sont pas », il n'y

a que des problèmes plus ou moins résolus, ce qui revient à dire que des progrès sont toujours possibles et susceptibles d'être tentés.

C'est dire, au surplus, que les ouvriers des poudres travaillent dans des conditions toujours meilleures, étant donné les substances qu'ils ont à manipuler.

Les accidents que le service des poudres a à déplorer sont infimes, par rapport aux dangers que les matières qu'ils traitent peuvent faire courir, et il n'est pas paradoxal de dire que les industries réputées dangereuses sont celles où, parfois, on court le moins de risques, car la prudence y est de règle et les méthodes de précaution au point.

J'ai pu résumer dans un livre paru récemment, publié en collaboration avec E. Zédet, ingénieur en chef des Poudres, tous les documents intéressants sur cette question.

Ce livre a eu le très grand honneur d'être préfacé par Roux, directeur de l'Institut Pasteur. Je crois devoir détacher de sa préface quelques lignes qui viennent à l'appui de tout ce que je viens d'écrire :

« ...Si j'ai accepté de préfacer ce volume, c'est parce que, ayant été appelé à diverses reprises à présider des commissions où des médecins hygiénistes, des ingénieurs, des représentants des ouvriers discutaient les questions intéressant la salubrité des Poudreries, j'ai dû m'occuper des propositions à soumettre au ministre après qu'elles avaient été acceptées par toutes les parties en cause. — Dans ces nombreuses séances, et dans la visite des ateliers, j'ai toujours constaté la sollicitude et l'ingéniosité avec lesquelles médecins et ingénieurs s'efforçaient d'améliorer la salubrité des manufactures et aussi la bonne volonté des ouvriers dès qu'ils étaient associés aux études de ce genre.

« Ces circonstances sont l'excuse que j'invoque pour avoir donné une préface à un ouvrage écrit par des savants qui ont consacré leur vie à perfectionner l'hygiène et l'outillage des fabriques de poudre et d'explosifs. Leur livre sera aussi utile aux médecins et aux ingénieurs que bienfaisant pour les ouvriers. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les paradiabètes sucrés, étude clinique et pathogénique, par le docteur Pierre-Jean GINESTE. Grand in-8° de 158 pages (thèse), de l'imprimerie Georges Frères, à Tourcoing.

Klinische Vorlesungen, von Prof. Dr. X. BUINEWITSCH, 1936. Un vol. in-8° de 444 pages. Prix : 2,50 R.M.; Verlag des Verfassers, Gardino 23, Kaunas (Lithuanie).

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction du professeur Emile SERGENT et des docteurs L. RIBADEAU-DUMAS et E. BABONNEIX. *Appareil respiratoire.* 2 volumes in-4°, tome I de 484 pages avec 88 figures, et tome II de 575 pages avec 83 figures. A Paris, chez Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Histoire de l'homéopathie française, par Charles JANOT. Petit in-8° de 253 pages, édité par l'auteur, 70, rue Boucicaut, à Fontenay-aux-Roses (Seine).

HYGIÈNE PUBLIQUE

OFFICE INTERNATIONAL D'HYGIÈNE PUBLIQUE (1)

Le compte rendu de la session de mai 1937, du Comité permanent de l'Office international d'Hygiène publique, qui vient de paraître, apporte comme toujours d'intéressants renseignements, sur diverses maladies infectieuses visées par les Conventions sanitaires internationales.

En voici quelques extraits :

Peste. — Un aperçu général sur la peste dans les colonies françaises (Afrique Occidentale, Madagascar, Indochine) en 1935 et 1936 a été présenté. En Indochine, les cas ont été rares dans les dernières années ; il persiste trois foyers limités, un en Cochinchine (Saïgon-Cholon, Long-Xuyen), un au Cambodge (Pnom-Penh), un au Sud de la Chine (Territoire de Kouang-Tchéou-Wan et île de Tang-Haï). En Afrique Occidentale (Dakar et Sénégal), après la recrudescence de 1934 (1.100 cas), un déclin s'est produit en 1935 (418 cas) et accentué en 1936 (85 cas). La maladie a un caractère saisonnier : mars à novembre, avec maximum de juin à août, saison chaude. La liaison des cas sporadiques, les plus nombreux actuellement, avec une épizootie murine n'est pas apparente ; et l'hypothèse d'une transmission interhumaine par les puces ne peut pas être négligée...

Quelques cas indubitables de transmission interhumaine par les puces ont été observés ; mais ce sont des cas isolés et jamais un foyer ne s'est formé sans épizootie murine. Néanmoins les puces peuvent conserver longtemps le virus, lorsqu'elles vivent dans les débris végétaux accumulés dans les coins obscurs des cases ; une propagande est faite pour l'élimination de ces débris. Bien qu'on examine des milliers de rats (75.339 en 6 ans), on en trouve peu qui soient infectés de peste. Les examens devraient porter non sur des rats capturés vivants, mais sur des rats crevés ou trouvés demi-morts ; il faudrait obtenir que la population signale ces rats aux services sanitaires. Jusqu'à présent il n'a pas été découvert de peste selvatique à Madagascar. La destruction des rats par les gaz (chloropicrine), les poisons et pièges donne des résultats très maigres en regard des frais qu'elle entraîne ; il semble que les méthodes les plus efficaces de lutter contre les rats consistent à ne pas leur offrir de possibilités de se nourrir et à empêcher leur accès aux habitations, en cimentant les caves, en damant le sol des cases, en obturant les orifices. Au sujet de la destruction des rats, le Délégué de l'Inde a fait observer qu'il ne suffisait pas de campagnes temporaires, même répétées plusieurs fois par an : les moyens de destruction doivent être appliqués sans relâche, principalement au moment des portées ; les résultats sont alors beaucoup plus encourageants. D'autre part, au Congo Belge, on a réussi à défendre des villages contre les invasions des rats en les entourant de tranchées à parois verticales, assez étroites pour que les habitants puissent les enjamber. Quant aux vaccinations antipesteuses, en Afrique Occidentale Française on emploie très largement divers vaccins tués ; ils ne paraissent pas dépourvus d'efficacité, mais ne sont pas d'un grand secours dans la prophylaxie de la peste. A Madagascar, on a vacciné dans les zones pesteuses 710.852 personnes sur un million d'habitants, avec le virus vivant avirulent de Girard et Robic. Les résultats ont été défavorablement influencés par le fait que l'expérience a coïncidé avec une violente épidémie et que la vaccination n'a pas pu être pratiquée dans toutes les régions avant que l'épidémie s'y propage. Néanmoins, le chiffre des cas en 1936, 2.000 environ, se compare aux 3.500 cas environ des années anté-

(1) Office international d'hygiène publique. Direct. : M. Abt, 195, boul. Saint-Germain, Paris (7e).

rieures. Dans les districts les plus correctement vaccinés (dans la porportion de 77 p. 100 de la population), la morbidité a été de 0,59 p. 1.000, contre 3,6 dans les districts témoins.

La peste murine n'avait pas été découverte à Tunis dans la période 1931-1933. Depuis mai-juin 1934, un petit foyer circonscrit s'est manifesté autour d'un dépôt de céréales, à quelque distance du port ; deux autres foyers limités se sont formés depuis, en des points assez éloignés du premier. En dehors de Tunis, il n'y a eu, dans les cinq dernières années, en Tunisie, ni peste humaine, ni épizootie...

Choléra. — Il serait essentiel, pour l'application d'une prophylaxie rationnelle au choléra, de savoir si des vibrions que l'on isole chez des porteurs sont des vibrions cholériques vrais, susceptibles de produire le choléra. En vue d'élucider ce problème, le Comité a demandé, il y a quelques années, que deux questions soient l'objet de recherches : 1° quels sont les caractères des vibrions cholériques vrais, et notamment avec quels antigènes devrait-on préparer un sérum agglutinant étalon, parfaitement spécifique pour les vibrions pathogènes ? 2° des vibrions non agglutinables par les sérums anticholériques spécifiques sont-ils susceptibles de produire des cas ou des épidémies de choléra et doivent-ils, par suite, être pris en considération pour la prophylaxie ? Sans que l'on puisse dire encore si une réponse catégorique sera donnée un jour à ces questions, les recherches très compréhensives qui ont été faites et sont continuées dans l'Inde, sous la direction du Comité Consultatif pour le Choléra de l'*Indian Research Fund Association*, ont fait faire un grand pas dans la voie de leur solution...

Le Comité Consultatif pour le Choléra de l'*Indian Research Fund Association* a aussi examiné les résultats des expériences de prophylaxie du choléra faites dans l'Assam, pendant sept années, au moyen de bactériophages. Il a conclu que ces résultats n'étaient pas absolument démonstratifs, bien que, dans un district, celui de Nowgong, la distribution de bactériophage paraisse bien avoir diminué la fréquence du choléra. De même, le traitement de cas de choléra par des bactériophages, appliqué dans quelques épidémies en Assam et à l'Hôpital Campbell à Calcutta, a, dans certains cas, réduit le taux de léthalité, mais, dans d'autres cas, il n'a pas eu d'effet manifeste sur ce taux.

La recherche du vibrion cholérique a été poursuivie aux Indes Néerlandaises sur de grands groupes de population, en vue de rechercher si des vibrions pouvaient être apportés au Hedjaz par des pèlerins venant des Indes. Sur 8.000 personnes, les examens ont été entièrement négatifs ; on estime qu'ils doivent être étendus à 20.000 personnes pour qu'une conclusion soit légitime.

Fièvre jaune. — Pendant la période de six mois allant d'octobre 1936 à mars 1937, inclus, 32 cas de fièvre jaune ont été déclarés en Afrique Occidentale, répartis entre 18 localités, 79 au Brésil, dans 26 localités, et 10 en Colombie, dans 4 localités. A signaler au Sénégal un cas européen, chez une personne habitant une maison voisine de la résidence d'un autre cas ; elle présentait une affection ayant toutes les allures cliniques d'un embarras gastrique banal, dont la nature amarile a été démontrée par l'inoculation au singe du sang de la malade. Les recherches continuées en Amérique du Sud par les services anti-amarils du Brésil et de la Colombie, avec la coopération de la Fondation Rockfeller, ont confirmé l'existence de la fièvre jaune dite « de la jungle », à l'état endémique dans les régions rurales où il y a très peu d'êtres humains et pas d'*Aedes aegypti*. Le problème est actuellement de découvrir d'autres hôtes vertébrés possibles que l'homme et d'autres vecteurs hématophages que les *Aedes aegypti.*

Des essais de vaccination contre la fièvre jaune avec le virus pantrope atténué de culture sur tissus ont été faits en Angleterre, sans association avec un immunsérum. Les observations faites sur 65 cas sont de nature à justifier l'emploi de ce virus dans de telles conditions. Il semble notamment que les passages répétés par le singe *rhesus* n'augmentent pas la virulence de ce virus de culture et que, par suite, son retour à une forme virulente ne soit pas à redouter. Il ne paraît pas doué de neurotropisme. L'infection expérimentale de stégomies par ce virus circulant dans le sang de l'homme ou du singe n'a pas pu être réalisée jusqu'ici. — Certaines constatations faites en Afrique Occidentale Française viennent à l'appui d'une opinion exprimée dans une session précédente du Comité : la persistance de l'immunité chez les vaccinés devrait être vérifiée par l'application du test de protection de la souris et la revaccination pratiquée si le test est négatif ; en tout cas, il y a lieu de revacciner en présence d'une menace d'épidémie.

Typhus exanthématique. — En Egypte, on a réussi à isoler en 1936, pour la première fois, un virus typhique murin chez un rat sauvage, capturé dans un village ; il y avait eu un cas de typhus humain dans la maison d'où provenait probablement ce rat. — Dans l'Inde, des recherches étendues ont été faites, de 1934 à 1936, sur les maladies du genre typhus, principalement dans les montagnes de Simla et à Madras. Il s'agit d'affections ayant les caractères du typhus classique, mais avec une forte proportion de cas bénins. — En Roumanie, des expériences de vaccination avec le virus du typhus historique enrobé dans l'huile d'olive n'ont pas donné de résultats encourageants. Le vaccin consistait en une émulsion fine, dans l'huile, de cerveau de cobaye dont la virulence avait été vérifiée. Sur 13 cobayes ayant reçu 3 injections de ce vaccin, 2 ont contracté le typhus à la troisième injection, 11 n'étaient pas immunisés. D'autre part, sur cinq infirmiers et agents sanitaires ayant reçu l'un 2, les autres 4 injections, quatre ont contracté le typhus dans des foyers épidémiques. Chez les deux derniers, le total du vaccin injecté représentait environ 1/5 de cerveau. On a vérifié chez l'un de ces sujets la présence du virus dans le sang circulant, après la dernière injection, sans qu'il ait présenté aucune réaction apparente; la réaction de Weil-Felix était négative. Les auteurs de ces expériences attribuent leurs résultats défavorables à une action virulicide de l'huile d'olive, qui ne laisse subsister qu'une fraction insuffisante du virus ; cette action se produit même quand l'acidité de l'huile a été neutralisée au préalable.

Variole. — La variole a pratiquement disparu de l'U.R.S.S., grâce à l'extension de la vaccination et de la revaccination antivarioliques : 385 cas en 1936, aucun dans le premier trimestre de 1937 ; 47.461.305 vaccinations ou revaccinations ont été effectuées en 1935, 39.869.718 en 1936. — L'utilité de la vaccination a été confirmée par l'expérience de la guerre d'Ethiopie : cas nombreux de variole chez les Abyssins, un seul dans le corps expéditionnaire italien, qui avait été entièrement revacciné. — En Italie, on envisage d'appliquer simultanément la vaccination antivariolique et la première injection d'anatoxine diphtérique ; la seconde injection d'anatoxine serait faite dix jours après. L'âge de la vaccination antivariolique serait reporté à la deuxième année, époque préférable pour la vaccination antidiphtérique, et celle-ci deviendrait obligatoire.

Le degré et la durée de l'immunité conférée par la vaccination antivariolique ont été plusieurs fois l'objet de discussions dans le Comité. Une nouvelle contribution relative à ce sujet a été présentée par le Délégué de la Suède.

L'étude de diverses épidémies suédoises et anglaises, portant spécialement sur les cas de varioles survenus chez les personnes directement exposées à la contagion, montre que, lorsque survient une épidémie, la primovaccination protège contre l'infection variolique les deux tiers d'une population vaccinée, considérée dans son ensemble. Quant à la réceptivité des personnes non vaccinées, d'après des données anciennes, confirmées par l'épidémie de Sheffield de 1887-1888, elle est de 90 à 95 p. 100 pour le groupe d'âge de 10 à 20 ans (97,8 pour le groupe de 15 à 20 ans, à Sheffield). La proportion des personnes immunisées par la primovaccination diminue en général à partir du groupe d'âge de 30-40 ans. La réceptivité des sujets non vaccinés diminue aussi avec l'âge, dans les statistiques étudiées, et cette diminution est déjà sensible à partir du groupe d'âge de 20-30 ans. Elle trouve son explication dans l'existence d'une immunité résultant d'épidémies anciennes, qui auraient comporté parmi la jeunesse une forte proportion de cas de variole à symptomatologie très atténuée.

Poliomyélite. — En Yougoslavie, le nombre des cas de poliomyélite déclarés a varié, pour les années 1929 à 1935, de 14 à 49, sauf pour l'année 1932, qui a souffert d'un état épidémique, avec 201 cas. Mais, d'après le nombre des paralytiques traités dans les services d'orthopédie, les cas déclarés ne seraient qu'une partie des cas réels. Ils sont rares dans les banovines étendues, à communications difficiles (banovines du Vrbas, du Vardar, de la Zéta) ; mais peut-être échappent-ils à l'observation, à cause du petit nombre de médecins. C'est dans les banovines situées le long des fleuves ou de la mer (Save, Drave, Danube, Littoral) que le nombre des cas est le plus élevé ; il semblerait que les fleuves et le littoral forment des lieux de prédilection pour la propagation de la maladie. Pareille observation a été faite dans l'épidémie de Lisbonne et environs, en 1936. — Une communication du Délégué des Etats-Unis reprend la question, discutée à la session précédente, de la déclaration des cas de paralysie sans poliomyélite. Elle conclut que les cas avec paralysie et ceux qui présentent au moins des signes de faiblesse musculaire localisée sont les seuls dont la déclaration puisse fournir une base solide pour des statistiques de poliomyélite. On peut bien discerner des cas sans paralysie, dans lesquels on trouve des signes de méningite aseptique, bénigne, avec douleur provoquée par la flexion de la colonne vertébrale, hyperesthésie, exagération de certains réflexes. Mais les caractères du liquide céphalorachidien ne suffisent pas à justifier le diagnostic, car ils ne diffèrent pas de ceux que l'on trouve dans diverses affections déjà signalées dans une note précédente : encéphalite type de Saint-Louis ou japonais, chorio-méningite lymphocytaire, encéphalo-myélite de Windber. — En Suède, l'année 1936, avec 3.041 cas de poliomyélite, a atteint le chiffre le plus élevé qui ait été noté depuis les 3.500 cas de 1911. La déclaration séparée des cas aparalytiques a été prescrite depuis le 1er septembre 1936 ; dans la période septembre-décembre, sur 1.765 cas déclarés, 21,7 p. 100 étaient sans paralysie. Il est probable que le diagnostic était correct, mais la confusion avec des névraxites aiguës a pu être faite quelquefois. On a réussi, à l'Institut Bactériologique de l'Etat à Stockholm, à provoquer chez le singe une poliomyélite expérimentale typique par l'inoculation de matière prélevée dans des ganglions lymphatiques, cervicaux et mésentériques ; ces ganglions sont donc des étapes dans la voie suivie par le virus depuis la porte d'entrée jusqu'au système nerveux central. Mais des essais de culture sur tissus (embryon de poulet, placenta humain) et d'inoculation dans le cerveau de la souris ont été négatifs. — En Nouvelle-Zélande, une épidémie a sévi depuis le début de décembre 1936 ; à fin mars 1937, 341 cas avaient été déclarés. Les cas avec paralysie et ceux sans paralysie ont été signalés séparément ; pour les trois premiers mois de l'épidémie, la proportion de cas sans paralysie était de 42,9 p. 100. Il y a en outre beaucoup de cas bénins, caractérisés seulement par une fièvre passagère, avec malaise et somnolence, souvent diagnostiqués « influenza » ou « maladie d'été ». Dans le district sanitaire d'Otago, le plus atteint, à côté de 122 cas déclarés, on estime ces cas frustes à un millier. Tous les cas déclarés ont été hospitalisés. On a jugé nécessaire de fermer les écoles dans toute la Nouvelle-Zélande.

Méningite cérébro-spinale. — Aux Etats-Unis, une vague épidémique paraît se produire environ tous les sept ans ; la dernière (1935-1937) semble être sur son déclin. Il s'agit, en général, de petites épidémies, violentes et localisées ; certaines sont produites par un seul type de méningocoque, d'autres par plusieurs types ; le type I-III (type A français) est le plus fréquent dans les périodes épidémiques. Certaines épidémies ne comprenaient que des septicémies hémorragiques, sans manifestations méningées, à évolution rapidement fatale, avec présence de méningocoque dans les pétéchies. — En Turquie, la méningite cérébro-spinale, en décroissance depuis l'épidémie de 1932, est entrée de nouveau en activité depuis janvier 1937.

Encéphalite épidémique. — Il se produit au Japon des épidémies d'encéphalite, plus ou moins tous les ans, dans les départements d'Okayama, Hiroshima, Hiogo, Ehimé. Depuis 1933, une Commission a été chargée d'étudier cette maladie au point de vue épidémiologique, étiologique, clinique, prophylactique. Elle a abouti à d'importants résultats. L'affection est semblable à l'encéphalite dite de Saint-Louis, qui a sévi aux Etats-Unis. Elle a pu être transmise, par inoculation de matière cérébrale de personnes décédées, au singe, puis à la souris, qui est l'animal de laboratoire le plus réceptif. Le virus peut être entretenu par passages par le cerveau de la souris. Il existe, dans le cerveau des malades, du 4e au 10e jour de maladie et ne peut plus être mis en évidence au delà du 10e jour ; le sang des malades est virulent pendant les premiers jours. La contagion peut avoir lieu par gouttelettes de sécrétions naso-pharyngées : expérimentalement, on a réalisé l'infection par la voie nasale. D'autre part, on a réussi à infecter des moustiques (*Culex trilaeniorhynchus, Culex pipiens*) en leur faisant piquer des malades ; ils peuvent rester infectants pendant un mois. Des souris ont ensuite été infectées par piqûre de ces moustiques ou par inoculation de moustiques broyés. Mais la contamination de l'homme par piqûre de moustiques n'a pas encore été démontrée.

Scarlatine. — On observe à Bucarest, depuis 1930, des angines ulcéro-nécrotiques ou ulcéro-gangréneuses (angine de Henoch) dans la scarlatine ; elles ont été l'objet d'une étude portant sur 650 cas, dont 180 en 1930 et 200 en 1931. La léthalité atteignait 60 p. 100 au début ; elle a diminué depuis que les cas sont mieux traités. Il y a des formes hypertoxiques, des formes avec septicémie à streptocoque hémolytique, celles-là presque toujours mortelles, des formes moins ou non toxiques, mais avec nécroses étendues. Les complications sont fréquentes, soit au voisinage (adénopathies suppurées, otites, mastoïdites, sinusites, complications oculaires, méningites), soit à distance (septicémies, pyohémies). Le traitement comporte l'emploi à hautes doses de sérums antigangréneux associés au sérum antiscarlatineux.

La fréquence de la scarlatine en Roumanie dans la dernière période a conduit à instituer en 1934 une campagne de vaccination par l'anatoxine streptococcique, qui a été dirigée par le Conseil Sanitaire Supérieur. On a fait quatre injections de 0 cm^3 25, 0 cm^3 50, 0 cm^3 75 et 1 cm^3 25, à intervalles de 3 et 2 semaines. A Bucarest, 25.000 enfants ont été ainsi vaccinés. Un certain nombre d'entre eux ont

contracté dans la suite la scarlatine. Les formes de la maladie ont été comparées dans deux groupes, l'un de 229 enfants vaccinés, l'autre de 776 non vaccinés. Chez les premiers, il y a eu plus de cas légers, moins de complications, moins d'angines ulcéro-nécrotiques (3,1 au lieu de 13,8 p. 100) et de scarlatines hypertoxiques (0,44 au lieu de 2,2). La léthalité globale a été de 0,44 p. 100 chez les vaccinés, 7,72 p. 100 chez les non-vaccinés. Il ressort de cette étude que la vaccination atténue la gravité de la maladie.

Spirochétose ictéro-hémorragique. — Il y a eu aux Etats-Unis, au cours du XIXe siècle et au début du XXe, un certain nombre d'épidémies d'ictère infectieux, qui ont peut-être été de la spirochétose ictérohémorragique. Même depuis que cette affection est connue, le diagnostic n'a pas été généralement porté. On ne connaît encore que 18 cas dans lesquels le *Leptospira* ait été identifié. Il est possible que quelquefois l'inoculation des produits prélevés chez les malades ait été faite à des cobayes qui n'étaient pas sensibles ; la souris à pattes blanches d'Amérique s'est montrée le meilleur animal réactif. Dans quelques enquêtes, on a trouvé des rats infectés de leptospires dans la proportion de 4 à 30 p. 100 (Californie, New-York, Tennessee, Baltimore).

(*A suivre.*)

LA DÉFENSE PASSIVE A PARIS

Pour des raisons qui échappent au commun des mortels, des exercices de défense passive n'ont eu lieu jusqu'ici que deux fois à Paris.

Cela ne veut pas dire que la préparation ait été ralentie. La Commission que préside M. le professeur Tanon a pu, grâce au concours de la préfecture de police et de la préfecture de la Seine et sous l'active impulsion de M. Perrier, secrétaire général de la défense passive, faire de l'excellent travail.

Nous pouvons à ce sujet donner les indications suivantes :

Au début, cette Commission avait voulu établir un abri par quartier, mais devant la difficulté de trouver des locaux protégés, en nombre suffisant, elle a dû se contenter d'un abri sanitaire par arrondissement ou par commune. Il semble étonnant que dans Paris et la Seine, on ne puisse disposer de locaux en quantité suffisante. Le fait est pourtant exact, et s'explique si l'on veut bien admettre que pour qu'une telle formation puisse rendre service, il faut qu'elle ait au moins une superficie de 800 mq., permettant d'installer les services de triage, des salles de blessés, d'asphyxiés et d'ypérités ; d'ailleurs, avec les transports automobiles qui sont prévus en cas de guerre, un poste par arrondissement sera suffisant.

Répartition. — Sans donner la liste complète et la situation de ces postes, on peut indiquer qu'actuellement 30 postes sont installés dans Paris et la banlieue. Dans cette dernière, certains abris de secours sont assez vastes pour desservir deux ou trois communes ; 5 autres sont en construction. Il reste encore deux ou trois arrondissements de Paris où l'on essaie de trouver des locaux convenables. Grâce au dévoué secrétaire de la Commission, M. François, dont l'action utile s'est particulièrement exercée en ce sens, 26 postes sont prêts, munis de lits, de tables de nuit, châssis, bancs, médicaments, etc... ; tous ont une salle d'opération avec table et instruments. Un ou deux de ces postes ont d'ailleurs fonctionné le 16 octobre dernier ou le 1er juin de l'année précédente, lors de manœuvres. Actuellement, ils peuvent en deux heures être prêts à recevoir les malades.

Personnel. — Le personnel médical est fourni par les médecins délivrés de toute obligation militaire ; le personnel infirmier l'est par les trois Associations de la Croix-Rouge. L'état du personnel est affiché à l'entrée du poste. Les médecins, comme les infirmières, sont munis d'une fiche de mobilisation et doivent se rendre au poste dès le signal d'alerte. Les uns et les autres habitent autant que possible l'arrondissement. Les infirmiers sont fournis par les Associations spéciales, les secouristes et les hospitaliers sauveteurs, que dirige M. Mongatte. Tous également doivent être déliés des obligations militaires. M. Contencin, secrétaire général du Comité départemental de la Mobilisation nationale à la préfecture de la Seine, a bien voulu se charger de faire cette discrimination. Il en est de même des pharmaciens qui sont pris parmi une association fondée par le pharmacien-colonel Bruère. C'est parmi eux qu'on choisit les pharmaciens détecteurs.

Matériel. — En dehors du matériel ordinaire de toute ambulance de gazés, qui est fourni en partie par la défense passive elle-même, et en partie par l'Assistance publique avec laquelle les services se sont entendus, chaque poste dispose de deux voitures d'ambulance et de deux remorques : chacune peut transporter 6 blessés, ce qui fait 24 en tout par voyage, chiffre qui paraît bien suffisant. De plus, à chaque poste sont attachées 2 voitures remorques très légères, s'attelant à une voiture de tourisme au besoin, qui, dès qu'une chute de projectile est signalée, se rendent sur place immédiatement avec un petit appareil de détection, en attendant les résultats des analyses que pourra faire le service de détection spécial de la préfecture de police. Au retour, on sera ainsi fixé sur la nature des soins à donner.

Notons qu'une réserve de matériel très importante est constituée rue du Cloître-Notre-Dame. Admirablement classée par M. Perrier, elle est immédiatement utilisable.

Evacuations. — Les évacuations ont été prévues. Chaque abri de secours peut évacuer sur un hôpital de Paris, suivant un plan établi par M. Pillu, ancien directeur à l'Assistance publique, président de la sous-commission sanitaire de Paris. Ces hôpitaux mettent, dès le premier signal d'alarme, 2 salles de 20 lits, dites salles Z, à la disposition de la défense passive. De là, après repos ou soins, les malades seront évacués sur les hôpitaux Z spéciaux. Ceux-ci sont difficiles à trouver. Toutefois, d'ores et déjà, la Commission a pu trouver dans la proche banlieue des bâtiments utilisables. Ils vont être aménagés rapidement, suivant un plan établi par M. Pillu et approuvé par la Commission. Cet hôpital Z peut dès maintenant recevoir 2.000 blessés ou gazés.

Plan de fonctionnement. — En cas d'alerte, les postes-abris pourront pour la plupart (c'est-à-dire 26, à la date du 1er juin 1937) être prêts deux heures après l'alerte. Les blessés seront pris sur la voie publique par les équipes volantes détachées du poste de secours et amenés au poste où ils seront traités. Après traitement, ces blessés seront renvoyés chez eux ou dans les salles Z des hôpitaux, et s'il y a lieu, renvoyés encore dans l'hôpital Z cité plus haut ou dans les hôpitaux départementaux, moins menacés.

Telles sont les grandes lignes de l'organisation actuellement au point. La sous-commission des services sanitaires s'occupe activement de la compléter, afin de pouvoir parer à toute éventualité.

F. L. S.

LIVRES NOUVEAUX

Les grands problèmes de la médecine contemporaine (1), par M. Pasteur Vallery-Radot, membre de l'Académie de médecine.

Ce livre débute par les portraits des quatre grands fondateurs de la médecine contemporaine, qui furent les disciples de Pasteur : Emile Roux, Albert Calmette, Charles Nicolle et Fernand Widal. L'auteur, petit-fils de Pasteur, a connu personnellement ces savants qui furent de véritables apôtres et engagèrent la médecine dans sa voie actuelle. Il les a vus au travail, absorbés dans l'unique recherche de la vérité. Il retrace leur vie et leur œuvre en des pages qui font assister à la genèse de leurs découvertes et sont parfois particulièrement émouvantes. Connaître les travaux de Roux, de Calmette, de Nicolle, de Widal, c'est pénétrer tous les grands problèmes de la médecine d'aujourd'hui.

Dans les chapitres qui suivent, l'auteur expose quelques grands problèmes de la médecine actuelle. C'est d'abord l'histoire de la poliomyélite épidémique, maladie nouvelle qui s'étend sur le monde. Vient ensuite l'histoire des deux fléaux coloniaux, la maladie du sommeil et le paludisme. L'auteur nous fait assister à la lutte contre la maladie du sommeil en Afrique. Puis il relate comment fut découvert le parasite du paludisme et son agent de transmission, le moustique. Il nous fait vivre les vies de ces hommes de science acharnés à la poursuite des énigmes de la nature, vies parfois pleines de romanesque.

Le lecteur est initié à la nouvelle et audacieuse conquête de la thérapeutique : la fièvre curatrice.

Le livre se continue par une étude des deux vaccinations qui ont suscité tant d'enthousiasme et de critique en ces dernières années : la vaccination antidiphtérique et la vaccination antituberculeuse. La première de ces vaccinations est, sans contredit, une des plus grandes découvertes faites dans le domaine de la bactériologie depuis vingt ans ; elle a fait ses preuves. La seconde donne un espoir merveilleux à l'humanité angoissée devant le fléau de la tuberculose.

Une étude historique de la première application à l'homme de la vaccination contre la rage, dernière étape de l'œuvre prodigieuse de Pasteur, sert ici à démontrer que pour l'homme armé de la méthode expérimentale, telle que la maniaient Pasteur et Roux, rien n'est désormais impossible.

Contribution à l'étude du phénomène anaphylactique dans la pathogénie des hépato-néphrites aiguës (2), par MM. Jean Vague et Albert Bosch (de Marseille) (travail de la clinique du professeur D. Olmer et du laboratoire du professeur L. Cornil).

Cet important travail se termine par les conclusions suivantes :

L'étude comparative des résultats récents de l'expérimentation sur l'anaphylaxie et les phénomènes voisins, de certaines variétés cliniques d'hépato-néphrites aiguës, de l'évolution de la pathogénie générale des autres hépato-néphrites, nous permet, croyons-nous, d'exposer les conclusions suivantes :

1° Un certain nombre d'hépato-néphrites aiguës reconnaissent à leur origine le choc anaphylactique, tel qu'il est depuis longtemps connu ; c'est le cas des hépato-néphrites de la transfusion, de la sérothérapie, de l'anaphylaxie alimentaire.

2° La cause de la majorité des hépato-néphrites toxiques est un phénomène d'intolérance, d'hypersensibilité, dont la manifestation est analogue, sur presque tous les points, à l'anaphylaxie.

3° D'une façon plus générale, la réaction hépato-rénale à un processus infectieux peut, dans une proportion qu'il est difficile actuellement de déterminer, être considérée comme une réaction d'hypersensibilité organique, hypersensibilité qui peut se terminer par la victoire de l'organisme après une évolution parfois très grave, qui peut aussi aboutir à la mort par un processus dégénératif.

4° Ces notions pathogéniques, qui mettent en évidence le rôle capital du terrain individuel ou collectif dans le mécanisme des hépato-néphrites aiguës, entraînent à leur suite des sanctions thérapeutiques, dont la prophylaxie surtout tire intérêt, déductions qui consistent essentiellement dans la thérapeutique désensibilisante et les médications qui s'en rapprochent.

(1) Un volume in-8°. Prix : 12 francs. Ernest Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

(2) Un volume in-8°. Imprimerie M. Leconte, 27, boulevard Louis Salvator, Marseille, 1937.

Les dents humaines. Morphologie, par E. Marseillier, professeur d'Anatomie dentaire humaine et comparée à l'Ecole odontotechnique, avec une Préface du docteur L. Frison (1), directeur de l'Ecole odontotechnique.

Ouvrage spécialement écrit et illustré pour compléter les traités d'*Anatomie dentaire* usuels. Ceux-ci s'étendent longuement sur l'*Histologie* et l'*Embryogénie*, mais ne consacrent que peu de pages à la *Morphologie*. Cette partie de l'Anatomie est cependant d'un intérêt primordial pour le futur praticien spécialisé dans le traitement, la reconstitution et le remplacement des dents.

Ce livre, exclusivement réservé à l'étude de la *Morphologie dentaire : Humaine, Normale, Moyenne*, s'adresse à tous les praticiens. Toutefois, il est plus particulièrement destiné aux étudiants stagiaires, ainsi qu'aux étudiants de scolarité.

Le texte, condensé à l'extrême, sans détail superflu, ne met en lumière que des caractères d'un réel intérêt.

Les planches sont traitées avec un soin particulier pour donner l'impression de relief ; qualité qui permettra à l'élève de reproduire, sans difficulté, chaque dent avec toutes ses particularités anatomiques.

Contrairement à l'usage, l'auteur n'a pas hésité à consacrer une planche pour la dent de droite et une planche pour la dent homologue de gauche. Les deux planches en regard l'une de l'autre.

Les élèves apprécieront cette présentation ; elle leur offrira l'avantage d'éviter les erreurs d'interprétation, lors de l'exécution d'une dent de gauche d'après le modèle d'une dent de droite.

Dans la Première Partie sont exposées les lois qui régissent les caractères généraux communs à toutes les couronnes et les caractères particuliers à chacune de celles-ci.

Les explications sont rendues compréhensibles par de nombreux schémas au trait, dont quelques-uns sont en deux couleurs.

Cette première partie est totalement originale, les développements qu'elle comporte ne se rencontrent dans aucun autre ouvrage.

La Deuxième Partie contient la description complète et détaillée de toutes les *dents permanentes*, leur agencement entre elles et sur les maxillaires.

La Troisième Partie est réservée aux *dents temporaires*.

(1) Paris, Gauthier-Villars. — 1 vol. in-8° de XII-140 pages, illustré de 68 planches dont 8 en couleurs, 35 fr.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE L'INSUFFISANCE SURRÉNALE

Le tableau de l'insuffisance surrénale s'est notablement élargi avec l'accroissement de nos connaissances sur la pathologie endocrinienne, si bien qu'il faut aujourd'hui décrire :

1° La maladie d'Addison, insuffisance surrénale chronique avec mélanodermie la première connue ;

2° L'insuffisance surrénale aiguë ;

3° L'insuffisance surrénale chronique sans mélanodermie et la petite insuffisance surrénale.

I. — La maladie d'Addison

La maladie d'Addison est un syndrome que caractérise cliniquement la tétrade :

Asthénie.
Mélanodermie.
Hypotension.
Troubles digestifs et douleurs abdominales.

ETIOLOGIE

L'affection est relativement rare chez l'enfant, exceptionnelle chez le vieillard.

Elle se voit surtout à l'âge moyen de la vie.

Elle est presque toujours due à la tuberculose des surrénales, mais elle peut exceptionnellement être causée par la syphilis ou le cancer, mais il est nécessaire qu'il y ait atteinte bilatérale des surrénales.

ETUDE CLINIQUE

Le *début* est presque toujours insidieux et les signes risquent d'être méconnus à la phase initiale, en particulier chez les sujets atteints d'une tuberculose connue, mais il est rare de rencontrer une maladie d'Addison chez un tuberculeux pulmonaire (Sergent, Rist).

Le premier signe en date est

— Tantôt la pigmentation,

— Tantôt une fatigue anormale progressive, inexplicable, irréductible.

— Tantôt digestif.

En présence de l'un quelconque de ces signes, il faut penser à la maladie d'Addison et chercher à extérioriser davantage l'affection par :

— L'épreuve dynamométrique,

— La recherche d'une pigmentation latente par l'épreuve du vésicatoire,

— La recherche d'une hypotension artérielle,

— L'étude de l'état humoral présenté par le malade en faisant pratiquer une glycémie et une chlorémie plasmatique et globulaire.

ETAT

I. A la période d'état, le signe le plus frappant est la *mélanodermie*. C'est elle qui individualise le plus nettement la maladie d'Addison.

Elle porte sur :

A. *Les téguments.*

1. D'abord d'une façon parcellaire sous forme de taches bronzées.

— Au niveau des parties découvertes : face, cou, face dorsale des mains.

— Au niveau des régions normalement pigmentées : fourreau de la verge, scrotum, aréoles des seins.

— Au niveau des régions exposées à des frottements ou des irritations : cicatrices de pointes de feu, de vésicatoires ; régions irritées par le port d'un bandage, le frottement du col.

2. Ensuite d'une façon globale, mais :

— En restant cependant plus marquée aux zones les premières atteintes, où elle présente souvent un aspect granité ;

— En respectant relativement la paume des mains et la plante des pieds.

B. *Les muqueuses.*

Formant des taches ardoisées irrégulières sur la face interne des joues ; les commissures labiales ; la langue ; les conjonctives ; les muqueuses génitales.

C. *Les phanères.*

Cheveux, barbe, ongles.

II. *L'asthénie* est un signe capital de l'affection.

C'est vraiment cliniquement le signe majeur de toutes les insuffisances surrénales.

Elle est à la fois physique et psychique.

L'asthénie physique débute par une simple lassitude, une fatigabilité rapide.

Mais elle augmente régulièrement, rapidement, inexorablement, si bien que le malade doit quitter son travail, puis tout déterminant chez lui une lassitude extrême, s'aliter.

A cette phase, rien que l'intensité de l'asthénie qui ne se rencontre telle dans aucune autre affection doit faire penser à l'insuffisance surrénale, mais au début, lorsque les signes sont moins nets, il faudra les extérioriser par l'épreuve dynamométrique.

On constate alors :

— Une diminution de la capacité d'effort.

— Un épuisement musculaire extrêmement rapide.

La première réponse est presque normale, mais les autres diminuent rapidement et au bout de quelques essais, les chiffres deviennent extrêmement bas.

Une *asthénie intellectuelle* évolue parallèlement, le malade ne cause pas, répond avec peine aux questions posées, reste dans un demi-sommeil continuel.

III. *Les troubles gastro-intestinaux* consistent en :

— Inappétence progressive.

— Vomissements faciles matutinaux, puis post-prandiaux provoqués en particulier par l'effort ;

— Constipation opiniâtre entrecoupée parfois de périodes de diarrhée, surtout à la période terminale ;

— Douleurs lombaires bilatérales, quelquefois aussi épigastriques et en ceinture avec un maximum douloureux au niveau de l'extrémité antérieure de la 12e côte.

Ordinairement continues, ces douleurs s'exagèrent sous l'influence des mouvements. Mais ne sont pas augmentées par la pression.

Elles sont fixes et n'irradient pas.

En présence de ce tableau, on pense à l'insuffisance surrénale et on recherche le 4e grand signe de l'affection qui est absolument constant.

IV. *L'hypotension artérielle.*

— Celle-ci est progressive.

— Elle porte sur la maxima et la minima.

— L'indice oscillométrique est très petit.

— Le *pouls* est rapide, petit avec des intermittences.

— Les malades se plaignent de palpitations, de vertiges, de bourdonnements d'oreilles.

De ces troubles circulatoires, on peut d'ailleurs rapprocher le phénomène de la ligne blanche qui persiste anormalement deux à trois minutes au frottement de l'abdomen avec un objet mousse.

Mais ce signe qui indique seulement un déséquilibre du tonus sympathique n'a rien de spécifique de l'affection.

(*A suivre.*) J. FERROIR.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 75. — SAMEDI 18 SEPTEMBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de médecine de Paris. — Il est créé une chaire d'assistance médico-sociale à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Ecole de médecine de l'Indochine. — Composition du jury des examens. Par dérogation à l'article 15 du décret du 19 octobre 1933, modifié par celui du 30 mai 1935, les jurys chargés de faire subir les examens de l'année scolaire 1936-1937 à l'école de médecine et de pharmacie de plein exercice de l'Indochine pourront comprendre les professeurs et chargés de cours actuellement en fonctions dans cet établissement et remplissant les conditions requises par l'article 3 du décret du 19 octobre susvisé (*J. O.*, 22 août 1937).

Ministère de la Santé publique. — *Légion d'honneur.* — Commandeur : M. Ertzbischoff, de Paris. — Officier : M. Ricolfi (de Nice). — Chevalier : MM. Devaux (de Vichy), Versini (de Calcatoggio, Corse).

Asile d'aliénés. — Mme le docteur Gardien-Jourdheuil est nommé médecin-chef à l'asile d'aliénés Saint-Joseph de Cluny, à Limoux.

M. le docteur Chaurand est nommé médecin-chef à l'asile d'aliénés de Sainte-Marie, à Privas.

Service sanitaire maritime. — M. le docteur Mallet est nommé médecin de la santé du port de Saint-Nazaire, en remplacement de M. le docteur Rizard, appelé aux fonctions de Directeur de la santé.

M. le docteur Casteret est nommé agent principal de la santé, à Sète, en remplacement de M. le docteur Herber, retraité.

La semaine médicale de Salsomaggiore. — Du 29 août au 4 septembre s'est tenue à Salsomaggiore une réunion médicale internationale qui a obtenu le plus grand succès.

Parmi les congressistes italiens, on remarquait les professeurs Pende, Accouci, Alfieri, Cova et Gaifami.

Parmi les étrangers : Aschner (de Vienne) ; Cawadias (de Londres) ; Daniel (de Bucarest) ; Vignes et Martiny (de Paris). Le sénateur prof. Pende a fait une remarquable conférence sur la stérilité féminine.

Le gouvernement était représenté par S. E. Thaon di Revel, ministre des Finances.

XXVe Congrès français de médecine (Marseille, 26-28 septembre 1938). — On nous communique les questions à l'ordre du jour et les noms des rapporteurs.

Les spirochétoses ictérigènes. — Les formes ictériques, par le prof. Jules Monges et Jean Olmer (de Marseille) ; les formes anictériques, par le prof. agrégé Jean Troisier (de Paris) ; les spirochétoses dans la France d'Outre-Mer, par Bordes et Rivoalen, professeurs agrégés du Service de santé colonial.

Les hypochlorémies. — Le chlore considéré au point de vue physiopathologique, par le prof. Ambard (de Strasbourg) ; les hypochlorémies médicales, par le docteur Mach (de Genève) ; les hypochlorémies du point de vue chirurgical, par le prof. Mayer, le prof. Bigwood et Van Dooren (de Bruxelles).

La thérapeutique actuelle des avitaminoses de l'adulte. — Introduction à la thérapeutique des avitaminoses, par le prof. Mouriquand (de Lyon) ; thérapeutique des avitaminoses A, par le prof. Chevalier (de Marseille) ; thérapeutique des avitaminoses en pathologie coloniale (béribéri, sprue), par le prof. Toullec et le docteur Riou (d'Hanoï) ; thérapeutique de la pellagre, par le Privatdocent Nitzulescu (de Jassy) ; thérapeutique des avitaminoses du type scorbutigène, par le prof. agrégé Giroud et Leblond (de Paris) ; thérapeutique des avitaminoses D et E par le prof. Wildsteadt (Copenhague).

Seules seront admises les communications ayant trait à ces sujets.

Fiches de pratique médicale (Direction scientifique : docteur Desfour, Montpellier. Administration : 46, rue aux Laines, Bruxelles.)

Les éditeurs de cette originale publication continuent à faire paraître des fiches complémentaires qui enrichissent et rajeunissent l'importante collection de base parue en 1935.

C'est ainsi que nous venons de recevoir quelques centaines de pages de fiches mises à jour 1936 et 1937. Ces dernières viennent s'ajouter aux fiches déjà parues pour former à l'heure qu'il est une masse de près de 4.000 pages de renseignements modernes et pratiques embrassant les neuf dixièmes des questions médicales mises à jour intéressant l'omnipraticien.

Nous n'avons pas besoin de revenir sur la grande valeur de ces fiches, toutes rédigées par des maîtres éminents de diverses Facultés françaises et étrangères. C'est le véritable *livre permanent* de la *pratique médicale*.

Nécrologie. — Le docteur Gagneux (de Lyon) ; le docteur Avril (de Charlieu).

— Le docteur G. Wilmet, ancien bourgmestre de Montignies-le-Tilleul, décédé à la Louvière (Belgique).

CHRONIQUE

LA NATATION OBLIGATOIRE A L'ÉCOLE

Jamais les noyades n'ont été aussi fréquentes que cette année. Le goût de la natation s'est cependant développé d'une façon extraordinaire. Sans parler des plages de la Méditerranée, de l'Océan ou de la Manche, il n'est pas une rivière en France où l'on ne trouve maintenant de petites plages souvent bien organisées et très fréquentées. On devrait donc supposer, à priori, que tout le monde sait nager. Hélas ! il n'en est rien, il suffit de lire les quotidiens pour constater que trop de baigneurs ne savent pas ou ne savent pas suffisamment nager.

Aussi l'article que le maître respecté de la pédiatrie, M. Jules Comby, vient de consacrer à cette grave question (1) mérite-t-il d'être médité.

M. Comby demande que le ministre de l'Education nationale impose l'obligation de la natation à tous les élèves des établissements de l'Etat, sans autres dispenses que d'ordre médical. C'est la sagesse même, la natation doit être à la base de l'éducation physique.

Tout le monde sait monter à bicyclette. Il n'est pas plus difficile de nager, il suffit de vouloir.

F. L. S.

(1) *Bulletin Médical* n° 37, 11 septembre 1937.

Clinique Calot. — A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. Calot (de Berck) fera le mercredi 6 octobre, de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2, dans sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, une séance de démonstrations techniques, avec présentations de sujets en traitement et de sujets guéris.

Moyens d'accès. — Les autobus 12 et 14, descendre à l'arrêt « rue Jean-Nicot », entre le Pont des Invalides et le Pont de l'Alma.

Cent ans d'abonnement. — Notre excellent confrère, le docteur Desfarges, de Busset, nous signale qu'il possède actuellement la collection de la « Gazette » depuis cent ans. L'abonnement fut souscrit par son grand-père en 1837. Notre confrère succéda directement à son grand-père et resta notre abonné.

Ce n'est certes pas la première fois que nous voyons nos abonnés rester fidèles à notre journal pendant plusieurs générations, mais c'est toujours avec fierté que nous en relevons de nouveaux exemples. Nous remercions le docteur Desfarges d'avoir bien voulu nous écrire à ce sujet et nous lui adressons l'expression de nos sentiments très cordiaux.

RENSEIGNEMENTS

Le docteur Jean Sexe, ophtalmologiste, 2, rue Victor-Delavelle, à Besançon (Doubs) sera reconnaissant à toutes les personnes qui voudront bien lui adresser tous documents (exemplaires originaux ou photographies d'instruments, appareils, lunettes, prothèses oculaires, accessoires thérapeutiques optiques et pharmaceutiques, livres, thèses, dessins, gravures, peintures, sculptures, médailles, lettres, autographes, notes manuscrites, affiches et brochures, précisions, priorités, découvertes, anecdotes, biographies, imprimés, etc...) concernant l'*Ophtalmologie française* et particulièrement *son Histoire*.

Administration Générale de l'Assistance publique à Paris

Sous-Direction des hôpitaux et hospices.
Service de l'exploitation

Le **jeudi 21 octobre 1937**, à 15 heures, et le **vendredi 22 octobre 1937**, à 10 heures, il sera procédé publiquement au chef-lieu de l'Administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication de la fourniture d'articles de coucher, linge, habillement et pansements nécessaires au service des hôpitaux et hospices civils de Paris pendant l'année 1938 pour les articles de coucher, linge, habillement, et pendant le premier semestre 1938 pour les articles de pansement.

Ladite fourniture, divisée en 110 lots, comprend les articles suivants :

Couvertures de laine et coton; langes de laine et coton; laine blanche, crin, plume, duvet; toiles diverses et étoffes de fil; cotonnades blanches et écrues ; cotonnades de couleur ; soieries : séance du jeudi 21 octobre 1937, à 15 heures (lots 1 à 70 inclus).

Draperie, molleton ; étoffes de laine et de laine et coton ; toile imperméable caoutchoutée ; bonneterie ; chapellerie ; sabots : chaussons ; coton cardé ; coton hydrophile ; gaze mousseline apprêtée et sans apprêt; cellulose hydrophile; tampons hygiéniques en cellulose : séance du vendredi 22 octobre 1937, à 10 heures (lots 71 à 110 inclus).

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation, de l'Approvisionnement et du Matériel, 3, avenue Victoria, bureau n° 8, tous les jours non fériés de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures. Les échantillons-types sont déposés au Magasin central des Hôpitaux, 99, boulevard de l'Hôpital.

Dépôt des demandes jusqu'au mardi 5 octobre 1937.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
René
Vincent

REVUE GENERALE

LE MÉTABOLISME CRÉATINIQUE DANS LES TROUBLES HUMORAUX POST-OPÉRATOIRES

Par MM J. DUNAN, J. VAGUE et H. HAIMOVICI

De multiples travaux au cours de ces dernières années ont cherché dans les ressources de la chimie biologique l'explication du syndrome toxique plus ou moins manifeste qui fait suite aux traumatismes et aux interventions chirurgicales ; c'est ainsi, qu'apparente ou inapparente sur le plan de la clinique, la maladie post-opératoire est, au point de vue biologique, un phénomène constant que l'exploration clinique de l'organisme avant et après les interventions chirurgicales, permet de mettre en évidence.

Signalée depuis longtemps par Lucas-Championnière (1893), Vidal d'Arras (1900), P. Duval (1918), Reynes (1918), l'azotémie post-opératoire a encore fait l'objet de travaux plus récents d'Ameuille (1927), de Courriades (1933) ; tous les auteurs qui se sont attachés à l'étude des autres perturbations biologiques ont également dosé l'azotémie post-opératoire. Il ressort de tous ces travaux que l'élévation de l'azotémie s'observe à peu près toujours le lendemain des interventions chirurgicales.

Les travaux récents ont été riches en renseignements biologiques. Mac Callum, Haden et Orr, Legueu, Chabanier et Lobo-Onell, Robineau et Max Lévy, Fredet, Fey et Pabazzoli, Achard, Sphal et Kuhlmann, Castaigne et Chaumerliac, Leriche, Garling-Palmer, Letulle ont mis en lumière l'importance de la chloropénie et de la chloropexie tissulaire post-opératoire ; les variations du rapport érythro-plasmatique étant des plus irrégulières, s'abaissant parfois (Larger, Lamare, Courtois et Lecoq), s'élevant dans les cas plus fréquents d'acidose vraie.

C'est à l'œuvre de Van Slyke, Wolf, Puech, Cristol et Cazal, Fiessinger, Olivier et Herbain, P. Duval, J. Ch. Roux et Goiffon, Letulle, Larget, Lamare, Meunier et Lecoq que nous devons de connaître l'élévation des polypeptides sanguins ; ces derniers auteurs démontrent en même temps l'élévation transitoire de l'uricémie et de la glycémie, Martin rappelle l'action toxique des lipoïdes tissulaires.

Avec l'intérêt de ces diverses recherches, Letulle souligne celui qu'on peut trouver à la mise en évidence des corps cétogènes dans l'urine au cours des accidents post-opératoires. Menégaux, Guillaumier et Pergola signalent l'hypocalcémie.

Aiguillés dans le sens du rôle pathogénique de l'auto-intoxication, de nombreux auteurs ont paru trouver dans l'examen des *fonctions hépatiques* une explication des troubles biologiques observés. Certains, Helwig et Schutz, nous-mêmes, avons pu mettre en évidence dans quelques cas la part du syndrome hépato-rénal dans l'ensemble du tableau morbide.

L'*ictère post-opératoire* est rare ; en dehors des accidents, souvent graves, consécutifs à la chloroformisation, la jaunisse était autrefois rarement décrite ; la plus grande fréquence des interventions sur le foie et les voies biliaires l'a fait aujourd'hui observer plus souvent. En dehors même de ces cas particuliers, l'ictère post-opératoire a été noté à la suite d'interventions portant sur un autre organe ou sur une autre région. Si ces accidents sont rares, les petits signes d'insuffisance hépatique sont fréquents et même presque constants ; Quenu et Kuss, Tuffier, Mante et Auburtin, Chevrier, Widal, Abrami et Hutinel, Fiessinger et Walter (Soc. de Chir., 1928, tome 54, *Journ. de Chir.*, tome 82, 1928) étudient l'insuffisance hépatique post-opératoire par l'épreuve du rose bengale, dont l'élimination se trouve insuffisante ; Stefanovitch, J. Pont et Sparfel (*Paris méd.*, 8 oct. 1932, p. 285) signalent l'augmentation du C.A.C. Chevrier, René Bernard et Sorrel, dès 1909 (Soc. de Biol., 20 sept. 1909), avaient noté la constance de l'hyperbilirubinémie et de l'urobilinurie après la chloroformisation; Brulé, Garban et Le Gall, La Salle (*Rev. de Chir.*, 10 juin 1914) avaient constaté à leur tour de l'urobiline et des sels biliaires dans les urines ; récemment, Bengolea et Velasco Suarez (Soc. de Chir., 19 déc. 1934, p. 1375) observaient, par le dosage chimique et l'examen histologique, la disparition du glycogène hépatique et l'hyperglycémie au cours de l'anesthésie chirurgicale.

Il est des cas qui paraissent relever exclusivement, ou presque, de l'action de l'anesthésique ; nous rappellerons ici les cas classiques de l'ictère grave chloroformique comme de l'ictère léger qui survient le lendemain d'une chloroformisation. L'ictère grave, lui, a une individualité très nette ; les troubles, bien souvent, apparaissent vers le tard, les vomissements qui suivent l'anesthésie n'ayant guère alors de valeur diagnostique ou pronostique ; le malade peut être choqué, abattu, mais il peut paraître aussi en excellent état. C'est le deuxième ou le troisième jour qu'apparaît l'ictère, jaune franc, d'intensité moyenne ; les urines sont rares, foncées, albumineuses et contiennent des sels et des pigments biliaires, parfois de l'acétone et de l'acide diacétique ; la R. A. est abaissée ainsi que la chlorémie totale.

Les symptômes hémorragiques sont parfois importants et peuvent se manifester au niveau des muqueuses nasales et gingivales et de la plaie opératoire ; les vomissements de sang sont un peu plus tardifs. Le syndrome toxique est très prononcé, la prostration va bientôt jusqu'au coma ; Fiessinger et Montaz (*Rev. de Chir.*, sept. et oct. 1916, p. 423) décrivent une forme nerveuse où le délire est très intense, s'accompagnant de convulsions. Cette forme a été retrouvée après anesthésie locale par W. Muncie, par de Vernejoul, Haimovici et Vague ; on sait combien ces symptômes d'excitation nerveuse sont fréquents dans les hépatites du type dégénératif et nécrotique. Dans cette forme, l'ictère est souvent peu marqué, il existe des symptômes de collapsus cardio-vasculaire. L'anémie relevant de la brusque destruction globulaire, ainsi que le prouve la présence dans le sang d'autohémolysine, a été signalée par Abrami et Fiessinger et invoquée par Quenu et Kuss, comme la preuve de l'origine hémolytique de l'ictère, mais dans les cas bénins seulement, les cas graves relevant, toujours d'après ces auteurs, d'une atteinte hépatique.

L'azotémie de ces malades est à peine élevée, comme on voit, dans les cas où la cellule hépatique est détruite ; et de fait, c'est une dégénérescence graisseuse, parfois même une nécrose du foie que l'on observe ; il s'y surajoute une néphrite épithéliale et souvent des lésions cardiaques.

Cet ictère grave est heureusement exceptionnel ; on ne l'observe guère, d'ailleurs, que chez des sujets porteurs de tares hépatiques diverses qui auraient dû contre-indiquer l'anesthésie chloroformique. La mort, quoique habituelle, n'est cependant pas constante (Tuffier et Auburtin).

On voit que, si ces symptômes ne sont pas toujours identiques, l'ictère grave chloroformique réalise malgré tout un tableau bien individualisé ; c'est l'ictère grave aigu par destruction hépatique surtout et accessoirement rénale, analogue au point de vue pathogénique à la forme habituelle de l'atrophie jaune aiguë ; c'est d'ailleurs le type le plus souvent réalisé par l'expérimentation.

Avec les autres anesthésiques, éther et protoxyde d'azote, si Chevrier (Soc. de Chir., 7 mai 1919) constate biologiquement de l'hyperbilirubinémie après l'anesthésie par l'éther, l'ictère clinique est exceptionnel et l'ictère grave douteux ; il en est de même pour le protoxyde d'azote que Desmarats (*Rev. méd.*, 9 mars 1921) ne considère pas comme ictérigène.

Dans ces derniers temps, des syndromes hépato-rénaux aigus et le plus souvent mortels ont été signalés à la suite d'interventions généralement importantes, surtout après celles portant sur les voies biliaires et le foie. Dans un beau travail d'ensemble, Helwig et Schutz (*Surg. Gyn. and Obst.*, nov. 1932) en faisaient l'étude clinique et expérimentale. Il y a trois ans, Bengolea et Velasco Suarez (Soc. de Chir., 19 déc. 1934) rapportaient également de nombreux cas d'accidents hépato-rénaux post-opératoires et rejetaient presque le rôle étiologique de l'anesthésie, reconnaissant plus volontiers le traumatisme opératoire, et surtout sa durée, comme cause de ces complications. Il y a longtemps que Poncet avait décrit l'ictère traumatique, conception passée dans l'ombre et qui semble, à juste titre, revenir à l'ordre du jour ; les notions que nous avons actuellement sur les désintégrations tissulaires et leur grand pouvoir toxique nous obligent à admettre son existence.

Le syndrome hépato-rénal post-opératoire se présente à peu près toujours de la même façon : c'est d'habitude le quatrième ou le cinquième jour, rarement plus tôt, que la température s'élève brusquement à 39° ou 40°, que le pouls s'accélère. Les urines se raréfient et contiennent de l'albumine avec des cylindres et du sang. La plaie opératoire ne se cicatrise pas et saignote ; on peut même voir une hémorragie profonde qui oblige à réintervenir. Le malade devient triste et abattu, puis glisse progressivement dans un délire tranquille qui, rapidement, se meut en coma complet. En plus des hémorragies de la plaie opératoire, on peut voir survenir des hémorragies gingivales et nasales, gastriques et intestinales parfois abondantes.

L'ictère apparaît en même temps que les premiers symptômes ; Helwig et Schutz font entrer dans ce cadre des observations au cours desquelles l'ictère n'est jamais apparu. Mais les lésions hépatiques constatées alors à l'autopsie étaient considérables ; il en est de même dans deux observations, sans ictère, de Bengolea et Suarez. Les caractères de cette jaunisse sont peu notés ; elle s'accompagne d'élimination de pigments et sels biliaires dans les urines, sa teinte est d'habitude modérée jusqu'à la fin.

L'œdème blanc, mou, prenant le godet, de type rénal, est noté dans trois cas sur cinq, par Helwig et Schutz ; il atteint les membres inférieurs et peut remonter assez haut ; on le constate surtout dans les formes prolongées.

Les troubles du métabolisme sont toujours intenses. Les auteurs américains dosent peu l'azote uréique, mais l'azote total, non protéique, est toujours considérablement augmenté et régulièrement jusqu'à 2 gr. 50 % ; la créatinine sanguine s'élève jusqu'à 8 cgr., en même temps l'azote urinaire diminue progressivement. Les modifications du métabolisme chloré ne sont pas notées dans les observations de Helwig et Schutz ; en Amérique du Sud, Bengolea et Suarez notent l'hypochlorémie et l'hypochlorurie, avec acidose ; ces phénomènes sont d'ailleurs constants dans les suites opératoires.

La leucocytose augmente au début, puis diminue vers la fin.

Malgré la thérapeutique employée, le syndrome hépato-rénal post-opératoire est souvent mortel ; en quelques jours, parfois un peu plus d'une semaine, l'anurie devient absolue, le malade sombre dans le coma qui aboutit à la mort. Ce sont des lésions dégénératives et hémorragiques, mêlées parfois à quelques figures d'hyperplasie que révélera l'examen anatomo-pathologique.

Il ne nous appartient pas de discuter ici la pathogénie des troubles biologiques qui caractérisent la maladie opératoire ; qu'il nous suffise de rappeler que, si nos connaissances sont encore incertaines sur la nature des corps toxiques responsables des troubles observés, en revanche l'origine de ces substances paraît, avec une certitude croissante, siéger dans la destruction tissulaire par le traumatisme opératoire, des troubles viscéraux devant, par ailleurs, compliquer sans doute le phénomène initial. On sait que tout récemment, par des agents physiques tels que les rayons infra-rouges, divers auteurs (Leriche, Lambret et Driessens) ont pu éviter, au moins partiellement, l'intoxication opératoire.

Frappés à la fois par le rôle de la destruction des tissus, par l'importance des phénomènes toxiques consécutifs aux traumatismes des membres et aux interventions sur l'appareil musculaire, ayant remarqué, d'une part, la valeur de l'exploration du métabolisme créatinique dans les troubles des fonctions hépatiques, d'autre part la fréquence de ces troubles dans les suites opératoires, nous avons tenté d'étudier, avant et après des interventions chirurgicales de tous ordres, avec ou sans anesthésie générale ou locale, le taux de la créatinine et de la créatine dans le sang. Nous avons pratiqué ces examens parallèlement à des dosages de l'azotémie dans 68 interventions chirurgicales. Le dosage de la créatine et de la créatinine a été effectué selon la technique de Jaffe-Folin ; on en lira les résultats dans le tableau suivant :

I. — INTERVENTIONS CHIRURGICALES DIVERSES (1)

	Azotémie	Créatininémie	Créatinémie	Rapport créatinique (2)
1. Homme 51 ans, cholécystite, alcoolique, ancien paludéen, azotémie préopératoire 0,40. Cholécystectomie sous anesthésie locale à la percaïne. Choc post-opératoire. 30 heures après, agitation extrême. Mort 36 heures après l'opération. Examen histologique : hyperplasie hépatique, tubulonéphrite nécrotique.		14	30	0,25
2. SAB. : 10 ans. Hernie inguinale. Cure radicale sous anesthésie générale.				
6 novembre 1936 : cure radicale.	0,30	14	14	0,50
7 novembre.	0,55	15	15	0,50
3. DEC. : Arthrodèse pelvitrochantérienne, anesthésie à l'éther.				
12 novembre 1936.	0,30	26	6	0,81
13 novembre. Intervention.				
14 novembre.	0,50	22	47	0,31
4. SER. : Phimosis. Anesthésie au chloroforme.				
18 novembre 1936.	0,30	15	15	0,50
19 novembre. Intervention.				
20 novembre.	0,40	21	26	0,44
5. RE. : Appendicite subaiguë. Anesthésie générale.				
18 novembre 1936.	0,30	15	6	0,71
20 novembre. Intervention.				
21 novembre.	0,50	20	36	0,35
6. AND. : Eventration. Anesthésie à l'éther.				
23 novembre 1936.	0,30	22	23	0,49
24 novembre. Intervention.				
25 novembre.	0,40	24	23	0,51
7. BALM. : M. de Pott. Greffe osseuse, anesthésie gén.				
20 novembre 1936.	0,35	23,5	15,5	0,62
21 novembre. Intervention.				
22 novembre.	0,35	22,5	22,5	0,33
8. STEIN. : Ostéosynthèse avant-bras. Anesthésie générale à l'éther.				
25 novembre 1936.	0,30	18	14	0,56
26 novembre. Intervention.				
27 novembre.	0,35	28	4	0,87
9. FOS. : Hernie inguinale. Anesthésie générale.				
7 décembre 1936 : Intervention.	0,30	16	13	0,55
8 décembre.	0,35	29	5	0,85
10. GRAN. : Hernie inguinale. Anesthésie générale.				
11 décembre 1936.	0,30	14,5	11,5	0,53
14 décembre : Intervention.				
15 décembre.	0,35	17	13	0,56
11. COLL. : Hernie inguinale gauche. Anesthésie locale.				
5 février 1937.	0,37	24	14	0,63
10 février : Intervention.				
11 février.	0,55	25	25	0,50
12. COST. : Double hernie inguinale. Rachianesthésie.				
4 février 1936.	0,35	22	18	0,55
12 février : Intervention.				
13 février.	0,40	17	54	0,23
13. BOR. : Salpingite. Hystérectomie.				
23 février 1935.	0,35	15	16	0,48
24 février : Intervention.				
25 février.	0,55	18,6	34	0,32

(1) Ces recherches ont été effectuées dans les services de nos Maîtres, le docteur DE VERNEJOUL et le professeur agrégé BOURDE, que nous tenons à assurer ici de nos bien vifs remerciements.

(2) Le rapport créatinique (DUNAN et VAGUE) $\frac{\text{créatinine}}{\text{créatine} + \text{créatinine}}$ vise à rétablir l'équilibre créatinique du sang. Il est normalement de 0,50.

	Azotémie	Créatininémie	Créatinémie	Rapport créatinique
14. NOUC. : Hernie inguinale. Locale.				
12 juillet 1935.				
18 juillet : Intervention.	0,30	15	7,5	0,66
19 juillet.	0,35	25	7	0,77
15. BER. : Hernie inguinale. Locale.				
1er août 1935.	0,35	18	17	0,52
2 août : Intervention.				
3 août.	0,45	20	25	0,45
16. BIA. : Hernie inguinale. Locale.				
5 août 1935 : Intervention.	0,35	17	23	0,42
6 août.	0,35	18	41	0,44
17. CAM. : Tuberculose rénale, Néphrectomie gauche.				
23 juillet 1935.	0,50	20	27	0,43
24 juillet : Intervention.				
25 juillet.	0,80	20	35	0,38
18. LEC. : Appendicectomie sous anesthésie générale pour appendicite chronique.				
8 mars : Intervention.	0,35	15	15	0,50
9 mars.		22	23	0,48
19. BORG. : Appendicectomie sous anesthésie générale pour appendicite chronique.				
9 mars : Intervention.	0,37	14	8	0,61
10 mars.	0,35	22	14	0,59
20. SA. : Gastrectomie pour ulcus. Anesthésie locale.				
11 mars : Intervention.	0,25	15	15	0,50
12 mars.	0,30	22	24	0,47
21. MARS. : Hernie, varicocèle. Anesthésie générale.				
16 mars : Intervention.	0,35	21	20	0,51
17 mars.	0,50	22	25	0,46
22. JOUR. : Hernie, varicocèle. Anesthésie générale.				
11 mars : Intervention.	0,45	25	16	0,60
12 mars.	0,45	27	18	0,60
23. HOVO. : Appendicectomie à froid. Anesthésie à l'éther.				
4 avril : Intervention.	0,60	27	20	0,57
5 avril.	0,68	27	27	0,50
24. VA. : Résection du poignet. Anesthésie à l'éther.				
15 février : Intervention.	0,30	15	15	0,50
16 février.	0,50	23	31	0,42
25. HOR. : Varicocèle. Anesthésie à l'éther.				
12 février : Intervention.	0,37	20	03	0,60
13 février.	0,40	41	34	0,54
26. SIC. : Hernie. Varicocèle. Anesthésie générale.				
12 février : Intervention.	0,47	21	30	0,41
13 février.	0,55	21	42	0,33
27. GAL. : Gastrectomie pour ulcus. Anesthésie locale.				
15 février : intervention.	0,35	16	15	0,52
16 février.	0,40	23	23	0,50
28. CHA. : Appendicectomie à froid. Anesthésie à l'éther.				
22 février : Intervention.	0,37	16	15	0,52
23 février.	0,97	47	50	0,48
29. VARD. : Hydrocèle. Anesthésie à l'éther.				
2 mars : Intervention.	0,35	20	21	0,49
3 mars.	0,75	50	68	0,46
30. MARIN : Gastrectomie pour ulcus. Anesthésie locale.				
9 mars.	0,42	20	22	0,47
10 mars : Intervention.	15	45	56	0,44
11 mars.				
13 mars.	0,32	25	23	0,52
31. DO. : Gastrectomie pour ulcus. Anesthésie locale.				
3 mars : Intervention.	0,35	21	20	0,51
4 mars.		31	32	0,49

	Azotémie	Créatininémie	Créatinémie	Rapport créatinique
32. HOU. : Gastrectomie pour ulcus. Anesthésie locale.				
2 mars : Intervention.	0,25	20	21	0,48
10 mars.	0,60	37	68	0,33
33. BOY. : Gastrectomie pour ulcus. Anesthésie locale.				
2 mars : Intervention.	0,45	20	18	0,52
3 mars.	0,95	31	27	0,53
34. CAMP. : Hémorroïdes. Anesthésie générale.				
28 février : Intervention.	0,40	21	25	0,45
1er mars.	0,31	44	21,	0,42
35. CAPE. : Gastrectomie pour ulcère avec sténose. Anesthésie locale.				
26 mars : Intervention.	0,60	14	19	0,42
27 mars.	1,10	60	75	0,44
30 mars.	2	80	82	0,49
1er avril : mort.				
36. Hernie inguinale. Anesthésie générale.				
30 mars : Intervention.	0,30	20	21	0,48
31 mars.	0,90	18	57	0,23
37. CUR. : Hernie. Anesthésie générale.				
30 mars : Intervention.	0,30	15	16	0,49
31 mars.	0,60	16	63	0,20
38. VIA. : Appendicectomie à froid. Anesthésie générale.				
5 mars : Intervention.	0,50	17	29	0,42
6 mars.	0,70	30	38	0,44
39. POZ. : Gastrectomie pour ulcus. Anesthésie locale.				
22 avril.	0,30	20	20	0,50
23 avril.	0,60	21	34	0,38
40. MON. : Pleurésie interlobaire, pas de température. Pleurotomie, anesthésie locale.				
14 avril : Intervention.	0,30	12	25	0,32
16 avril.	0,50	17,5	32	0,34
20 avril.	0,30	16	20	0,42

(*A suivre.*)

HYGIÈNE PUBLIQUE

OFFICE INTERNATIONAL D'HYGIÈNE PUBLIQUE (1)

Tularémie. — La tularémie a fait son apparition en Europe Centrale (Basse-Autriche, Moravie et Slovaquie) et en Turquie d'Europe. — Le premier cas en Basse-Autriche a été signalé en 1925, le second en septembre 1936, suivi d'une centaine dans la région voisine de la frontière de Moravie. Puis la maladie est apparue dans la Moravie du Sud fin octobre 1936. On avait constaté, 30 à 45 jours avant les premiers cas, une forte mortalité parmi les campagnols, puis parmi les lièvres. Ensuite la maladie a gagné, de la Moravie, la région sud de la Slovaquie. Au total, au 15 avril, 391 cas en Tchécoslovaquie, dont 277 en Moravie, 110 en Slovaquie, 4 à Prague (causés par des lièvres provenant des régions infectées). Les formes sont surtout ganglionnaires et ulcéro-ganglionnaires, quelquefois typhoïdiques ; il y a aussi des formes oculo-ganglionnaires, avec lésions oculaires légères. Le contact avec des lièvres existait dans 90 p. 100 des cas ; les autres ont leur origine dans des contacts avec des lapins sauvages, des souris. La porte d'entrée a été parfois une petite plaie cutanée ; mais d'autres fois la lésion initiale a paru siéger dans la bouche ou la gorge et la maladie a débuté par une angine avec œdème étendu. La déclaration de la tularémie a été rendue obligatoire en Tchécoslovaquie. La vente et l'exportation des lièvres des régions infectées est interdite ; la destruction des lièvres et lapins sauvages malades, l'incinération des cadavres a été prescrite. — En Turquie, les premiers cas ont été découverts en juin 1936, chez des soldats de la garnison de Luleburgaz, en Thrace ; il en a été signalé jusqu'à fin septembre ; au total 150 cas, dont 133 chez des soldats, les autres dans des villages, dont certains assez éloignés du foyer. Les formes sont généralement ganglionnaires, ou oculo-ganglionnaires (32 p. 100) ; pas de forme typhoïdique. Le *Bacterium tularense* a été isolé de cas humains. La contamination viendrait de lapins sauvages. Peut-être la transmission a-t-elle été faite quelquefois par des insectes ; mais les recherches instituées à ce sujet — peut-être trop tardivement — n'ont pas été démonstratives. A titre de mesure préventive, on a distribué, dans la région, des sérums agglutinants ; une surveillance sera exercée et des recherches faites sur les anciens malades et sur les lapins sauvage. On envisage la préparation de vaccin et de sérum thérapeutique. — En Basse-Autriche comme en Turquie, l'on ignore d'où est venue la maladie.

Tuberculose. — Le Comité s'est occupé à plusieurs reprises du problème de la tuberculose dans les régions rurales. Il intéresse particulièrement la Yougoslavie, dont 81,4 p. 100 de la population habite des villages. Les taux de morbidité tuberculeuse (3,9 p. 100) et de mortalité tuberculeuse (281 par 100.000 h.) y sont élevés et pour l'ensemble du pays la mortalité est à peu près stationnaire. Dans les grandes villes cependant, elle a diminué depuis 1925-1926 dans des proportions atteignant la moitié et même les deux tiers. Mais dans certains villages, pour lesquels il existe des sta-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des Hôp.*, 1937, n° 74, p. 1168.

tistiques dignes de confiance, elle a augmenté. Ce fait n'est pas la conséquence d'une faible immunisation de la population. Les proportions de réactions positives à la tuberculine sont assez élevées ; par exemple, à l'âge scolaire, elles sont de l'ordre de 25 à 45 p. 100, un peu plus dans certaines villes (Zagreb : garçons 72 p. 100 ; filles 59 p. 100). Chez les recrues, on trouve de 59 à 90 p. 100, selon les régions d'origine. Les causes de la fréquence de la tuberculose dans les campagnes doivent plutôt être cherchées dans les conditions de vie défavorables. — En Hollande, des résultats remarquables ont été obtenus par une grande entreprise industrielle, au moyen d'examens périodiques aux rayons X. Ces examens sont appliqués à 12.000 à 14.000 employés ou ouvriers et à 32.000 à 36.000 membres de leurs familles, au moment de l'embauchage du personnel, puis sur tout le personnel à des intervalles de 18 mois à 2 ans ; chez tous les parents et contacts des cas de tuberculose connus ; tous les ans chez les élèves des écoles. Ces examens systématiques ont permis de dépister, parmi les cas de tuberculose découverts depuis leur organisation, la moitié environ des formes ouvertes, les deux tiers des tuberculoses fermées et des cas d'activité douteuse — le reste ayant été diagnostiqué par les praticiens dans leur clientèle. Il n'est pratiquement plus trouvé de tuberculose ouverte parmi le personnel, c'est-à-dire qu'il n'y a plus de foyers de contamination.

Dans la session précédente, des données avaient été réunies sur l'extension de la tuberculose humaine d'origine bovine ; de nouvelles communications ont été faites sur ce sujet. M. le Professeur Petragnani, Délégué de l'Italie, a attiré l'attention sur les techniques à suivre pour la différenciation des types bovin et humain du bacille tuberculeux. Les produits tuberculeux doivent d'abord être inoculés au cobaye ; des lésions tuberculeuses du cobaye on obtient des cultures pures, qui sont inoculées au lapin, à une dose fixée, pour l'épreuve de virulence. On peut aussi ensemencer les produits tuberculeux sur le milieu à la cire d'abeille qu'il a préconisé ; le bacille bovin s'y développe aussi abondamment que le bacille humain, tandis qu'il pousse très maigrement sur les milieux glycérinés. La tuberculose humaine d'origine bovine est très rare en Italie. La réglementation contre la tuberculose bovine comprend la déclaration obligatoire, l'isolement de l'animal et la désinfection de l'étable, la séparation des veaux, l'épreuve obligatoire de la tuberculine pour les taureaux destinés aux saillies publiques et l'exclusion des taureaux tuberculeux. Dans les vacheries dont le lait peut être consommé cru, il est interdit d'introduire une vache réagissant à la tuberculine ; l'épreuve est renouvelée chaque semestre. Enfin un Institut spécial, subventionné par l'Etat, applique en Lombardie la prémunition par le BCG. — En Nouvelle-Zélande, sur 14.423 vaches soumises en 1935-1936 à l'épreuve de la tuberculine, on a trouvé 7,9 p. 100 de réactions positives ; les animaux qui réagissent sont abattus, bien que les autopsies pratiquées après l'abatage ne révèlent généralement pas de tuberculose des mamelles, ni de tuberculose généralisée. La proportion de laits tuberculeux trouvée dans les dernières années a été de 1,23 p. 100 (2.431 échantillons examinés). La tuberculose bovine n'est pas considérée comme posant un problème urgent ; cependant on estime à 20 p. 100 les cas de tuberculose dus au bacille bovin et le nombre augmente des autorités locales qui demandent l'interdiction de la vente pour la consommation humaine des laits ne provenant pas de vaches soumises au moins une fois par an à la tuberculinisation. — La situation est analogue en Australie. — Aux Etats-Unis, les travaux de Park et Krumwiede ont montré en 1910 que le bacille bovin jouait un rôle important dans l'adénite tuberculeuse de l'enfant. Une vigoureuse campagne a été menée depuis pour l'extirpation de la tuberculose du bétail et pour la pasteurisation du lait. L'adénite tuberculeuse a disparu des consultations et services hospitaliers des grandes villes. L'épreuve de la tuberculine a été appliquée à un nombre croissant des animaux, ceux qui réagissaient étant sacrifiés. En 1936, sur 22.918.038 animaux tuberculinisés, on n'a plus trouvé que 0,7 p. 100 de réactions positives. Quant à la pasteurisation du lait, pour une fraction de la population s'élevant à 47.128.112 habitants, 87,5 p. 100 du lait consommé est pasteurisé. Mais il y a encore 40 p. 100 environ de la population totale qui consomme du lait non pasteurisé ; cette fraction appartient surtout aux districts ruraux et aux petites villes ; dans les villes de 500.000 h. et au-dessus, le lait est pasteurisé dans la proportion de 98 p. 100. La Commission d'experts qui a étudié en 1925 la pasteurisation a insisté sur la nécessité d'inspections fréquentes des usines de pasteurisation, afin de contrôler l'exécution correcte de l'opération. — En Pologne, on a trouvé des bacilles tuberculeux dans les laits de commerce dans une proportion de 11,5 p. 100, 13,46 p. 100, 50,98 p. 100, 19,4 p. 100 à Varsovie, 33,3 p. 100 à Poznan. Les divergences sont attribuées en partie à des différences dans les techniques suivies; le Délégué de la Pologne estime que des techniques uniformes devraient être élaborées et adoptées. La lutte contre la tuberculose des bovidés est engagée suivant un plan établi par le Ministère de l'Agriculture et des Réformes Agraires ; elle est conduite sous le contrôle et avec la participation du Service vétérinaire de l'Etat. Les principes directeurs, posés par le Décret du 22 août 1927, sont la déclaration obligatoire de toutes les formes de tuberculose ouverte, suivie de la constatation de la maladie et de la prescription des mesures appropriées par le vétérinaire d'Etat. Ces mesures sont essentiellement : l'abatage d'office en cas de tuberculose de la mamelle, le marquage et l'isolement de l'animal pour les autres localisations tuberculeuses, avec abatage à bref délai à la charge du propriétaire, l'examen du reste du bétail de la ferme. Pour faciliter l'exécution du plan de lutte, des Unions pour la suppression bénévole de la tuberculose ont été constituées par les associations agricoles et les communes, d'après un règlement élaboré par l'Union et approuvé par le ministère de l'Agriculture. Entre autres obligations, les membres des Unions doivent nourrir les veaux dès le deuxième jour au lait stérilisé, à moins d'autorisation du bureau de l'Union qui peut reculer le délai jusqu'au 14e jour, ou en exempter la ferme si toutes les vaches y sont saines. Enfin le ministère de l'Agriculture établit chaque année un programme spécial de lutte. Celui de 1936 vise à la création d'un nouveau troupeau exempt de tuberculose, par des mesures appliquées pour commencer seulement aux animaux inscrits au registre du bétail de race et au reste des animaux des fermes où se trouve ce bétail. Deux fois par an l'examen clinique et l'épreuve de la tuberculine seront faits dans ces fermes aux frais de l'Etat, à moins que le propriétaire ne préfère en charger un vétérinaire de son choix. Les animaux reconnus atteints de tuberculose ouverte seront éliminés ; ceux qui réagissent à la tuberculine seront séparés. Les propriétaires devront veiller à ce que les taureaux soient exempts de tuberculose et à ce que les veaux provenant de vaches saines soient élevés avec toutes les précautions voulues.

Il avait été spécialement demandé, dans la dernière session du Comité, quelles mesures étaient prises pour éviter la contamination des génisses. En Allemagne, outre les prescriptions de la loi sur les épizooties relatives aux vaches atteintes de tuberculose de la mamelle et à leur lait, des précautions particulières sont imposées aux propriétaires qui ont adhéré à la lutte officielle contre la tuberculose : les veaux sont séparés de la mère dès le deuxième jour, placés dans une étable séparée et préalablement désinfectée, et nourris avec du lait stérilisé ou provenant de vaches certainement indemnes de tuberculose. Après le sevrage, l'épreu-

ve de la tuberculine est pratiquée et les animaux qui réagissent sont exclus de l'élevage. — En Irlande, les éleveurs de taureaux auxquels sont allouées des primes (en moyenne 15 livres par an) doivent avoir des troupeaux indemnes de tuberculose ; ces troupeaux sont soumis périodiquement à l'épreuve de la tuberculine, de même que ceux des producteurs de laits spéciaux. La tuberculose n'est pas fréquente chez les jeunes animaux, qui passent la plus grande partie de leur existence au pâturage.

Rhumatismes et cardiopathies rhumatismales. — Dans la session précédente, le délégué de la Roumanie avait appelé l'attention du Comité sur l'importance sociale des rhumatismes en général, puis sur de multiples questions se rattachant à la conception, au traitement, à la prophylaxie du rhumatisme polyarticulaire aigu, qu'il propose d'appeler rhumatisme infectieux cardio-articulaire spécifique. Ces deux points avaient été mis à l'ordre du jour de la présente session et ont été l'objet de communications venant de l'Allemagne, des Etats-Unis, de la Grande-Bretagne, de l'Irlande, de la France. Sur la fréquence des rhumatismes en général et le poids des charges qu'ils font porter à la communauté, des données statistiques ont été établies en Grande-Bretagne à diverses reprises : en 1923, les rhumatisants formaient environ 6 p. 100 des malades traités au titre de l'assurance nationale contre la maladie ; pour la période 1921-1925, ils recevaient 14 à 19 p. 100 des pensions d'invalidité ; en 1927, les incapacités de travail dues aux rhumatismes ont coûté à la Caisse des Assurances nationales 5 millions de livres. Mais, tandis que la mortalité par rhumatisme chronique est passée de 61 par million d'habitants en 1925 à 83 en 1935 (augmentation qui a surtout pour cause de meilleures conditions d'établissement des statistiques), la mortalité par rhumatisme polyarticulaire aigu s'est abaissée, pour les mêmes époques, de 48 à 29 par million d'habitants. Un fait analogue est constaté aux Etats-Unis. Au point de vue médico-social, la gravité du rhumatisme polyarticulaire aigu réside dans la fréquence des localisations cardiaques de la maladie, produisant souvent des cardiopathies définitives. On aura une idée plus adéquate de ce rôle néfaste lorsque la nomenclature des maladies du cœur comportera la mention de leur étiologie. Aux Etats-Unis, une nomenclature élaborée par la *New York Tuberculosis and Health Association* et adoptée par la *American Heart Association*, qui est basée sur le diagnostic étiologique, est employée dès maintenant par 300 cliniques pour les maladies du cœur et environ 300 hôpitaux ; on s'efforce de la généraliser. Dans la nomenclature internationale des maladies de cœur, seule la « fièvre rhumatismale » est enregistrée comme rhumatisme aigu. Lors de la révision de la nomenclature, la mention « d'origine rhumatismale » pourrait être ajoutée comme sous-rubrique aux diverses affections cardiaques différenciées selon leur localisation. D'après une étude faite à Washington, 13 p. 100 des décès par maladies de cœur seraient causés par des cardiopathies rhumatismales, proportion qui conduit à une évaluation de 40.000 décès annuels pour les Etats-Unis. D'autre part, des estimations basées sur des documents puisés à diverses sources chiffrent à environ un million le nombre de cas d'affections cardiaques d'origine rhumatismale. Dans les écoles, environ 1 p. 100 des enfants sont atteints d'affections organiques du cœur, dont les neuf dixièmes sont rhumatismales. La fréquence du rhumatisme polyarticulaire aigu diminue très fortement en allant du Nord vers le Sud des Etats-Unis ; elle est très élevée en New-England, à Salt Lake City, et très faible dans la Floride, le Texas. La maladie existe dans toutes les classes sociales, mais frappe particulièrement celles de niveau économique inférieur. — La prophylaxie du rhumatisme polyarticulaire et de ses séquelles cardiaques a été l'objet d'un grand effort d'organisation en Grande-Bretagne. Elle s'applique surtout aux enfants et aux adolescents. Le dépistage précoce des cas est une des tâches principales de l'inspection médicale scolaire. Puis les malades sont autant que possible soumis à un traitement prolongé dans un service hospitalier spécial. Le Conseil de Comité de Londres prévoit l'aménagement de 1,7 lit pour 1.000 enfants fréquentant les écoles publiques élémentaires. Il existe des maisons de convalescence, où la reprise de l'activité, après le temps de repos nécessaire, est soigneusement réglée. Les enfants dont le cœur est touché par une lésion permanente peuvent être envoyés dans les écoles spéciales, pourvues d'un personnel soignant. D'autre part, les cliniques pour rhumatisants et cardiaques et les centres de surveillance du rhumatisme ont pour fonction d'établir les diagnostics exacts et de prendre les anciens malades sous surveillance au point de vue de l'éventualité des rechutes et de l'évolution des lésions cardiaques. Le Conseil de Comité de Londres possède 20 centres de surveillance, qui ont été fréquentés en 1935 par 6.199 enfants, dont 2.047 malades nouveaux. — En France, on attache une importance particulière à l'institution aussi précoce que possible d'un traitement salicylé à haute dose, continué au moins six semaines après la chute de la température et suivi de traitements périodiques d'entretien pendant plusieurs années. Efficace contre l'inflammation articulaire, les phénomènes pleuro-pulmonaires, la péricardite, cette méthode ne guérit pas les lésions valvulaires anciennes ; mais on estime qu'elle peut, appliquée dès le début, faire régresser quelquefois une endocardite récente et en tout cas prévenir l'apparition de l'endocardite et les récidives de l'infection rhumatismale. — En Allemagne, on considère comme un élément essentiel de la prophylaxie le maintien dans des conditions d'existence favorables des sujets ayant souffert de polyarthrite rhumatismale aiguë. On cherchera d'une part à obtenir le consentement des organismes d'assurance pour faire les frais d'un traitement immédiat qui préserve les malades d'une reprise prématurée du travail et on demandera au développement de l'orientation professionnelle d'assurer aux anciens rhumatisants une occupation adaptée à leur état.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 AOÛT 1937)

Les pressions et les vitesses dans les lames déferlantes. — M. Paul Pétry. Pour la première fois, on a pu déterminer scientifiquement les vitesses considérables des lames et les pressions qu'elles font subir aux ouvrages maritimes. Bien que cette question concerne plus les ingénieurs que les médecins, il nous a paru intéressant de la signaler.

En voici un exemple pris à Dieppe. Au large, une houle de 40 m. de longueur d'onde, présentant un creux de 1 m. 80 et une célérité de 6 mètres seconde, présente les caractéristiques suivantes au déferlement : creux, 2 m. 50; vitesse horizontale 8,50 mètres seconde ; vitesse verticale initiale 23 m.-seconde. Cette lame exerce par mètre carré une pression de 69 tonnes, à 0 m. 35 du pied de la jetée ; une pression de 7 tonnes à 1 m. 35 du pied de la jetée. Cette pression tombe à 0 à 2 m. 35 du pied de la jetée,

Relations sanguines dans la série animale et leurs conséquences vitales. — M. Emmanuel Pozzi-Escot.

LES JOURNÉES INTERNATIONALES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Les Journées internationales de la Santé publique se sont déroulées du 1er au 10 juillet et ont constitué, par l'importance et la diversité de leurs travaux, une grande manifestation médico-sociale, à laquelle participèrent tous ceux qui de près ou de loin consacrent leur activité à la santé publique : médecins, pharmaciens, vétérinaires, dentistes, sages-femmes, travailleuses sociales, infirmiers, surintendantes d'usines, etc. Leurs travaux furent présentés dans dix sections différentes.

Rappelons que la séance inaugurale, dont nous avons rendu compte dans le n° du 3 juillet, s'est tenue à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence du professeur Roussy, doyen de la Faculté, entouré de nombreuses personnalités françaises et étrangères et des chefs militaires du service de santé de l'armée et de la marine. Le professeur Tanon, président des Journées, siégeait à côté du doyen, ainsi que le professeur Laignel-Lavastine, qui présidait le Congrès de médecine néo-hippocratique, dont la séance inaugurale avait été fondue avec celle des Journées.

Tour à tour, le professeur Tanon, puis le professeur Laignel-Lavastine définirent les buts respectifs de leur Congrès : le premier montra les applications importantes et si étendues de l'hygiène en médecine et dans la vie sociale et précisa les droits et les devoirs des hygiénistes.

Le professeur Roussy montra dans son allocution tout l'intérêt de ces travaux.

Les travaux des sections

L'organisation du Congrès, bien que complexe, a été un grand succès, grâce à l'activité du professeur Tanon et grâce au dévouement inlassable et au talent d'organisateur du docteur G. Boyé, secrétaire général. Les travaux furent répartis dans dix sections spéciales ayant chacune leur bureau et tenant des séances chaque matin à l'Institut Pasteur ; la première section étant constituée par les Journées de la maternité et de l'enfance, président : le professeur Nobécourt ; secrétaires : MM. Schreiber et Rouèche ; la deuxième constituant le Congrès international de médecine scolaire et d'éducation physique, présidé par le docteur Moulin, secrétaire général docteur Dufestel, et organisé par la Société des médecins inspecteurs des écoles ; la troisième comportant les Journées d'hygiène, de médecine et de pharmacie militaires, présidées par le médecin général inspecteur Rouvillois, assisté du médecin général Paitre, vice-président, et du médecin commandant Jame, professeur agrégé du Val-de-Grâce ; la quatrième formée par les Journées médicales de la marine militaire, président, médecin général Autric, vice-président médecin général Lancelin, secrétaire général, médecin en chef Candiotti ; la cinquième ou Journées coloniales, sous la présidence du médecin général inspecteur Sorel et du médecin général Passa, vice-président, et Labernadie, secrétaire général. La marine marchande ou sixième section était présidée par le docteur Even, sénateur des Côtes-du-Nord. La Confédération des syndicats médicaux avait organisé la section médico-sociale ou septième section, présidée par M. le doyen Balthazard, assisté de MM. Lindermann, Rouge, René Sand, Banet-Rivet et Loir. Les Journées d'hygiène dentaire, incorporées d'ailleurs au Congrès dentaire national, constituaient la huitième section, présidée par H. Villain. M. Joseph Girard, professeur à l'école des Sciences politiques, présidait la neuvième section d'hygiène sociale et les Journées d'aviation sanitaire et de médecine aéronautique, ou dixième section, comprenant des séances démonstratives de vol à Orly, présidées par MM. Laurent-Eynac et Chassaing, sénateurs. La section des auxiliaires médicaux enfin, groupant masseurs diplômés et infirmiers.

Les séances plénières qui eurent lieu l'après-midi réunissaient toutes les sections pour l'étude de questions mises à l'ordre du jour sur l'homme normal, l'homme élément social, l'alimentation, le vêtement et les transports.

Les Etats généraux de la santé publique

Sous ce titre historique, les Journées de la santé publique ont tenu leur séance de clôture au musée des Colonies, sous la présidence de M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique, assisté de M. Jourdain, sénateur, ancien ministre de l'Hygiène ; du professeur Tanon ; de Mme la maréchale Liautey ; du professeur agrégé Delore (Lyon), secrétaire général ; du docteur Boyé, organisateur de ces Journées.

M. Marc Rucart exposa comment il entend continuer l'œuvre de ses prédécesseurs à la Santé publique en établissant un plan d'ensemble coordonné et montra comment se poursuit l'évolution des efforts de l'Etat, parti des lois d'assistance, coûteuses et d'une efficacité limitée, aux lois d'hygiène et de prophylaxie, moins onéreuses et préservatrices de beaucoup plus de vies humaines.

Une synthèse des travaux effectués dans chaque section fut faite ensuite par leurs représentants. Pour ce qui concerne la maternité et l'enfance, M. Schreiber a montré qu'un grand effort a été accompli, mais qu'il faut organiser plus de centres de santé permettant des examens périodiques.

Mme Conti, déléguée des sages-femmes allemandes, a estimé que la mortalité dans l'accouchement à domicile est moindre qu'à l'hôpital et a expliqué l'organisation des centres de lait maternel dans son pays.

M. Moulin précise que la médecine scolaire est la meilleure façon d'exercer la prophylaxie des maladies de l'adulte. Des rapports ont été faits sur le dépistage de la tuberculose latente des écoliers, la cuti-réaction et les relations avec les médecins de famille.

La section du service de santé militaire a pu conclure de ses travaux qu'elle s'est toujours trouvée à la tête du mouvement de prophylaxie médicale, par les mesures préventives qu'elle a su imposer dans l'armée.

En marine militaire, beaucoup d'améliorations sanitaires ont été apportées et des essais de relais médicaux ont été entrepris sur le *Dunkerque ;* l'hygiène du vêtement, du logement et de l'alimentation s'est grandement améliorée.

En médecine coloniale, l'effort sanitaire entrepris auprès des populations indigènes a été considérable. L'amélioration des transports en Afrique y a puissamment contribué. Enfin, on a dressé le répertoire des stations climatiques de l'Indochine.

En marine marchande, d'importantes mesures ont été adoptées, en particulier pour le pèlerinage de La Mecque ; le délégué de la Belgique, M. Raoul Bonnard, a rapporté comment est organisée la transmission des conseils médicaux par T.S.F. et les essais de traitement à bord des navires.

M. Villain a précisé que l'hygiène dentaire, très en retard chez nous, sera développée par l'inspection des écoles, l'enseignement de l'hygiène dentaire, la création de centres de prophylaxie dentaire et la propagande.

A la section d'hygiène générale, il faut retenir les travaux sur le rôle des facteurs thermiques et les études sur le lait.

A la section d'hygiène sociale, qui comportait une importante collaboration féminine, furent étudiées les causes de la désagrégation familiale et les moyens de former des familles saines, génératrices d'hommes forts.

Pendant la guerre, 6.800 blessés furent évacués par avion ; mais la section d'aviation sanitaire a montré que,

ÉPHÉDRINE HOUDÉ

GRANULES TITRÉS A 1 ctgr,

Stimulant du système sympathique

ASTHME
RHUME DES FOINS
HYPOTONIE

Chaque granule est exactement titré à 1 centigr. de chlorhydrate d'**Ephédrine**

PRODUIT PUR - NATUREL NON SYNTHÉTIQUE

Administration simple, pratique, faible toxicité

DOSES :

Curative : 5 à 15 centigr. par jour, en débutant par une dose faible (2 à 5 centigr.)
D'entretien : 5 cent. tous les 2 ou 3 jours *(le matin)*

Échantillons sur demande et franco



DERUFFE

VENTE EN GROS

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

depuis, d'importantes améliorations techniques ont été apportées à ce mode de sauvetage des blessés graves ; adaptation de l'avion civil, formation d'un personnel spécialisé, ravitaillement et soins par descentes en parachute firent l'objet de démonstrations à Orly, où Mme Bousselot, infirmière, reçut une coupe d'honneur.

Enfin, les auxiliaires médicaux et les masseurs résumèrent leurs travaux.

Des délégués étrangers vinrent ensuite préciser l'état de la santé publique dans leurs pays respectifs.

Le docteur Hazemann, ancien chef de cabinet à la Santé publique, apporta des données satisfaisantes sur la santé publique en France.

Les travaux de la S.D.N. sur la santé publique internationale furent exposés par le professeur Parisot (Nancy).

Le professeur agrégé Delore (Lyon), secrétaire général du Congrès, fit le point sur les « droits et les devoirs des hygiénistes », véritable déclaration des droits de l'homme et des devoirs du citoyen adaptée à la cause sanitaire.

Le professeur Tanon clôtura ces mémorables Journées de la Santé publique qui ont montré les nombreuses activités scientifiques et pratiques qui se développent et s'appliquent à l'amélioration de la santé publique.

LIVRES NOUVEAUX

La Migraine ophtalmique, par G. RENARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et A. Pascal MEKDJIAN, assistant d'ophtalmologie à la Policlinique Ney (hôpital Bichat) (1).

La migraine ophtalmique a suscité de nombreux travaux. Si son aspect clinique est parfaitement défini, sa pathogénie plus incertaine a été l'objet d'hypothèses variées. Il s'agit en réalité d'un phénomène extrêmement complexe, en rapport avec des perturbations générales, digestives, endocriniennes, neuro-végétatives, humorales, ce qui en rend l'étude pathogénique difficile.

Les auteurs ont estimé qu'il était impossible d'étudier une manifestation morbide indépendamment, d'une part des autres troubles associés, d'autre part du terrain sur lequel elle se produit, surtout lorsqu'il s'agit d'une question qui semble toucher aux problèmes si actuels des intolérances et des intoxications.

Après un rappel historique et un exposé des symptômes cliniques, les auteurs précisent les problèmes que posent l'expression visuelle et douloureuse de l'affection, et sa localisation céphalique.

Dans une deuxième partie, ils examinent le terrain spécial sur lequel surviennent les accidents, ses modifications avec l'âge du sujet, enfin les associations morbides que l'on peut rencontrer et leur signification.

Le traitement de l'accès lui-même puis celui du migraineux sont successivement envisagés.

Traitement des Migraines, par le docteur PASTEUR VALLERY-RADOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Bichat, membre de l'Académie de médecine (2).

Le traitement des migraines n'est plus comme autrefois un traitement toujours empirique. Actuellement les conceptions pathogéniques qui se sont efforcées d'éclairer le mécanisme des migraines et les notions étiologiques qui ont mis de l'ordre dans les formes revêtues par les états migraineux ont conduit à des thérapeutiques si multiples et si complexes qu'il devient bien difficile de choisir un traitement rationnel en présence d'un cas déterminé. Les notions nouvelles sur la pathogénie de la crise migraineuse, la connaissance de l'étiologie de nombreuses migraines permettent de traiter les malades d'une façon très rationnelle. Pour faire auprès d'un migraineux un traitement efficace, il faut observer les faits avec la pleine objectivité du clinicien ; le but de ce livre est de montrer comment on peut s'orienter. Voici d'ailleurs le résumé de la Table des matières :

1° Définition de la migraine ;
2° Les différentes migraines : par ingestion d'aliments, biliaires, endocriniennes, digestives ;
3° Migraines avec points douloureux névralgiques ;
4° Migraines chez différents sujets :
   a) présentant des troubles vago-sympathiques,
   b) présentant des symptômes de déséquilibre humoral ;
5° Prescriptions hygiéno-diététiques ;
6° Traitement chirurgical.

(1) Un volume de 146 pages. Prix : 22 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.
(2) Un volume gr. in-8° (15,5×23,5) de 42 pages. (Collection *Les Thérapeutiques nouvelles*). Prix : 10 fr. J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Traité de Biocolloïdologie, en cinq tomes, par W. KOPACZEWSKI (1).

Cet ouvrage constitue la première tentative cohérente en vue de dégager les faits bien démontrés et de réunir les applications biologiques de nos connaissances actuelles sur l'état colloïdal de la matière. L'auteur s'efforce de créer un courant de recherches, de fonder une discipline nouvelle. Tous les renseignements qu'un biologiste ou un médecin désire s'y trouvent réunis. Mais le travail de l'auteur n'est pas une compilation : son esprit critique et son tempérament, d'une part, l'enchevêtrement et les contradictions d'une science à ses débuts, d'autre part, s'y sont opposés. Ayant réuni les faits précis et contrôlés en un faisceau lumineux, l'auteur le projette sur l'ensemble de la biologie et de la médecine.

Ceux qui se rendent compte de la révolution profonde qui sévit actuellement dans la science s'efforceront d'aider l'auteur dans cette tentative de création.

L'année thérapeutique. Médicaments et procédés nouveaux (onzième année 1936), par le docteur A. RAVINA (2).

Résumé pratique de tous les faits nouveaux d'ordre thérapeutique publiés au cours de l'année 1936, tant en France qu'à l'étranger :

1° Maladies et symptômes (36 traitements nouveaux) concernant entre autres : l'Acné, l'Alcoolisme, la Blennorragie, les Brûlures, la Cirrhose du foie, la Constipation, l'Erysipèle, les Furoncles, les Hémoptysies, l'Hypertension, les Névrites, les Prurits, le Rachitisme, les Rhumatismes, les Septicémies, la Tuberculose pulmonaire, le Zona, etc.;

2° Les méthodes et techniques (8 sujets traités) concernant : l'Anesthésie, la Gastroscopie, les Rayons infra-rouges, l'Analgésie obstétricale, etc.;

3° Les médications (11 études) concernant : l'adrénaline, l'insuline, l'ouabaïne, le venin d'abeille, etc.

Le but de cet ouvrage est, d'une part, de faire connaître des techniques nouvelles d'application facile et d'indiquer les orientations de certaines méthodes thérapeutiques.

L'ouvrage se termine par une table alphabétique des matières contenues dans les 5 volumes précédents.

(1) Librairie Gauthier-Villars, 55, quai des Grands-Augustins, Paris (6e).
(2) Un volume de 175 pages. Prix : 20 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

La plupart des états de carence

sont des carences complexes.

Les quatre vitamines sont nécessaires.

Les troubles d'hypo-calcémie qui conduisent au rachitisme et pour lesquels l'ergostérol irradié (Vitamine D) donne de si beaux résultats ne sont presque jamais purs. Les troubles de l'appétit, l'anémie, les troubles du développement indiquent que le sujet souffre aussi du manque des facteurs de croissance et d'utilisation nutritive qu'apportent les autres vitamines.

Il existe des vitamines dans les végétaux frais, mais l'expérience prouve qu'elles y sont en quantités trop faibles pour réduire les états de carence déjà caractérisés. Ceux-ci ne cèdent qu'aux vitamines offertes en abondance sous forme concentrée.

Le Vitamyl Irradié

apporte de l'Ergostérol irradié en solution huileuse finement émulsionné dans un extrait concentré de Vitamines A. B. et C. et permet de réaliser cette médication poly-vitaminique.

sous sa forme la plus active,

car l'Ergostérol irradié s'y trouve en solution huileuse, condition nécessaire pour lui permettre de garder son efficacité,

sous une forme agréable,

en solution, le goût de l'émulsion huileuse est complètement masqué par la saveur légèrement sucrée du milieu glycériné; en dragée le médicament est un véritable bonbon.

RACHITISME — CARENCES et PRÉ-CARENCES

TROUBLES de CROISSANCE — DÉMINÉRALISATION

Solution : 2 à 3 cuill. à café par jour — **Dragées** : 4 à 6 par jour. — Demi-dose chez l'Enfant.

Laboratoires AMIDO, 4, Place des Vosges, PARIS-IVe

N° 76.— MERCREDI 22 SEPTEMBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Facultés de médecine. — *Traitement des assistants.* — Les traitements des assistants des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie qui ont été institués agrégés à l'issue d'un concours d'agrégation de médecine, sont fixés ainsi qu'il suit :

Université de Paris.

1re classe	36.000 fr.
2e classe	32.000
3e classe	28.000
4e classe	24.000

Université des départements.

1re classe	33.000 fr.
2e classe	29.600
3e classe	26.200
4e classe	22.800

Les assistants satisfaisant aux conditions ci-dessus et rangés actuellement dans la 5e classe pour l'Univerité de Paris, dans la 5e ou la 6e classe pour les Universités des départements seront rangés, à compter du 1er janvier 1937, dans la 4e classe pour Paris, dans la 4e classe pour les départements.

Faculté de Paris — TRAVAUX PRATIQUES DE PHARMACOLOGIE. — Une série supplémentaire de travaux pratiques de pharmacologie aura lieu à partir du 5 *octobre* 1937, de 13 h. 45 à 16 heures à la salle d'expérimentation des travaux pratiques de pharmacologie.

A cette série, pourront s'inscrire :

1° Les étudiants dont les travaux pratiques réglementaire n'ont pu être validés pour une raison quelconque ;

2° Dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en pharmacologie, avant la session d'examens d'octobre-novembre 1937.

Les élèves inscrits devront verser un droit de 150 francs.

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet N° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 h. à 16 heures.

Ecole de médecine de Nantes. — Il est créé, à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, une chaire de clinique d'urologie.

Légion d'honneur. — *Ministère de la Santé publique.* — Commandeur : M. Paul-Alexandre Ertzbischoff. — Officier : M. Félix-François Ricolfi (Nice). — Chevaliers : M. Devaux (Vichy) ; M. Vincent Versini (Calcatoggio, Corse).

Guerre. — Sont nommés : médecin général inspecteur : le médecin général Gay-Bonnet, inspecteur permanent du matériel et des établissements du service de santé militaire, membre du comité consultatif de santé.

Médecins généraux : les médecins colonels Maisonnet, médecin chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris ; Mahaut, directeur du service de santé de la 4e région, au Mans ; Policart, sans affectation.

Marine. — Les concours annoncés au *Journal officiel* du 10 avril 1937, pour les emplois de chargé de cours dans les écoles annexes de Rochefort et de Toulon (physique et physique médicale, chimie et chimie médicale) et qui devaient avoir lieu à Toulon, le 21 septembre 1937, sont supprimés.

Ministère de la Santé publique. — Le *Journal officiel* du 18 septembre 1937 publie une circulaire relative à la coordination sanitaire et sociale.

Les Archives de Virchow. — On vient de publier le 300e volume de la célèbre revue fondée par Virchow en 1847 : « Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie für klinische Medizin. » Depuis la mort de Virchow, en 1902, la direction en a été successivement assurée par Orth, Lubarsch, Von Hansemann.

La cession d'une clientèle médicale est interdite en Allemagne. — Il est interdit de vendre une clientèle médicale à un autre médecin. Cette interdiction est imposée par des prescriptions de la Chambre des Médecins du Reich. Les Cours suprêmes d'Allemagne ont manifesté dans plusieurs déclarations que la vente d'une clientèle médicale est une offense aux bonnes coutumes et, par conséquent, est interdite.

CHRONIQUE

L'ANNIVERSAIRE DE LA MORT DE JEAN CHARCOT

Le professeur JEAN-LOUIS FAURE *veut bien m'envoyer la nouvelle édition de son beau livre* « Au Groenland avec Charcot). *Ce livre me parvient presque au jour anniversaire de la catastrophe du* Pourquoi Pas ?

Jean-Louis Faure a été un des meilleurs, un des plus fidèles amis de Jean Charcot. Qu'il me permette de reproduire quelques lignes de sa nouvelle préface. Elle est un hommage émouvant, bien digne du grand disparu que nous n'oublions pas.

IN MEMORIAM

« Le 16 juillet 1936, le *Pourquoi Pas ?* quittait Saint-Malo pour cette dixième croisière qui, dans l'esprit de Charcot, devait être la dernière... et dont il ne devait pas revenir...

La veille de son départ pour Saint-Malo, il était venu m'embrasser.

Je ne devais plus le revoir !

Il m'envoyait bientôt de ses nouvelles. Je reçois des cartes de Guernesey, de cette charmante petite ville de Tobermory, de Stornoway, à la pointe nord des Hébrides.

Enfin, datée du 15 août, au moment où le *Pourquoi Pas ?* allait partir pour le Groenland une carte d'un fjord d'Islande. Et puis plus rien jusqu'au 6 septembre, où, de retour à Reykjavik, il m'écrivait :

« Pas un atome de glace de mer, mais que d'icebergs ! Bon travail, mais quelques difficultés à vaincre pour l'exécuter. Retour ici assez mouvementé. Bons souvenirs de Scoresby Sund. »

Le 18 septembre, datée du 10, me parvenait une dernière carte que je conserve comme une relique. Elle était écrite par Parat, et signée, en même temps que de lui, par Devaux et par Charcot, qui avait fait suivre son nom de ce seul mot : « Affection », dernier et touchant témoignage de l'amitié de ce cœur généreux !... La veille au matin, la T. S. F. nous avait appris la catastrophe qui a ému le monde entier : « Le *Pourquoi Pas ?* perdu corps et biens sur la Côte d'Islande »....

. . . .

....Charcot, après avoir été pendant toute sa vie un grand exemple de volonté, de courage, de travail et de dévouement pour le bien de la science, a été jusque dans la mort comme le symbole du sacrifice à la gloire de sa patrie. Il est mort, comme sans doute il avait rêvé de mourir : il a eu la mort d'un marin ! La mer qu'il aimait tant l'a pris à son tour. Mais elle lui a été clémente. Elle n'a pas voulu qu'il disparût à jamais, perdu dans les profondeurs des eaux noires. Avec quelques-uns de ses camarades, avec Parat, avec Devaux, avec Bastien, avec d'autres encore, les vagues apaisées l'ont déposé sur la plage déserte où on les a recueillis, calmes, paisibles et comme endormis dans la magnifique sérénité de la mort.

A côté d'eux, comme un impressionnant symbole, gisait la plaque de dunette où flamboyait, dans la gloire du soleil couchant, la devise « Honneur et Patrie » !

J.-L. FAURE.

BIBLIOGRAPHIE

Memento Cartier

Edition Sud-Est. — Edition Parisienne. — Viennent de paraître ces deux éditions, dont la documentation, particulièrement développée, les rubriques nouvelles et la présentation luxueuse font honneur à leurs éditeurs.

Ces ouvrages viennent d'être distingués par la Confédération des Syndicats médicaux français, publiés sous son haut patronage, et choisis comme annuaires officiels. Ils seront bientôt étendus à toute la France.

L'Edition de la Région parisienne a été complètement remaniée : on trouvera, dans une classification simple, alphabétique, toutes les professions médicales et para-médicales, organisations hospitalières et cliniques, etc...

L'Edition Sud-Est, soignée, comme à l'habitude, donnera à tous les usagers du corps médical, la « situation » statistique exacte sur toute cette région. Elle comporte, comme par le passé, la documentation médicale et hospitalière des 28 départements du Sud-Est, ainsi que la liste des médecins des villes d'eaux françaises.

Nous rappelons que les médecins exerçant inscrits reçoivent gratuitement le Memento Cartier de la région dont ils sont ressortissants. Les médecins des villes d'eaux peuvent choisir l'une ou l'autre des éditions. En raison des frais considérables d'expédition et pour ne pas en retarder l'envoi, le volume est adressé contre mandat-poste de 10 *fr.* pour frais de port.

Le Memento Cartier est cédé au public para-médical au prix de 50 fr. par édition.

Publicité et souscriptions : 28, rue Serpente, Paris. — Tél. : Danton 73-89. — 13, rue Puits-Gaillot, Lyon. — Tél. : Burdeau 51-68 (2 lignes).

XVIe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

Paris, 8-10 juillet 1937.

LA DOULEUR

I. — INTRODUCTION

Physiologie et pathologie générale de la douleur. — MM. A. Baudouin et H. Schaeffer, rapporteurs, présentent une introduction physiologique à l'étude de la douleur. Ils montrent que ce phénomène a un double aspect, intellectuel et affectif, et que ce double aspect met en jeu l'activité des centres nerveux les plus élevés, thalamus et cortex cérébral.

La douleur est un phénomène pathologique qui comporte deux éléments : un élément périphérique causé par la lésion d'un appareil d'excitation et un élément central qui se passe dans les centres nerveux, sans doute dans le thalamus, et qui a pour effet la naissance de l'élément affectif appelé douleur.

A. L'élément périphérique de la douleur

1° Stimuli et appareils d'excitation. — *a*) La *douleur cutanée expérimentale* est l'objet d'étude favori des psychophysiologistes. Les appareils d'excitation sur lesquels s'exercent les stimuli portent le nom de récepteurs cutanés ; on a beaucop discuté pour savoir si la surface de la peau, qui représente une mosaïque de points étroitement juxtaposés, comporte uniquement des points de tact, de chaud, de froid (Goldscheider), ou s'il existe également des points de douleur (von Frey). L'étude de la sensibilité cutanée au moyen de divers esthésiomètres ou par la recherche des chronaxies cutanées, l'observation de certaines dissociations expérimentales ou chirurgicales portent à penser que les points de tact et de douleur se différencient par un ensemble de caractères : intensité du stimulus nécessaire pour donner le seuil, valeur de la chronaxie.

Ces points fonctionnellement différentiels comportent-ils des terminaisons morphologiquement différentes ? Une telle différenciation semble impossible.

b) L'*étude des douleurs spontanées* est aussi, comme l'a montré Leriche, riche d'enseignements. Les rapporteurs se bornent à quelques exemples.

La *névralgie faciale* est une des plus étudiées. Elle doit être considérée comme la décharge, sous l'influence d'excitations périphériques, d'un noyau sensitif sensibilisé. Des recherches récentes semblent montrer qu'il pourrait bien s'agir d'une lésion thalamique, voire même, d'après Frazer, d'une forme spéciale du syndrome thalamique.

Les *douleurs des amputés* semblent constamment sous la dépendance d'un neurogliome de régénération qui joue le rôle d'appareil d'excitation, le stimulus pouvant être moteur ou vaso-moteur. Dans certains cas particulièrement douloureux et rebelles, cet élément se double d'un élément réactionnel central, thalamo-cortical.

Les *douleurs viscérales* ont été expliquées par deux théories : théorie de Lessmander, pour qui la douleur naît au niveau des séreuses périviscérales et se transmet par les voies cérébro-spinales ; théorie de Ross, Head, Mackensie, pour laquelle la douleur, d'origine réellement viscérale, exige pour sa mise en jeu un stimultus adéquat et se transmet à la moelle par le système sympathique. La première théorie semble vraie surtout pour les viscères pleins, la seconde pour les viscères creux ; le stimulus adéquat est surtout le spasme et la distension.

On connaît encore mal les appareils d'excitation sur lesquels s'exercent ces stimuli. Le rôle de l'élément central reste considérable.

Enfin, on a insisté sur l'existence de douleurs superficielles au cours des lésions viscérales bien étudiées par Lemaire : ces phénomènes ont été étudiés par Mackensie sous le nom de réflexe viscéro-sensitif, par André Thomas sous le nom d'algie viscéro-sensitive. On peut en rapprocher le réflexe viscéro-moteur de Mackensie. Pour Leriche, cette conception de la projection métamérique de la douleur est ingénieuse, mais inexacte.

2° Les voies de conduction. — *a*) *Nerfs périphériques.* — Ils peuvent être étudiés par les méthodes anatomiques, et surtout par les méthodes électrophysiologiques. L'étude des courants d'action, préconisée par Adrian, a été à cet égard particulièrement précieuse. On a pu prouver que l'intensité du stimulus agissait non sur l'amplitude des oscillations, mais sur leur fréquence ; c'est de cette fréquence que dépend l'intensité de la sensation. Les influx de la douleur sont caractérisés par leur faible amplitude et leur faible fréquence. Il semble que la douleur soit conduite par les fibres à myéline, petites et moyennes, et également par quelques fibres sans myéline.

b) *Racines postérieures.* — Leur physiologie semble très voisine de celle des nerfs périphériques. Les fibres les plus fines occupent la périphérie ; dans les nerfs rachidiens, et en particulier dans le trijumeau, ces fibres de la douleur semblent localisées à la partie externe et inférieure de la racine (Ranson).

c) *Moelle épinière.* — Le trajet des fibres douloureuses y a été bien étudié par Fœrster. A côté de la voie essentielle, formée par le neurone spirothalamique situé dans le cordon antéro-latéral, existent toute une série de voies accessoires (cordon antérolatéral homolatéral, zone périphérique du cordon latéral, cordons de Goll et de Bardach, chaîne sympathique) ; ces notions sont importantes à connaître pour expliquer certains échecs de la cordotomie. Les cellules de la corne postérieure reçoivent non seulement les fibres somatiques, mais encore des fibres provenant des viscères : chaque segment médullaire se comporte comme une unité métamérique qui commande un double territoire cutané et viscéral.

d) *Isthme de l'encéphale.* — Dans le bulbe, les fibres de la sensibilité douloureuse prennent une double voie : faisceau sporothalamique médullaire situé à la partie externe du ruban de Reil ; courts relais sensitifs placés dans la substance réticulée. C'est au niveau du noyau externe du thalamus, et surtout de sa partie inférieure, que se fait le dernier relais ; de là part le dernier neurone sensitif, thalamo-cortical, dont le point d'aboutissement principal est le lobe pariétal.

Dans l'ensemble, la voie sensitive douloureuse est décussée dès son entrée dans les centres nerveux.

e) *Sympathique.* — Le rôle du sympathique comme conducteur de la sensibilité, nié par les classiques, est admis par Leriche ; il semble, en réalité, que le sympathique ne puisse jouer dans la conduction de la douleur qu'un rôle d'emprunt, en tant qu'il contient des fibres cérébro-spinales. La conception d'Alajouanine et Thurel, qui opposent les douleurs continues, sympathiques, aux douleurs intermittentes, cérébro-spinales, est extrêmement discutable.

Il semble, par contre, que l'ablation du sympathique, comme l'ont montré Claude Bernard, puis Tauraz, puisse exalter la sensibilité cérébro-spinale ; cette exaltation ne semble pas dépendre d'une vaso-dilatation. On a remarqué également (Leriche) que l'infiltration novocaïnique d'un ganglion sympathique peut suspendre la douleur. Il y aurait donc une sorte de subordination entre système végétatif et neurone sensitif périphérique.

B. L'ÉLÉMENT CENTRAL DE LA DOULEUR

1° La douleur dans les lésions thalamiques. — C'est une douleur croisée, habituellement associée à des troubles de la sensibilité objective, d'intensité et de localisation variables. Cette douleur a souvent les caractères de la réaction exagérée (*overreaction*) de Head, de l'hyperpathie de Fœrster (douleur maxima déclenchée dès le seuil qui est élevé).

2° La douleur dans les lésions corticales. — Elle est rare, mais indiscutable ; on a pu la constater au cours d'interventions chirurgicales, dans l'épilepsie sensitive (Fœrster), voire même de certains ramollissements pariétaux.

3° Le mécanisme central de la douleur. — *a*) *Les preuves de l'origine centrale de la douleur*, déjà tirées de l'expérience journalière, sont fournies de façon particulièrement démonstrative par l'étude psychophysiologique de la douleur cutanée expérimentale ; la sommation des excitations dans le temps ou dans l'espace permet, en effet, de reproduire l'effet douloureux ; de nombreuses influences venant du milieu extérieur ou du milieu intérieur peuvent modifier cette sommation.

b) Le *mécanisme central de la douleur* semble habituellement explicable par la théorie classique de l'excitation : l'influx douloureux né du stimulus local va jusqu'au thalamus, où il produit un effet d'irritation ; au cours de son trajet, il peut être la source de toute une série de réflexes. Cette théorie est également applicable aux lésions dolorigènes siégeant au niveau des conducteurs qui parcourent la moelle et le tronc cérébral ; dans ces cas, cependant, pour Fœrster, les centres seraient actionnés par des systèmes de voies conductrices à action opposée : excitatrice dans le cordon antérolatéral, inhibitrice dans les cordons postérieurs.

Pour les lésions thalamiques, Head a proposé la théorie de la libération ; il y aurait une action frénatrice du cortex sur l'activité affective du thalamus ; la suppression de cette action frénatrice ferait ressortir douloureusement des stimuli habituellement normaux ; son exagération empêcherait, au contraire, la perception des stimuli normalement douloureux. La part de l'hypothèse reste grande dans toutes ces conceptions.

c) *Existe-t-il des hallucinations de la douleur ?* — S'il est discutable qu'il existe des douleurs sans aucun stimulus, il est hors de doute que, chez de nombreux psychopathes, la douleur survient à la suite de stimuli minimes.

4° Considérations générales sur le traitement de la douleur. — Les rapporteurs donnent un aperçu général des différentes méthodes chirurgicales, radiothérapique, psychothérapique, médicamenteuses. Ils divisent ces dernières en analgésiques locaux, dont le type est l'opium ; ils se demandent si une étude expérimentale, chimique ou microchimique de la localisation des opiacés sur les différentes parties des centres nerveux ne pourrait pas fournir des renseignements du plus haut intérêt.

II. — LA DOULEUR DANS LES MALADIES ORGANIQUES DU SYSTEME NERVEUX

1° Etude physiopathologique. — MM. G. RIDDOCH et M. CRITCHLEY (Londres), rapporteurs, distinguent, avec Head, deux éléments dans la douleur : une *sensation spécifique*, comme le sont le toucher, le chaud ou le froid, et une *tonalité affective déplaisante*, que peuvent accompagner d'autres sensations que la douleur. Dans les douleurs d'origine centrale, ces deux éléments peuvent être dissociés : dans les douleurs thalamiques et sous-thalamiques, la douleur reste cependant lourdement chargée de tonalité affective ; dans les cas, d'ailleurs rares, où la douleur paraît d'origine corticale, elle ressemble à une sensation pure et est moins chargée de sentiment pénible.

Les douleurs et les sensations pénibles d'origine centrale se caractérisent, d'une part, par leur caractère de sensations anormales avec une tonalité affective exagérée ; d'autre part, par le fait qu'elles s'accompagnent souvent des réponses motrices à la fois somatiques et autonomes ; la réponse la plus variable est la réponse sympathique.

Dans les lésions de la moelle, les douleurs siégeant au niveau de la lésion, et qui par conséquent sont dues à l'atteinte de la substance grise, sont plus tenaces que les douleurs à distance par lésion des faisceaux blancs. En cas de lésion du tronc cérébral, l'hémialgie faciale due à l'atteinte de la substance grise est beaucoup plus tenace que les symptômes controlatéraux d'origine cordonale. Les lésions thalamiques, liées à l'altération de la substance grise, sont les plus fréquentes ; elles sont particulièrement persistantes, rebelles ; nulle part la réaction affective n'est aussi intense. En cas de lésion corticale ou sous-corticale, la douleur, plus rare, revêt le type de l'épilepsie sensitive, avec sensation de type paresthésique, sans caractère affectif important.

Les symptômes témoignant d'une perturbation du système nerveux autonome parfois observés au cours de douleurs centrales ne semblent pas dépendre directement de ces douleurs ; ils peuvent être dus, dans certains cas, à la seule immobilité ; ce n'est qu'exceptionnellement, dans certaines lésions du trijumeau, que l'intensité et le caractère caustique de la douleur sont dus à un état anormal des artères.

L'association fréquente de la douleur avec les troubles vasculaires actifs et les réactions de défense est néanmoins indiscutable. Elle peut être expliquée par le principe de la convergence établi par Sherrington. D'après ce principe, la réaction douloureuse totale, considérée comme déterminée par la situation de la lésion centrale, apparaît conditionnée, du côté afférent, par une chaîne de jonctions synoptiques situées dans les cornes postérieures, et, du côté efférent, par celle des cornes antérieure et intermédiolatérale.

L'inhibition joue un grand rôle dans le contrôle de la douleur ; l'excitation forte d'un récepteur peut inhiber l'excitation d'un autre récepteur ; le mécanisme inhibiteur semble central et siège vraisemblablement dans les cornes postérieures des segments spiraux correspondants. Le contrôle de l'irradiation ou de l'extension de la douleur est probablement d'origine segmentaire. Les cornes postérieures et leurs homologues dans le tronc cérébral semblent posséder des fonctions intégratives de la plus haute importance ; sélection et sommation, contrôle et modification, d'autres activités en sont les principales modalités. La viciation des mécanismes centraux de cette intégration synoptique explique sans doute en grande partie la douleur centrale : c'est ainsi que des influx dolorifiques inhibés ou supprimés dans les conditions normales par l'activité d'autres influx peuvent ne plus l'être ; une sensation douloureuse anormale peut ainsi éclore ; des phénomènes de sommation peuvent agir dans le même sens. L'hyperalgésie, l'hyperpathie et l'analgésie douloureuse peuvent être expliquées par un mécanisme analogue. Il ne semble pas qu'il existe de faisceaux spéciaux corticofuges inhibiteurs diffusant au-dessous du niveau thalamique ; par contre, peut exister un renforcement par le cortex de l'inhibition du thalamus, ganglion principal qui commande les réactions affectives.

Le problème de la sensibilité douloureuse d'origine corticale est fort ardu. Il semble, quoi qu'on en ait dit, indiscutable que, dans une infime minorité de cas de lésions stationnaires, atteignant le cortex sensitif post-rolandique, la perte de la sensibilité à la douleur existe et soit controlatérale ; mais elle tend graduellement à diminuer, alors que les autres anesthésies persistent. On a pu se demander avec Fœrster si l'absence habituelle de troubles de la sensibilité n'était pas due à ce que le cortex sensitif était localisé non seulement aux circonvolutions post-rolandiques, mais aussi à la circonvolution prérolandique, qui serait ainsi sensitivo-motrice. D'autre part, il est à noter que la sensibilité douloureuse, quoique habituellement controlatérale, peut être homolatérale. Quant à la nature du désordre physiologique qui sous-tend la douleur en cas de lésions corticales fixées, il est difficile de l'affirmer de façon satisfaisante : l'inhibition joue certainement le rôle essentiel, mais on doit également faire une part à l'excitation.

Les caractéristiques essentielles des douleurs centrales sous-corticales, et en particulier des douleurs thalamiques, sont la diffusion de la douleur qui déborde les territoires physiologiques, son éclosion sous l'influence de causes minimes, habituellement non dolorigènes, l'intensité à laquelle elle arrive et la qualité émotionnelle inhabituelle qu'elle acquiert ; tous ces caractères semblent sous la dépendance de la suppression de l'inhibition. La disparition de la sensibilité dans la zone douloureuse joue peut-être un rôle dans l'intensité de la douleur ; elle supprime, en effet, un facteur d'inhibition.

Les douleurs corticales sont, au contraire, extrêmement localisées et à caractère discriminatif ; elles ont habituellement une topographie distale.

Il semble qu'il existe dans le thalamus une localisation régionale avec représentation de tout le corps ; cette représentation, surtout controlatérale, peut être, à un moindre degré, homolatérale ; elle est l'équivalent de la représentation tactile au niveau du cortex.

2° Etude anatomo-clinique. — M. Raymond Garcin, rapporteur, après un historique de la question, montre qu'une notion domine cette étude, à savoir l'inconstance de la douleur dans des lésions en apparence anatomiquement identiques. Le niveau de la lésion, sa topographie ne sont donc pas tout ; le rapporteur pense qu'il faut probablement encore que les conditions biodynamiques nouvelles déterminées par les réactions tissulaires lésionnelles ou périfocales puissent engendrer au niveau des fibres malades une excitation de *qualité* spéciale, peut-être de même nature et de même tonalité que cette élaboration si particulière qui appartient entre autres aux récepteurs périphériques de la douleur. Mais, à côté de ce facteur direct d'irritation centrale représenté par la lésion en elle-même et par elle-même, il importe de mettre en relief le rôle des stimuli périphériques qui, insensibles à l'état normal, déversant leurs vibrations propres au niveau du foyer, suffisent déjà parfois à éveiller la souffrance, sans parler des répercussions fonctionnelles individuelles.

Dans une première partie, le rapporteur expose en détail l'*anatomie topographique des voies de la sensibilité douloureuse*, selon les données actuellement admises. Il insiste sur la description du *faisceau spinothalamique* et sur le groupement lamellaire de ses fibres selon leur provenance, et rappelle les *voies extra-funiculaires* de la douleur. Cette étude est poursuivie au niveau des différents étages du névraxe. Il signale l'intérêt des études récentes sur la systématisation des noyaux du thalamus et l'importance du noyau latéral, comme de la somatotopie sensitive mises en évidence par Sager. Mais cette topographie des voies de transmission de la douleur établie par la méthode anatomo-clinique ne représente que le *versant négatif du problème*, à savoir l'étude des anesthésies observées lorsqu'une lésion interrompra leur continuité. Quels sont les facteurs qui décideront de l'éclosion de ce *fait positif* qu'est la douleur ? C'est ce que le rapporteur essaiera d'élucider à chaque étage du système nerveux central, après avoir rappelé les diverses conceptions classiques : théorie de l'irritation, théorie de la libération. Il rappelle, en particulier, la conception de l'origine déficitaire de la douleur défendue par Fœrster. Il semble, en effet, après les travaux d'anatomie comparée de Brouwer, qu'on puisse admettre que l'organisation des voies de la sensibilité s'est faite sous les formes d'un double système anatomique et fonctionnel : 1° un *système paléo-sensible* indispensable à la protection, représenté par le faisceau spino-thalamique ; 2° un *système néo-sensible* représenté par les cordons postérieurs où chemine surtout la sensibilité épicritique et dont le développement atteint son maximum chez l'homme. Pour Fœrster, dès que ce système de perception épicritique est lésé, le système de la douleur se trouve libéré. Enfin, il importe de souligner la théorie cellulaire de Foix et la théorie sympathique, à l'occasion de laquelle il rappelle des expériences déjà classiques de Tournay.

I. La douleur centrale dans les lésions de la moelle épinière. — Le rapporteur n'envisage, bien entendu, dans ce chapitre, que les algies pures de tout alliage radiculaire.

Deux types de douleurs centrales s'observent au niveau de la moelle : la *douleur de la corne postérieure*, les *douleurs cordonales* (cordon antérolatéral, cordon postérieur).

1° *Blessures et traumatisme de la moelle.* — Dans les *sections complètes*, l'existence de douleurs projetées au niveau des membres inférieurs a été notée ; elles nous ont appris que, de leur constatation, on n'est pas en droit de porter un diagnostic de section incomplète (Lhermitte). Dans le *syndrome de Brown-Séquard*, l'hyperesthésie sous-lésionnelle du côté de la lésion est classique et beaucoup plus durable qu'on ne le dit habituellement, mais on n'a pas assez insisté sur l'existence très réelle de phénomènes douloureux qui s'observent du côté de la lésion immédiatement après la blessure et durant plusieurs jours. Si l'hyperalgésie peut s'expliquer dans certains cas par l'atteinte des cordons postérieurs (douleur déficitaire), dans les autres cas, il faut reconnaître que nous ne savons rien de précis quant à son origine, bien que Brown-Séquard, Fabritius, Fœrster supposent la section d'une voie cortico-frénatrice agissant sur le degré d'excitabilité de la corne postérieure. Dans les *traumatismes médullaires*, Gordon Holmes a décrit un tableau clinique très spécial au cours des lésions du renflement cervical, où l'élément douloureux, d'une rare intensité, d'une durée éphémère, tient une place de premier plan et paraît lié à une atteinte des fibres intraspinales de la douleur. Dans les *commotions de la moelle*, les travaux classiques de Lhermitte sont rappelés.

2° Le rapporteur s'attache plus longuement aux douleurs des *tumeurs médullaires*, en soulignant l'intérêt considérable des douleurs cordonales qui peuvent faire errer le diagnostic du siège de la lésion et qui, si on les méconnaissait, conduiraient à situer la tumeur non seulement trop bas, mais du côté opposé à sa position réelle.

3° Dans la *sclérose en plaques*, Alajouanine a justement insisté sur l'association des douleurs aux paresthésies, qui réalise de véritables « complexes sensitifs ». L'origine de ces algies ne laisse pas que d'être embarrassante (atteinte des racines, origine cordonale, processus d'arachnoïdite, lombarthrie associée).

4° Dans la *syringomyélie*, les manifestations algiques ont le caractère de froid intense, de gelure ; elles évoluent par « attaques » portant sur plusieurs jours ou plusieurs semaines ; enfin, dans certaines formes causalgiques, l'exas-

pération des douleurs rappelle ce que l'on voit dans le syndrome thalamique.

II. **La douleur centrale dans les affections bulbo-protubérantielles.** — Là encore, il n'est qu'un nombre restreint de cas où une lésion bulboprotubérantielle a engendré des douleurs centrales. A lésions pourtant anatomiquement égales, le rapporteur n'a pu colliger dans la littérature que 56 cas de syndrome bulbaire et 28 cas de syndrome protubérantiel où il existait une douleur centrale au sens strict du mot. Au point de vue étiologique, dans la région bulbaire, ce sont les lésions vasculaires qui constituent le prototype de la lésion douloureuse ; syndrome alterne de Wallemberg lié à l'occlusion de la cérébelleuse postérieure et inférieure. Au niveau de la protubérance, les tumeurs et tout particulièrement les tubercules sont le plus souvent responsables de l'éclosion de la douleur. Après un exposé des observations anatomo-cliniques jusqu'ici rapportées de cet ordre de faits, le rapporteur étudie successivement :

a) Le caractère des douleurs (continues ou par crises paroxystiques).

b) Leur topographie le plus souvent alterne, mais avec une grosse prédominance des douleurs pour la face du côté de la lésion. Les membres opposés pouvant être seulement le siège de paresthésies. A côté des faits où il existe un syndrome douloureux alterne intéressant la face d'un côté et les membres du côté opposé, il importe de souligner le morcellement du territoire douloureux, aussi bien à la face qu'au niveau des membres. Cette notion vient encore confirmer la division segmentaire somatotopique du faisceau spinothalamique dans la région bulbo-protubérantielle, que l'étude des anesthésies avait déjà permis d'affirmer.

Qu'elle soit continue ou paroxystique, la douleur présente parfois tous les attributs du syndrome thalamique.

c) La date d'apparition des douleurs est très variable : immédiates ou n'apparaissant que quelques semaines après, éclatant en même temps ou successivement sur la face et les membres opposés.

d) L'évolution des douleurs est en général durable. Rien ne les soulage, mais l'alcoolisation a pu donner une disparition presque totale des algies faciales.

Après deux chapitres consacrés à l'étude des *algies du trijumeau dans la sclérose en plaques et dans la syringobulbie*, et après avoir noté l'inconstance de la disparition de la douleur faciale après alcoolisation ou neurotomie dans ces affections centrales, le rapporteur étudie les rapports des algies bulbo-protubérantielles avec les troubles sensitifs objectifs. Dans la règle, on note une hypo-algésie associée à une thermohypoesthésie dans les territoires qui sont le siège des douleurs, la lésion paraissant agir à la fois comme processus irritatif et destructif. Dans un certain nombre de cas, la sensibilité à la douleur s'est montrée tout à fait normale, fait qui plaiderait en faveur de l'irritation. Mais il reste un groupe de faits où la sensibilité objective à la douleur paraît avoir été complètement abolie. Il y a là un fait encore énigmatique.

Si la théorie cellulaire de Foix ne peut être répudiée à ce niveau, car des chaînes de neurones assurent dans la région bulbo-protubérantielle la transmission de la sensibilité à la douleur ; si la théorie sympathique ne peut être encore considérée comme suffisamment établie ; si l'origine déficitaire de la douleur selon la conception de Fœrster ne trouve pas à ce niveau ses meilleurs arguments, la théorie de l'irritation paraît encore la plus vraisemblable.

Le rapporteur insiste sur le caractère individuel des douleurs centrales bulbo-protubérantielles à lésion égale en nature comme en topographie et pense que l'étude des réactions tissulaires au niveau du foyer destructif expliquera demain peut-être en partie les raisons histologiques qui décident de l'éclosion de la douleur. La nature de la lésion intervient certainement, comme le souligne la rareté de la douleur dans les tumeurs de la région.

III. **La douleur thalamique.** — Après avoir rappelé qu'il n'est pas jusqu'ici d'observations de douleur centrale dans les lésions du pédoncule cérébral, le rapporteur synthétise les faits acquis en ce qui concerne la douleur thalamique en insistant sur les données plus récentes, telles que le problème de la somatotopie fonctionnelle et la topographie des lésions responsables de la douleur. Enfin, il insiste sur les travaux récents de Frazier dirigés contre la douleur thalamique et sur l'intérêt des faits apportés récemment par Ajuriaguerra, qui a montré que la douleur n'apparaît dans les lésions de la couche optique que lorsque le noyau latéral (ou partie dorsale du noyau externe) se trouve lésé. Quant à l'existence d'une somatotopie de la douleur, il semblerait dans certains cas que le morcellement du territoire douloureux dans le syndrome thalamique correspondrait à l'atteinte élective de telle ou telle partie de ce noyau, d'après les recherches d'Ajuriaguerra. En ce qui concerne la physiopathologie de la douleur thalamique, la théorie de Head paraît sortir plutôt fortifiée de ces données anatomo-cliniques ; cependant, les rares faits d'extirpation chirurgicale d'un hémisphère ne semblent pas avoir déterminé la douleur centrale, comme le voudrait la théorie de la libération. Très remarquable, et nullement en désaccord d'ailleurs avec la théorie de Head, est la tentative chirurgicale récente de Frazier, qui est parvenu à amender la douleur thalamique par alcoolisation trigémellaire et cordotomie bilatérale successive. Cette expérience, jusqu'ici unique, témoigne en faveur du rôle important des stimuli périphériques dans la genèse même de la douleur thalamique.

Dans le chapitre suivant, les douleurs centrales sont étudiées dans la maladie de Parkinson, l'encéphalite épidémique et dans l'acrodynie.

IV. **La douleur d'origine corticale.** — Dans la première partie de ce chapitre sont envisagés les faits cliniques et physiologiques concernant le problème tant discuté de l'intégration de la douleur par le cortex cérébral ou plus exactement les deux aspects du problème : troubles de la perception de la douleur dans les lésions corticales ; douleurs provoquées par l'irritation du cortex. En pathologie humaine, la part des lésions corticales dans la genèse des douleurs centrales s'appuie sur deux ordres de faits de valeur très inégale : 1° les douleurs de l'épilepsie jacksonienne ; 2° certaines observations anatomo-cliniques dont quelques rares exemples probants prouvent nettement l'existence des douleurs corticales.

Rassemblant la plupart des rares observations d'épilepsie jacksonienne douloureuse, le rapporteur montre combien il faut être prudent avant d'attribuer à l'irritation corticale le déclenchement de la douleur, les lésions fusant le plus souvent en profondeur. Il est trop de mécanismes sous-corticaux dans le déroulement de la crise jacksonienne pour que l'on puisse déduire, des phénomènes douloureux de l'épilepsie, l'existence indubitable de douleurs centrales d'origine corticale. Le problème de l'épilepsie thalamique a d'ailleurs été posé dans certaines crises douloureuses paroxystiques qui présentaient les caractères des algies thalamiques.

Dans certaines observations indemnes de tout phénomène paroxystique de la série comitiale, on a pu noter des douleurs continues, durables, de type central, par lésions corticales bien définies. Une critique serrée des documents est nécessaire. Mettant en doute la valeur formelle des observations où il s'agissait de tumeur, éliminant nombre de lésions vasculaires cortico-sous-corticales qui plongeaient en profondeur et où le thalamus n'a pas été coupé de façon

sériée, le rapporteur ne retient que quelques observations probantes de douleurs d'origine corticale (Guillain et Bertrand, Davison et Shick, Schuster, Lhermitte et Ajuriaguerra). A retenir de ces faits que l'élément douloureux ne peut plus désormais être mis en avant pour récuser de façon péremptoire en clinique l'existence d'une lésion pariétale.

Le problème pathogénique de ces douleurs corticales paraît singulièrement délicat, mais on peut admettre une libération de la couche optique par rupture à son origine du frein corticothalamique. Il est possible que l'étude systématique des aires corticales intéressées puisse nous montrer que leur topographie est précisément celle des territoires d'origine de fibres corticothalamiques qui se rendent au noyau latéral précédemment étudié.

V. **Douleur viscérale dans les lésions du système nerveux central.** — Dans ce dernier chapitre sont rassemblées les observations de tumeur cérébrale qui s'était accompagnée de douleur viscérale surtout abdominale. Leur mécanisme pathogénique est longuement discuté à la faveur de travaux récents, mais il importe surtout de rappeler combien ces douleurs viscérales peuvent laisser errer de façon redoutable le diagnostic vers une lésion abdominale primitive.

Conclusions. — Tous ces faits de douleur centrale nous apprennent avant tout que la discipline anatomo-clinique ne saurait, dans sa rigidité, enfermer la solution du problème de la douleur. La lésion n'agit pas seulement par sa topographie ; par sa nature, elle engendre dès son installation des réactions périfocales plus ou moins étendues, et de plus, par son évolution vers la cicatrisation, elle fait appel à des réactions tissulaires assez générales dans la texture anatomique, mais probablement très individuelles dans leurs effets seconds. La pathologie individuelle ne s'inscrit pas seulement dans la qualité anatomique différente des tissus de restauration, mais bien plus encore par leurs répercussions fonctionnelles variables.

Avec le problème de la douleur, nous sommes aux confins de la psychopathologie émotionnelle. Les douleurs des hystériques, des hypocondriaques n'ont peut-être aucun substratum anatomique, elles n'en existent pas moins pour eux. Chacun possède, vis-à-vis des lésions initiales des voies de la douleur, des réactions trop personnelles non mesurables pour que la discipline anatomo-clinique qui a si bien élucidé le versant négatif du problème (aires d'anesthésie) puisse, en dehors de quelques indications sommaires — irritation ou libération — fournir la solution de ce fait positif qu'est l'éclosion de la douleur centrale. L'irritation n'est pas due seulement à l'accident focal, et il faut y adjoindre le rôle des stimuli physiologiques qui, entretenant normalement une vibration constante, expliquent peut-être la pérennité de la douleur. La libération ne doit pas être entrevue seulement sous l'aspect d'une rupture de connexions anatomiques. Si celle-ci garde sa vraisemblance encore au niveau du thalamus, la théorie des interférences, plus physiologiques, rend compte d'autres faits, sans postuler des systèmes corticofuges agissant sur les autres étages du névraxe, système dont la réalité anatomique est à démontrer. Enfin, il n'est peut-être pas indispensable de vouloir grouper en une pathogénie unique de la douleur centrale ce qui se passe au niveau de l'organe central de réception qu'est le thalamus et ce qui se passe au niveau des voies qui s'y rendent, les mécanismes de dérèglement devant même être probablement très différents.

3° La douleur dans les maladies organiques du système nerveux : nerfs périphériques.

M. Jean Dechaume (Lyon), rapporteur, montre que l'étude de la douleur dans les maladies des nerfs périphériques est restée à l'arrière-plan, car les algies ne présentent pas l'objectivité des signes organiques qui leur sont associés.

C'est en sortant du cadre un peu étroit d'une méthode anatomo-clinique trop morphologique, qui semble dominée par un schéma définitif des voies sensitives cérébrospinales et d'une physiologie trop systématique qui s'efforce de donner à la douleur la place d'une sensibilité spéciale ; c'est par le travail en équipe que nous pouvons essayer de percer le mystère pathogénique de la douleur dans les maladies des nerfs périphériques.

A. **Les caractères cliniques de la douleur dans les affections des nerfs périphériques.** — Dans le domaine pathologique, une lésion atteignant un point quelconque de la voie sensitive périphérique est susceptible de créer la douleur.

1° Douleur et topographie de la lésion. — La sensation est toujours reportée à la périphérie. Mais les auteurs ont cherché à préciser les caractères de la douleur suivant la localisation de la lésion : ils ont décrit la douleur dans les lésions des terminaisons nerveuses périphériques (nerfs cutanés, tumeurs glomiques), les algies tronculaires, les plexalgies, les algies funiculaires, radiculaires, ganglionnaires ou cellulaires.

2° Douleur et étiologie de la lésion. — C'est la description des douleurs dans les lésions traumatiques ou tumorales ; ce sont les douleurs des polynévrites ou des affections à virus neurotrope, altérant les voies sensitives périphériques.

Plus importantes sont les névralgies : *a*) des nerfs rachidiens avec les myalgies et les cellulalgies ; *b*) des nerfs craniens avec les névralgies faciales, les sympathalgies, les névralgies du glosso-pharyngien et du ganglion géniculé.

3° Les syndromes douloureux complexes. — La complexité est le fait :

a) De l'extension des troubles douloureux : névrite ascendante et algie diffusante ;

b) De l'association des troubles réflexes (douleur et syndromes physiopathiques), de troubles vasculaires (syndrome neuro-vasculaire), de troubles sympathiques (causalgies et algies sympathiques).

Il faut faire une place, enfin, aux divers types de douleurs des moignons d'amputation.

B. **Documents anatomo-pathologiques concernant la douleur dans les affections des nerfs périphériques.** — Il faut s'efforcer de faire l'anatomie pathologique de la douleur :

Dans l'étude des altérations du *récepteur périphérique*, il faut retenir les cicatrices et les greffes cutanées, les modifications circulatoires cutanées, les altérations et les tumeurs glomiques. Les altérations des *troncs et ramuscules nerveux* sont illustrées par les névromes de régénération ; les lésions des polynévrites sont peu précises à ce point de vue ; celles des névralgies sont à voir sous l'angle des lésions cellulalgiques.

Les lésions des syndromes de douleurs complexes posent le problème des altérations du sympathique qui devraient être recherchées systématiquement.

Il faudrait comparer les lésions douloureuses à celles réalisées sur la fibre nerveuse *par les anesthésiques* et les toxiques électifs, mais pour cela il faudrait avoir plus de précisions sur la cytologie des fibres nerveuses sensitives.

C. **Les faits expérimentaux : sections nerveuses, infiltrations anesthésiantes.** — Certaines interventions chirurgicales réalisent une véritable expérimentation chez l'homme.

a) **Interventions sur les troncs nerveux cérébro-spinaux.** — La *section chirurgicale* ou *physiologique* par les *anesthésiques*, de la voie sensitive cérébro-spinale devrait supprimer la douleur. Mais le problème est plus complexe, les

interventions portant sur les troncs nerveux périphériques peuvent rester inefficaces contre la douleur dont la cause est pourtant une atteinte de ce nerf.

L'infiltration anesthésique des névromes ou de la zone d'excitation nous montre des faits paradoxaux.

b) **Interventions portant sur les voies sympathiques.** — Elles peuvent faire disparaître la douleur non seulement quand une participation sympathique est probable dans sa genèse, mais de façon paradoxale, quand le système cérébro-spinal seul paraît en cause.

D. **Valeur séméiologique de la douleur dans les maladies des nerfs périphériques.** — L'étude des documents suggère les réflexions suivantes :

1° **Des modifications à apporter dans l'examen pour donner à la douleur toute sa valeur séméiologique.** — *a*) Dans l'*interrogatoire* des algiques, il faut écouter le malade, chercher la précision dans le temps, la topographie, l'étude du stimulus ;

b) Dans l'*examen*, il faut savoir regarder les algiques, étudier les moyens de déclencher les crises et la zone d'excitation ;

c) L'étude des *signes objectifs* de la douleur avec les recherches physiques modernes : chronaxie sensitive, courant d'action.

2° **Des divers types de douleurs individualisés par la clinique.** — Il ne semble pas que, sur la seule tonalité de la douleur, nous puissions faire un diagnostic étiologique et topographique. Mais il faut opposer la *douleur de type cérébro-spinal* et la *douleur sympathique*. Il serait intéressant de préciser les caractères des algies cellulaires ou synoptiques.

E. **Essai pathogénique sur la douleur dans les maladies des nerfs périphériques.** — A côté des expériences faites sur l'animal par les physiologistes pour étudier la douleur, il faudrait faire une place aux renseignements donnés par la méthode anatomo-clinique et par la véritable expérimentation que réalisent les sections nerveuses et les infiltrations anesthésiantes.

1° **Le problème du sens de la douleur.** — Les documents anatomocliniques et physiopathologiques recueillis en étudiant les maladies des nerfs périphériques ne donnent pas d'arguments en faveur du sens dolorifique ayant ses voies propres au moins au niveau des récepteurs et des nerfs périphériques.

2° **Les caractères des lésions dolorifiques des voies cérébro-spinales.** — Souvent, ce sont les lésions les plus minimes qui sont les plus douloureuses. Leurs caractères sont plus irritatifs que destructeurs, c'est leur brusquerie plus que leur intensité qui intervient.

Les *troubles circulatoires* et *vaso-moteurs* jouent un rôle important dans la genèse de la douleur. Il serait utile de préciser la part prise par le synapse dans le mécanisme de la douleur.

3° **Le rôle du sympathique** est indiscutable, direct ou indirect, entretenant peut-être un tonus sensitif ; le *dérèglement sympathique* intervient dans la production de la douleur.

4° **Causes de l'évolution chronique et de l'extension des algies : la douleur par la douleur.** — Par une sorte de cercle vicieux qu'on retrouve dans les grands processus morbides, les scléroses notamment, la douleur s'entretient elle-même ; l'algie continue et extensive traduit de façon bruyante une perturbation en cycle fermé au niveau des appareils de la sensibilité.

Des facteurs hormonaux, humoraux, personnels règlent encore la tonalité de la douleur dans les maladies des nerfs périphériques.

III. — DOULEUR SYMPATHIQUE ET DOULEUR VISCÉRALE

M. Avala (Pise), rapporteur, montre la difficulté qu'il y a à définir la douleur viscérale ; il pense qu'il faut s'en tenir à la définition classique qui considère comme viscères les organes contenus dans les cavités cœlomiques, bien que presque tous les appareils, organes et tissus du corps possèdent en eux-mêmes des caractères de viscéralité en tant qu'ils sont tous également soumis à l'action du système neuro-végétatif.

Les caractères de la plus exquise viscéralité doivent être attribués aux douleurs des organes splanchniques innervés exclusivement par le sympathique et le parasympathique.

Mais une telle proposition ne serait absolument logique que s'il était prouvé que le système nerveux autonome est constitué de neurones sensitifs afférents et que ces derniers sont spécifiquement viscéraux avec un centre trophique en dehors du système nerveux-cérébro-spinal ; or, rien n'est moins certain, et on a même des motifs valables de retenir le contraire ; il semble bien que la sensibilité viscérale soit transmise par des fibres nullement différentes de celles des différentes formes de la sensibilité somatique, au moins pour ce qui se rapporte aux impulsions d'origine viscérale qui arrivent à la conscience.

A l'état physiologique, la sensibilité viscérale semble nulle ; il semble exister cependant des impulsions sensitives extrêmement sourdes, qui se fondent dans la masse des impulsions somatiques plus puissantes, et ne sont pratiquement pas perçues. Ce n'est qu'à l'état pathologique que ces impulsions sont perçues. Ces sensations viscérales ne sont pas suscitées par les stimuli auxquels répondent habituellement les fibres sensitives somatiques et ont besoin d'excitants spéciaux, chimiques, mécaniques ou biologiques.

La soi-disant insensibilité chirurgicale des viscères. — Les travaux des chirurgiens, et surtout de Lennander, ont mis en évidence une véritable insensibilité viscérale au cours des interventions, les stimulations ordinaires restant habituellement sans réponse si on les applique sur les viscères.

Il semble néanmoins qu'il existe des fibres sensitives dans les nerfs sympathiques, comme tendent à le prouver la provocation de douleur par excitation des branches périphériques des ganglions sympathiques, des rami communicantes, et la suppression de la douleur par blocage novocaïnique de ces fibres. La théorie de Lennander doit donc être rejetée ; au delà d'une certaine insensibilité de contact, il semble y avoir une sensibilité obscure diffuse, et en tout cas une sensibilité pathologique intrinsèque.

Stimuli adéquats et stimuli efficaces à l'origine des douleurs des organes viscéraux malades. — Si les manœuvres chirurgicales sont insensibles, c'est vraisemblablement, pour Mackensie, qu'il ne s'agit pas de stimuli adéquats pour les viscères ; pour être efficace, l'impulsion doit être qualitativement adéquate et quantitativement suffisante. On a considéré comme stimulations adéquates pour les viscères la contraction spasmodique des muscles lisses, la distension, l'ischémie et la stase veineuse, l'inflammation, les stimuli chimiques, l'étirement, la torsion et la compression. Il ne s'agit cependant pas là de stimulations adéquates au sens strict et spécifique du mot, mais plus exactement de stimulations efficaces.

Réceptivité douloureuse des organes viscéraux et efficacité des excitations. — La théorie de Mackensie, si séduisante qu'elle soit, se heurte à des objections, et notamment n'explique pas pourquoi une même excitation peut n'agir

que sur un viscère déterminé, ni pourquoi diverses excitations également adéquates provoquent une douleur d'intensité extrêmement variable lorsqu'elles agissent séparément sur un viscère déterminé. Il faut donc tenir compte de la réceptivité douloureuse différente des divers organes ; pour Lemaire, la douleur viscérale serait fonction non seulement de l'efficacité de l'excitation, mais encore de la réceptivité du viscère. Ce degré de sensibilité douloureuse, minime au niveau des parenchymes et des séreuses viscérales, est au contraire très élevé dans les séreuses pariétales, les ligaments et les muscles lisses. Cette réceptivité semble en fonction du nombre des fibres sensitives de l'organe, tandis que l'efficacité relative du stimulus est fonction du nombre des neurones que celui-ci met en jeu, simultanément ou successivement, et de la sommation centrale des influx que ce stimulus a suscités.

La transmission et la propagation des impulsions algogènes. Les différents types cliniques de douleur viscérale. — Pour Mackensie, la stimulation d'origine viscérale est transmise par un neurone périphérique jusqu'à un segment de la moelle spinale. Là, ce neurone se connecte avec un neurone de second ordre, connecté lui-même avec un neurone périphérique sensitif provenant de l'aire cutanée (dermatomère) correspondant à la racine postérieure qui aboutit au même segment médullaire. L'impulsion d'origine viscérale produit à ce niveau un foyer irritatif qui abaisse le seuil de stimulation pour toutes les fibres nerveuses qui aboutissent à ce niveau, produisant ainsi l'hyperalgésie cutanée, la rigidité musculaire réflexe, la douleur somatique référée ; c'est là le mécanisme des réflexes viscéro-sensitif et viscéro-moteur.

Edinger et Danielopolu admettent l'existence de ce réflexe, mais, se basant sur des données anatomiques controversées, le placent dans le ganglion spinal.

Fœrster aboutit à une conception éclectique englobant ganglion spinal et segment médullaire.

Ces théories se heurtent à l'absence de preuves anatomiques, et surtout à la constatation du phénomène de Lemaire : disparition de la douleur viscérale par novocaïnisation de la région pariétale de référence de cette douleur.

Une étude clinique attentive est nécessaire pour expliquer le mécanisme producteur des douleurs viscérales. On peut les distinguer en :

1° *Douleurs des séreuses pariétales* à type de douleurs cutanées ;

2° *Douleurs splanchniques propres* :

a) *Profondes* : très imprécises, elles ne cèdent pas à l'anesthésie ;

b) *Irradiées*, ressenties à distance des viscères ;

c) *Cutanées*, bien localisées, violentes, très semblables aux douleurs référées des auteurs anglais.

Cette classification reste d'ailleurs très schématique : bien souvent, des douleurs en apparence référées sont en réalité profondes. Il faut tenir compte d'ailleurs, comme le souligne Leriche, de la difficulté qu'ont les malades à préciser et à analyser exactement leurs douleurs viscérales.

Signification et interprétation des douleurs dans les splénochropathies. — Il semble qu'on ait exagéré l'importance des douleurs superficielles et à distance : c'est du moins l'opinion de Morley, de Leriche, qui considèrent ces douleurs comme le plus souvent réellement viscérales. Les travaux de Bolton, de Woolard et Carmichaël, de Wernœ, sont cependant favorables à l'existence de ces douleurs référées. Le grand obstacle à l'existence de ces douleurs est le phénomène de Lemaire. On a tenté de l'expliquer par une infiltration de la substance anesthésique qui remonterait le long du nerf jusqu'aux racines, théorie reconnue comme inacceptable par Lemaire lui-même. Mais cet auteur n'élimine pas la possibilité d'une action inhibitrice à distance de l'anesthésique ; c'est un mécanisme analogue que suppose la théorie de Sicard. Lunedei a montré les nombreuses objections qui s'opposent à cette conception et admet la transmission par la peau elle-même de la douleur ; pour Verger également, la transmission se ferait par l'intermédiaire des réflexes viscéraux vaso-moteurs cutanés. Les constatations histologiques de Raffini et Sfaneni donnent une grande importance à la connexion végétante vospinale au niveau de l'appareil de Timofeew ; il y aurait un réflexe sensitif périphérique. Le rapporteur admet finalement la conception de Lugaro d'après laquelle la voie centrale, médullo-thalamique, ne serait pas unique, mais comporterait des neurones pour la sensibilité douloureuse somatique et d'autres pour la sensibilité douloureuse viscérale ; cette dernière serait plutôt pancréatique. Ces deux voies seraient en rapport avec des neurones périphériques somatiques et viscéraux. En cas de stimulation viscérale peu intense, la voie viscérale agirait seule ; en cas de stimulation intense, l'influx douloureux déborderait sur la voie somatique, produisant ainsi la douleur référée qui pourrait être non seulement cutanée, mais encore musculaire, articulaire ou osseuse. Le phénomène de Lemaire s'expliquerait par la suppression d'excitations habituelles provenant de la peau et qui, en s'additionnant à la stimulation provenant du viscère, lui permettent de franchir le seuil.

Pour Morley, au contraire, les douleurs naîtraient au péritoine pariétal ; cette théorie semble s'éloigner de la réalité. Pour Leriche, les douleurs sont proprement viscérales, mais sont perçues à tort dans la paroi parce que la sensibilité viscérale, habituellement absente, est mal éduquée ; le rapporteur, tout en admettant l'intérêt de cette conception, montre qu'elle ne suffit pas à tout expliquer.

Il souligne en conclusion combien, malgré les grands progrès réalisés, il reste de points obscurs dans le mécanisme des douleurs viscérales, qu'aucune théorie n'explique de façon absolument satisfaisante. Toutefois, les nombreuses hypothèses émises ont-elles eu le grand mérite de permettre un certain nombre de progrès thérapeutiques qui constituent à eux seuls de précieuses acquisitions.

(*A suivre.*) JEAN LEREBOULLET.

LIVRES NOUVEAUX

Les Médications dermatologiques, par Georges LÉVY, chef de Laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration pour la partie pharmacologique de Paul CHÉRAMY, parmacien des Hôpitaux de Paris (1).

Sous le nom de « Les Médications dermatologiques », Georges Lévy, chef de Laboratoire à Saint-Louis, vient de faire paraître, avec la collaboration pour la partie pharmacologique de M. Paul Chéramy, pharmacien des Hôpitaux de Paris, un ouvrage qui connaîtra un succès mérité.

Successivement et minutieusement sont étudiées les médications externes et les médications internes en dermatologie. De très nombreuses formules sont données chemin faisant et rendront un incontestable service aux praticiens désireux de traiter rationnellement les affections cutanées.

Ce volume constitue une mise au point très précise de la thérapeutique dermatologique telle qu'on la conçoit actuellement. C'est, en outre, un travail original car, jusqu'à présent, il n'avait pas été présenté au public médical un ouvrage où soit développée d'une façon aussi compréhensive pour les médecins, la pharmacologie dermatologique.

(1) Un volume in-8° de 240 pages : 45 fr. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris.

Le traitement des Intoxications alimentaires, par le docteur Maurice LOEPER, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et le docteur Marcel PERRAULT, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris (1).

Les manifestations cliniques des intoxications alimentaires sont très variées, leur grande fréquence est la cause initiale de ces variétés, d'où la difficulté de porter un diagnostic précis, indispensable cependant pour l'application d'une thérapeutique appropriée et efficace.

Ce diagnostic même porté, il faut encore pénétrer plus avant dans le mécanisme intime et dans la pathogénie de l'affection, ce souci n'est pas certes spécial à l'étude des intoxications alimentaires, mais il y est particulièrement nécessaire, les résultats qu'il permet étant d'un enseignement précieux.

Les traitements proposés dans cet ouvrage ne sont pas à vrai dire nouveaux ; l'adrénaline, le carbonate de bismuth, le charbon, sont en effet employés depuis bien longtemps, mais ce qui est nouveau, c'est l'interprétation ou le mécanisme et l'indication de ces médicaments ; les auteurs montrent que ces traitements ne relèvent plus de l'empirisme comme autrefois, mais qu'ils sont déterminés spécifiquement par les considérations chimiques et physiologiques qu'ils ont développées. Ainsi se justifie leur emploi et s'explique leur efficacité.

Maladies infectieuses (deuxième série). Leçons cliniques professées à l'hôpital Claude-Bernard, par A. LEMIERRE, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine (2).

Le professeur Lemierre a déjà publié un premier recueil où il a groupé des études cliniques très complètes sur les affections d'origine infectieuse les plus fréquentes et les plus redoutables.

On trouvera dans ce nouveau volume qui le complète 17 études nouvelles portant principalement sur des cas de septicémie, de spirochétose, d'érysipèle, de pharyngo-stomatite, de kala-azar, de paludisme.

Division de l'ouvrage

I. Sur deux cas de septicémie primitive à bacille de Pfeiffer. — II. Sur un cas de septicémie à proteus vulgaris. — III. Sur un cas de septicémie post abortum à bacillus perfringens. — IV. Sur un cas de phlegmon gazeux du cou à bacillus funduliformis consécutif à un abcès péri-amygdalien. Quelques notions nouvelles sur les septico-pyohémies à bacillus funduliformis. — V. Sur un cas de spirochétose anictérique. — VI. Sur quelques cas d'érysipèle suppuré et d'érysipèle gangreneux. — VII. Sur deux cas de maladie de Hodgkin ayant évolué sous l'aspect d'une fièvre ondulante. — VIII. Sur un cas d'anurie scarlatineuse. — IX. Sur un cas d'exanthème hémorragique fébrile postarsénobenzolique. — X. Sur quelques cas de pharyngo-stomatite ulcéro-nécrotique. Pharyngo-stomatites mercurielles et bismuthiques. — XI. Sur quelques cas de pharyngo - stomatite ulcéro - nécrotique. Pharyngo - stomatite d'origine dentaire. Traitement des pharyngo-stomatites ulcéro-nécrotiques. — XII. Sur deux cas de pharyngite ulcéro-nécrotique symptomatique d'une leucémie aiguë. — XIII. Sur un cas de pharyngo-stomatite azotémique. — XIV. Sur un cas de kala-azar méditerranéen. — XV. Traitement du kala-azar. — XVI. Sur quelques cas de paludisme primaire observés à Paris. — XVII. Sur quelques cas de paludisme observés à Paris.

(1) Un volume gr. in-8° (15,5 x 23,5) de 74 pages. (Collection *Les Thérapeutiques nouvelles*). Prix : 14 fr. J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

(2) Un volume de 310 pages. Prix : 55 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

La Radiokymographie du cœur et des vaisseaux, par Emile BORDET et H. FISCHGOLD (1).

Cette nouvelle méthode a fait l'objet de nombreux travaux tant à l'étranger qu'en France ; mais aucun ouvrage d'ensemble n'avait encore été publié chez nous. MM. Bordet et Fischgold ont pensé qu'il était opportun d'exposer, dans un livre relativement court et aussi clair que possible, l'état actuel de la question. Ils ne se sont pas bornés à une simple mise au point ; ils ont largement cité les recherches des auteurs étrangers, mais en les soumettant à une critique raisonnée ou à leur expérimentation. Ils ont, de plus, apporté leur contribution personnelle par les travaux qu'ils poursuivent depuis plusieurs années dans les laboratoires de la Pitié et dont ils ont classé et résumé les résultats.

Les premiers chapitres concernant la technique radiokymographique et la lecture des crochets ou des courbes à l'état normal, et qui sont les plus ardus pour le médecin non spécialisé, sont traités dans un esprit de simplification qui n'exclut pas la précision désirable. L'importance de la méthode apparaît dès qu'on aborde l'étude des principales affections du cœur. Les courbes de l'aorte et de l'artère pulmonaire dans les états pathologiques retiennent fortement l'attention, car elles fournissent sur les modifications des battements, sur la dilatation et la locomotion des artères, des indications du plus vif intérêt.

Acquisitions nouvelles dans le domaine de la blennorragie. Troisième série : *Les deux doctrines en présence*, par le docteur G. FRANCK, ancien chef de clinique dermatologique universitaire de Lausanne (2).

Cette troisième monographie devait présenter un autre sujet que les deux premières, car l'auteur pensait que la mise au point de la question doctrinale, des porteurs de gonocoques, des formes involutives et de la sous-pathologie de la blennorragie était plus que suffisante aujourd'hui.

Or, à la suite d'une polémique récente, qui avait du reste déjà été mentionnée lors de la parution de la seconde monographie, l'auteur a jugé nécessaire une nouvelle mise au point de ces importants problèmes. Il l'a fait parce que les articles contradictoires qui ont paru en 1935 et 1936 étaient signés par des autorités médicales dans le domaine de la vénérologie. Ils ont nom : Barbeillon, Janet, Carle, Lebeuf. Ces articles sont peu nombeux. Ceux qui confirment les travaux et publications de l'auteur et ses deux premières monographies sont par contre très nombreux et considérables. Cependant l'auteur a tenu à ne publier que ces travaux contradictoires, en raison de la personnalité de ceux qui les ont inspirés ou écrits.

La troisième monographie comprend donc un exposé de ces travaux, de quelques réponses et contre-propositions échangées ; elle est, très brièvement, un exposé de la polémique dont l'auteur avait parlé. De cette façon, le lecteur pourra lui-même se faire une opinion précise de la question. Après l'exposé de cette polémique, l'auteur, en de courtes conclusions, publie une lettre d'importance capitale, adressée au professeur Asch, de Strasbourg, par un confrère allemand. Enfin, il a tenu, comme lors de la parution de sa deuxième monographie, à faire préfacer celle-ci par un des pionniers de la théorie des porteurs de germes, le professeur Axel Cedercreutz, professeur à la Faculté de médecine de Helsingfors (Finlande).

(1) Un volume de 134 pages avec 66 figures. Prix : 30 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

(2) Un volume in-12, 118 pages. 15 fr. — Librairie scientifique et médicale Amédée Legrand, 93, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE L'INSUFFISANCE SURRÉNALE (1)

SIGNES ACCESSOIRES

En outre, il peut exister de l'atrophie musculaire, de l'amaigrissement, de l'anémie.

— Les troubles génitaux sont très fréquents, l'impuissance de règle, l'aménorrhée fréquente.

— Il existe de la frilosité.

— La température est normale au début, à moins qu'il ne s'agisse de tuberculose en activité, plus tard l'hypothermie est de règle.

— L'examen nerveux peut montrer des parésies transitoires, des accidents pseudo-méningitiques avec céphalée, vomissements, hyperesthésie, photophobie, liquide céphalo-rachidien normal.

— Des troubles psychiques légers avec agitation ou tendance dépressive et neurasthénie.

On a signalé des convulsions, des mouvements choréiques, des myoclonies.

Au point de vue humoral, les recherches biologiques récentes ont révélé l'existence de troubles importants.

Il y a *chloropénie* précoce, mais celle-ci est légère et devra être mise en évidence au début par la méthode de l'hypochlorémie provoquée en mettant le malade pendant 2 jours au régime déchloruré.

Hypoglycémie fréquente mais inconstante, et M. F. Rathery a signalé des réponses anormalement élevées à l'épreuve d'hyperglycémie provoquée (2).

Elévation de l'azotémie, qui disparaît d'ailleurs assez rapidement lorsqu'on soumet les malades au régime hyperchloruré.

Hypocholestérinémie.

Le *métabolisme basal* est presque toujours modérément diminué et décroît au cours de l'évolution.

La *radiographie des surrénales* révèle parfois l'existence de calcifications.

EVOLUTION

Non traitée, la maladie d'Addison évolue vers la mort d'une façon lente mais progressive et généralement inexorable.

La durée de la maladie, depuis l'apparition des premiers signes, est de 1 à 3 ans.

L'évolution peut d'ailleurs être variable.

1. Elle peut être régulière et progressive, aboutissant à une véritable cachexie, à un semi-coma hypothermique.

2. Elle peut présenter des intermittences, des rémissions, permettant au malade de reprendre ses occupations ; c'est là un fait exceptionnel.

3. Elle peut enfin être interrompue par des accidents :

— Abdominaux aigus, d'aspect chlériforme ou pseudo péritonitiques ;

— Nerveux, à type convulsif, pseudo méningitique, plus rarement choréiformes et myocloniques.

Ces accidents aigus sont souvent déclanchés par une infection intercurrente, une fatigue, un traumatisme.

Traitée, on voit les malades s'améliorer, l'asthénie diminue et disparaît, il en est de même des troubles gastro-intestinaux. Mais l'hypotension persiste, ainsi que la mélanodermie. Exceptionnellement celle-ci a pu s'atténuer par place et déterminer un aspect de vitiligo.

Au point de vue humoral : la chlorémie et la glycémie se relèvent, l'azotémie s'abaisse, le métabolisme basal s'élève, la réserve alcaline augmente.

Les malades peuvent reprendre leur travail, mais il ne s'agit bien souvent que d'une rémission, qui peut d'ailleurs être prolongée ; mais les malades devront pendant tout ce temps continuer leur traitement.

D'ailleurs, une mort subite ou précédée de quelques prodromes : angoisse, douleur précordiale, dyspnée, convulsions, peut à tout moment interrompre l'évolution.

FORMES CLINIQUES

Formes frustes.

C'est l'addisonisme de certains tuberculeux pulmonaires qui sont anémiés, asthéniés et hypotendus et présentent une mélanodermie discrète.

Forme de l'enfant.

— L'insuffisance surrénale est exceptionnelle avant 10 ans.

— La mélanodermie reste habituellement discrète, mais elle frappe électivement les cheveux et les ongles.

— Les signes digestifs sont très accusés et la diarrhée est très fréquente dès le début.

— Les phénomènes nerveux sont assez fréquents.

Quand la maladie se prolonge, elle peut devenir la cause d'un véritable infantilisme. Mais en règle l'évolution est rapide et la mort subite est relativement fréquente.

La *forme de la femme enceinte* est très grave et entraîne l'avortement.

La *forme du vieillard* est exceptionnelle, asthénique, latente, à évolution lente.

II. L'INSUFFISANCE SURRÉNALE AIGÜE

Elle se présente sous différents types.

A) Le plus fréquent est celui qui simule un *empoisonnement.*

Le *début* est brutal, par des douleurs abdominales vives, des vomissements, de la diarrhée, de la céphalée, une soif intense.

L'*état général* est très atteint, il y a une asthénie profonde. Le malade est dans une quasi-impossibilité de se mouvoir, le pouls est petit, rapide, irrégulier ; la T. A. imprenable ; les extrémités sont refroidies.

Des syncopes surviennent.

L'examen humoral montre des signes d'azotémie et d'acidose, et la mort survient dans le collapsus en 12 à 24 heures.

B) D'autres fois, il s'agit d'une *forme pseudo péritonitique*, avec troubles digestifs prédominants : douleurs, vomissements, constipation, anurie.

C) D'autres fois encore, il s'agit de formes *pseudo appendiculaires*, de *forme cholérique.*

D) Il peut s'agir de formes *nerveuses :*

— *Convulsives,*

— *Pseudo méningitiques*, avec céphalée, vomissements, constipation, raideurs, L. C.R. normal.

(A suivre.) J. FERROIR.

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 74, p. 1174.

(2) Pour l'explication de ce fait, voir : J. FERROIR. *L'estomac des diabétiques.* J.-B. Baillière, 1937.

Manuel de puériculture, par P. LEREBOULLET, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'Institut de puériculture de l'hospice des Enfants assistés, avec la collaboration de F. SAINT-GIRONS et A. ZUBER, assistants à l'Institut de puériculture. Deuxième édition, revue et corrigée. — Un vol. de 220 pages avec 56 figures. 22 fr. — Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 77. — SAMEDI 25 SEPTEMBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Le jury est provisoirement composé de MM. les docteurs de Sèze, Etienne Bernard, Chiray, Armand-Delille, Lévy-Valensi, Duvoir, Claude, Meillère, Velter, Maurice Chevassu, Ch. Lenormant, Quénu, Heitz-Boyer, Robineau et Séguy.

Le concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine, vacantes le 1er mai 1938, s'ouvrira le mercredi 15 décembre 1937, à 9 h. 1/2, au Parc des Expositions (Porte de Versailles, Paris (15e).

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de quatorze à dix-sept heures, depuis le jeudi 4 novembre jusqu'au mercredi 24 novembre 1937 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs de la carte d'identité et du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Guerre. — Le médecin général Heckenroth est nommé membre assistant au comité consultatif de défense des colonies.

Santé publique. — Par arrêté du ministre de la Santé publique, en date du 7 septembre 1937, M. le docteur Mallet a été nommé médecin de la Santé du port de Saint-Nazaire, en remplacement de M. le docteur Bizard, appelé aux fonctions de directeur de la Santé.

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 7 septembre 1937, M. le docteur Casteret a été nommé agent principal de la Santé à Sète, en remplacement de M. le docteur Herber, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Asiles d'aliénés. — Par arrêtés en date du 7 septembre 1937 :

— Mme la doctoresse Gardien-Jourdheuil, reçue au concours du médicat des asiles en 1937, a été affectée, en qualité de médecin chef de service, à l'asile d'aliénés Saint-Joseph-de-Cluny, à Limoux (Aude).

— M. le docteur Chaurand, reçu au concours du médicat des asiles en 1937, a été affecté, en qualité de médecin chef de service, à l'asile d'aliénés de Sainte-Marie, à Privas (Ardèche).

Un sanatorium d'altitude pour officiers et sous-officiers. — Le premier sanatorium d'altitude destiné à l'armée vient d'ouvrir cette semaine à Passy (Haute-Savoie). C'est le Sanatorium Geoffroy de Martel de Janville. Cet établissement a été édifié, avec l'appui et le concours financier des ministères de la Guerre et de la Santé publique, par l'Association « Les villages sanatoriums de haute altitude ». Situé face au Mont Blanc, à 1.140 mètres d'altitude, il comprend 170 chambres de malades, pourvues de galeries de cure, toutes exposées au midi. Construit suivant les techniques architecturales et médicales les plus récentes, il est outillé de manière à permettre l'application des dernières méthodes de thérapeutique et de chirurgie pulmonaire.

Les villages sanatoriums de haute altitude groupent déjà

sur les plateaux de Passy, les sanatoriums de Praz Coutant (pour hommes), de Guébriant (pour femmes), du Roc des Fiz (pour enfants), destinés aux malades peu fortunés des classes moyennes. Les remarquables résultats dont ont bénéficié depuis douze ans les malades que cette association philanthropique a guéris pourront ainsi s'étendre aux officiers et sous-officiers de l'armée de terre, auxquels doivent se joindre ceux de l'armée de mer, et, c'est à souhaiter, ceux de l'armée de l'air.

CHRONIQUE

LE PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE

Vichy, 16-18 *septembre* 1937

Le Congrès international de l'Insuffisance hépatique vient de se tenir à Vichy avec un succès sans précédent. Plusieurs trains spéciaux ont amené à Vichy environ quinze cents congressistes, parmi lesquels figurent les plus grands noms de la médecine contemporaine.

La séance inaugurale a eu lieu le 16 septembre dans la salle de théâtre du Grand Casino. Elle était présidée par M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique.

Dans la salle, en dehors des orateurs que nous citons plus loin, nous apercevons MM. les professeurs Von Bergmann (Berlin), Sir W. Langdon Brown (Londres), Dustin (Bruxelles), Mariano R. Castex (Buenos Aires), G. Marañon et Hernando (Madrid), Einhorn (New-York), Bacaloglu et Jacobovici (Bucarest), Mauriac (Bordeaux), Cade (Lyon), Prosper Merklen (Strasbourg), Giraud (Montpellier), puis la plupart des membres du congrès international de gastro-entérologie venus avec Pierre Duval, J.-Ch. Roux et Georges Brohée.

Le discours d'ouverture prononcé par M. le professeur Loeper, président du congrès, fut une magnifique leçon de physiologie pathologique et de thérapeutique qu'il ne convient pas de résumer en quelques lignes. Nous y reviendrons.

On entendit ensuite le docteur Maurice Binet, président de la Société des Sciences médicales de Vichy, puis c'est le défilé des délégués étrangers : MM. les professeurs Epaminondas Harissiadhis (Albanie), Volhard (Allemagne), Glaessner (Autriche), Molloff (Bulgarie), Prado Tagle (Chili), Asmy Soliman Pacha (Egypte), Pi-Suner (Espagne), Anthony Bassler (Etats-Unis), Vladimir Bensis (Grèce), Fornet (Hongrie), Nicolas Pende (Italie), Parhon (Roumanie), Holmgren (Suède), Roch (Suisse), Pelnar (Tchécoslovaquie).

A ce moment, dans un geste unanime et émouvant, la salle tout entière se lève et observe une minute de silence, pour rendre hommage à la mémoire du président Masaryk. MM. les docteurs Akil Moukhtar Ozden (Turquie) et Antitch (Yougoslavie), prennent encore la parole.

Enfin M. le ministre de la Santé publique adresse son salut aux délégations étrangères, et exprime au professeur Loeper tout l'intérêt qu'il porte à ce congrès « où des hommes appartenant à l'élite de leur nation trouvent l'occasion de se connaître, de se comprendre et de s'estimer ».

Entre les séances de travail, les congressistes ont admiré les trois établissements qui forment un ensemble unique au monde. Et après avoir visité les ateliers d'embouteillage des eaux de Vichy-Etat, dont l'automatisme assure l'asepsie complète, les hôtes de Vichy, au cours de leurs promenades, purent se rendre compte des améliorations que la Compagnie fermière et la municipalité ne cessent d'apporter à la Station.

A l'attrait des promenades bien connues, du charmant Sporting-Club, il faut ajouter maintenant les jardins de l'Allier, merveilleusement fleuris, le Parc des Sports et le nouveau Parc d'enfants, si remarquablement compris.

Il est banal de parler de la somptuosité de l'hospitalité de Vichy, elle est légendaire.

Grâce à nos confrères de Vichy, grâce à la Compagnie fermière, à ses représentants, en particulier l'éminent M. Baugnies, les congressistes ont été accueillis d'une façon inoubliable. Le soleil lui-même, après avoir boudé le premier jour, a réhabilité la réputation de douceur de l'aimable climat bourbonnais.

Le programme des réceptions a été particulièrement réussi. Le premier jour, une soirée d'accueil fut offerte au Casino par la Compagnie fermière. Le lendemain, une représentation de gala, d'un intérêt exceptionnel, permit à M. Chauvet, directeur du beau Théâtre de Vichy, de déployer toutes les extraordinaires ressources dont dispose la scène, mais elle fut surtout un régal pour les grands amateurs de musique que sont les médecins et un triomphe pour les maîtres Paul Bastide, Louis Fourestier, Trik et les magnifiques artistes du théâtre.

Le banquet de clôture enfin réunit 1.200 convives. Le tour de force culinaire réalisé par M. Aletti fut la délicate conclusion de ce congrès, dont les participants gardent un souvenir enchanté.

F. L. S.

Congrès de cosmobiologie. — La seconde assemblée préparatoire du congrès de cosmobiologie, créé par l'Association internationale pour l'étude des radiations solaires, terrestres et cosmiques, sera tenue à La Malou (Hérault), du 25 au 28 septembre prochain, sous la présidence d'honneur de M. A. Lumière, correspondant de l'Académie des Sciences et de l'Académie de médecine, et la présidence effective de M. Dauzère, directeur de l'Institut de physique du Globe (Observatoire du Pic du Midi).

La précédente assemblée, tenue en septembre 1935, a été consacrée à l'étude des radiations solaires et cosmiques. La seconde assemblée sera consacrée aux radiations atmosphériques et telluriques (radio-activité du sol et des eaux ; électricité et ionisation de l'air ; relations entre les failles géologiques, les chutes de grêle et de foudre, les accidents et les maladies). Son programme a pour objet :

1° D'examiner les Mémoires présentés ; 2° de fixer la date et le programme du congrès international, qui sera tenu à Nice en 1938 ; 3° de déterminer la participation au congrès de 1939, qui sera tenu à New-York ; 4° d'examiner les appareils automatiques, signalisateurs et enregistreurs de radiations (les pendules, baguettes et autres instruments maniés par les opérateurs n'étant pas admis).

Le secrétaire général du congrès est le docteur Maurice Faure, à La Malou (Hérault).

BIBLIOGRAPHIE

Au Groenland avec Charcot, par le Dr Jean-Louis Faure, de l'Académie des Sciences. Ouvrage illustré de 42 photographies et 5 cartes. — Paris, 1937, Nelson, éditeurs, 25, rue Denfert-Rochereau.



REVUE GENERALE

LE MÉTABOLISME CRÉATINIQUE DANS LES TROUBLES HUMORAUX POST-OPÉRATOIRES (1)

Par MM. J. DUNAN, J. VAGUE et H. HAIMOVICI

II. — LE MÉTABOLISME CRÉATINIQUE AU COURS DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉ ET DU CURETAGE UTÉRIN

	Azotémie	Créatininémie	Créatinémie	Rapport créatinique
1. FERR. : Avortement provoqué de 2 mois. Syndrome toxique grave, mort au 4e jour.				
18 janvier 1937.	1,30	35	55	0,38
19 janvier : le matin.	1,80	42	70	0,37
le soir : mort.				
2. LOMB. : Septicémie staphylo strepto-post-abortum. Guérison ultérieure.				
17 janvier 1937 : curetage.				
27 janvier.	0,80	22	18	0,55
2 février.	0,50	18	20	0,47
3. CASEN. : Avortement de 2 mois.				
4 février 1937 : curetage, pas d'anesthésie.	0,50	15	16	0,51
6 février.	0,45	18	25	0,41
4. CHAD. : Avortement de 2 mois 1/2.				
4 février 1937 : curetage sans anesthésie.	0,37	15	15	0,50
5 février.	0,40	18	16	0,53
5. DUC. : Avortement de 3 mois.				
10 février : curetage sans anesthésie.	0,30			
11 février.	0,35			
6. Avortement de 3 mois 1/2.				
14 février : curetage sans anesthésie.	0,22	16	6	0,72
15 février.	0,30	16	6	0,72
7. BOUD. : Avortement de 2 mois.				
16 février 1937 : curetage sans anesthésie.	0,32	15	15	0,50
17 février.	0,47	15	20	0,42
8. Avortement de 2 mois.				
10 février 1937 : curetage sans anesthésie.	0,32	18	8	0,75
11 février.	0,37	18	20	0,44
9. AMA. : Avortement de 2 mois 1/2.				
12 février : curetage sans anesthésie.	0,35	15	4	0,78
13 février.	0,25	15	6	0,71
10. HER. : Avortement de 2 mois.				
27 février : curetage sans anesthésie.				
26 février.	0,30	15	15	0,50
28 février.	0,35	15	20	0,42
11. STEC. : Avortement de 3 mois.				
27 février : curetage sans anesthésie.				
26 février.	0,40	16	16	0,50
28 février.	0,30	15	31	0,32
12. BAI. : Avortement.				
19 février : curetage sans anesthésie.				
18 février.	0,50	34	20	0,66
20 février.	0,40	35	27	0,56
13. LEC. : 22 février : curetage.	0,25	20	21	0,48
21 février.	0,50	42	46	0,47
14. BOS : 12 mars : curetage sans anesthésie.	0,30	15	15	0,50
13 mars.	0,30	15	16	0,48
15. AUG. : 12 mars : curetage sans anesthésie.	0,35	25	15	0,62
13 mars.	0,55	27	27	0,51

(1) Fin. — Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1937, n° 75, p. 1181.

	Azotémie	Créatininémie	Créatinémie	Rapport créatinique
16. MER. : 30 mars : curetage sans anesthésie.	0,25	17	18	0,48
31 mars.		15	22	0,40
17. AUD. : 30 mars . curetage sans anesthésie.	0,30	15	52	0,23
31 mars.		14	53	0,20
18. BUTT. : 11 février : curetage sans anesthésie.	0,47	27	20	0,57
12 février.	0,50	37	13	0,74
19. AMAD. : 17 février : curetage sans anesthésie.	0,35	32	13	0,70
18 février.	0,35	22	25	0,46
20. DUC. : 10 février : curetage sans anesthésie.	0,30	25	25	0,50
11 février.	0,35	37	18	0,67
21. PANAN. : 8 février : curetage sans anesthésie.	0,30	20	20	0,50
9 février.	0,45	37	28	0,56
22. ZACAN. : 18 février, curetage sans anesthésie.	0,30	20	18	0,52
19 février.	0,45	31	30	0,50
23. LE R. : 27 février : curetage sans anesthésie.		20	18	0,52
28 février.	0,35	20	29	0,40
24. CAMP. : 18 février : curetage sans anesthésie.	0,32	15	16	0,48
19 février.	0,45	25	26	0,49
25. PICH. : 13 février : curetage sans anesthésie.	0,37	18	23	0,43
14 février.		20	33	0,37
26. GAL. : 2 mars : curetage sans anesthésie.	0,32	15	15	0,50
3 mars.	0,35	27	21	0,55
27. MAN. : 28 février : curetage sans anesthésie.	0,32	20	21	0,48
1er mars.	0,25	20	27	0,54
28. LEO. : 26 février : curetage sans anesthésie.	0,35	15	15	0,50
27 février.	0,42	29	30	0,49

L'ensemble de ces chiffres est, à notre avis, démonstratif ; de même qu'une hyperazotémie discrète, une élévation momentanée et parallèle de la *créatinine sanguine* s'observe à peu près constamment le lendemain des interventions chirurgicales de toute sorte, retombant rapidement à la normale dans les cas normaux où elle a été étudiée, progressant aussi d'une manière parallèle jusqu'à la mort lorsque celle-ci survient par toxhémie.

En même temps que la créatinine, la *créatine* du sang s'élève également, mais plus haut que la créatinine, ce qui abaisse le *rapport créatinique*. Dans la plupart des cas normaux il en est ainsi ; il n'en est pas toujours de même dans les cas graves au cours desquels créatine et créatinine peuvent s'élever à peu près parallèlement.

De tels faits avaient été partiellement signalés par certains auteurs : Marongiu avait noté l'augmentation de la créatine après l'anesthésie chloroformique, Bufalini l'élévation de la créatinine sanguine et urinaire.

Nous n'avons pas remarqué dans nos cas que la nature de l'intervention, non plus que celle de l'anesthésie, intervînt d'une façon ou d'une autre dans les troubles du métabolisme azoté, et spécialement du métabolisme créatinique. Ces troubles sont tout de même bien moins importants après les curetages utérins pour avortement qu'après les autres interventions chirurgicales ; mais quoi d'étonnant à cela ? Le curetage utérin sans anesthésie est à peine une intervention chirurgicale qui, en particulier, ne traumatise presque pas de tissus vivants ; d'autre part, pratiqué chez des malades en état de rétention ovulaire, souvent fébriles, il constitue un véritable soulagement immédiat pour la patiente, et ce fait nous permet de comprendre que le taux des corps créatiniques, au lieu de s'élever dans le sang, s'abaisse parfois après l'intervention, le rapport créatinique s'élevant au contraire. Dans un cas qui a évolué vers la mort avec hyperazotémie, l'élévation des corps créatiniques, parallèlement à celle de l'azotémie, a pu être parfaitement notée.

L'élévation et l'élévation dissociée des corps créatiniques après les interventions chirurgicales est donc un fait facile à constater, mais dont l'interprétation offre encore pas mal de difficultés. Le métabolisme des corps créatiniques est encore trop mal connu pour que nous puissions fonder sur la connaissance de ses modifications une théorie pathogénique ; néanmoins nous savons que, produit catabolique des tissus en général et du tissu musculaire en particulier, métabolisés vraisemblablement pour la plus grande partie dans la glande hépatique, éliminés enfin, sous forme de leur anhydride par les reins, les corps créatiniques, lorsque leur taux s'élève dans le sang, traduisent un dysfonctionnement de leur métabolisme à l'une de ces trois étapes ou à plusieurs d'entre elles, l'élévation dissociée permettant sans doute de localiser le trouble biologique aux deux premières.

Or, ce que de nombreux travaux nous ont appris des troubles biologiques dans les interventions chirurgicales, de la part que prend la désintégration tissulaire à leur origine, de celle dont le foie est respon-

sable dans leur constitution et leur persistance, doit nous faire admettre l'hypothèse vraisemblable que l'élévation dissociée des corps créatiniques le lendemain des interventions chirurgicales traduit à la fois les deux phénomènes, tissulaire et hépatique, de la maladie opératoire, et cette conclusion s'applique autant au métabolisme des corps créatiniques qu'à la pathogénie de la maladie opératoire elle-même.

BIBLIOGRAPHIE

Amorosi (O.). La glycémie dans le choc traumatique et le choc anaphylactique, *Ann. Ital. di Chirurgia*, 1931.

Achard, Sphal et Kuhlmann. *Soc. de Chir. de Strasbourg*, février 1933.

Benedetti. La polypeptidémie dans divers états morbides. (Note I: La polypeptidémie dans les maladies du sang et du foie), *Arch. di patologia e clin. med.*, L. 16, n° 4, août 1936, p. 380-398.

Bengolea (A.-J.), Velasco Suarez (C.) et Raiges (A.-E.). Le dosage de la bilirubine directe et indirecte dans le sérum sanguin : son importance en chirurgie hépato-biliaire, *Rensa med. Argentina* 23, n° 2, 8 janvier 1936, p. 85-102.

Bengolea et Suarez (V.). L'anesthésie dans la chirurgie des voies biliaires, *Soc. de Chirurgie*, 19 déc. 1934.

de Blasi (Alberto). Troubles fonctionnels et altérations anatomiques du foie après ligature de l'artère hépatique, *Ann. Ital. Chirurgia*, Naples II, n° 2, 29 février 1922.

Bobbio (A.) et Zilocchi (E.). Sulle variazoni della concentrazione di alcuni componenti della bile durante et dopo l'anestesia generale eterea, *Boll. e memorie Soc. Piemontesa di Chirurgia*, IV, Fasciculo 2, 20 Gennaio 1934 (XII).

Bobbio (A.) et Olivetti (R.). Le variazoni della crasi proteico dopo interventi sulla Tiroïde, *Arch. Ital. Chirurgia*, Vol. 42, Fasc. 4e, 1936.

Bobbio (A.) et Arezzi (G.). Sul comportamento della eliminazione del rosso neutro dopo la resezione gastrica per ulcera, *Arch. Ital. Chirurgia*, vol. 44, fasc. 3e, 1936.

Boothby, S. F. Haines et J. de Pemberton. Insuffisance parthyroïdienne post-opératoire, *Ann. Journ. Med. Sucines*, 181, n° 1, janvier 1931.

Bottin et Conrad. Syndrome huméral post-opératoire, *Presse méd.*, 1936.

Bottin (J.). Deux éléments essentiels de la clinique chirurgicale : la déshydratation et la déminéralisation, *Rev. belge Sci. Med.* VIII, déc. 1936, p. 669.

Bufalini (M.). Fisio patologia del operato, Edit. Luigi Pozzi, 1932.

Burger (M.) et Viker (R.). Altérations tissulaires leucémiques après injections de substances biliaires, *Klin. Woch.*, t. 16, n° 10, 6 mars 1937, p. 334.

Castaigne et Chaumerliac. Congrès d'Evian, 1933.

Chevrier, Bernard (René) et Sorrel. *Soc. de Biol.*, 20 sept. 1909.

Carmona (L.). Les altérations hépatiques consécutives à la ligature de l'artère hépatique, *Ann. Ital. Chirurgia*, 10, n° 5, 31 mai 1931.

Capella (F.). Valeur pronostique de la constante d'Ambard dans les interventions sur les voies biliaires, *Riforma med.* 52, n° 17, 25 avril 1936, p. 571.

Cornil (L.), Vague (J.). Résorption antolytique des organes privés de circulation, *Progrès médical*, 1937.

Casal. L'hyperpolypeptidémie post-opératoire, *Thèse Montpellier*, 1933.

Chabanier et Lobo-Onell. L'acidose post-opératoire, *Congrès français d'urologie*, 1931.

Chabanier et Lobo-Onell. Hypochlorémie et accidents post-opératoires, Masson, 1933.

Coggi (G.). Les oscillations de la cétonémie en rapport avec les opérations, *Soc. Lombarda di Chirurgia*, 1933, n° 14.

Courriades. Azotémie post-opératoire et son traitement, *Thèse de Bordeaux*, 1934.

Crainicianu, Arnaud (M.), Florian. Le rôle de l'anesthésie en dehors de tout traumatisme opératoire, *Journ. de Chir.*, oct. 1927.

Crichcaoutzki. L'amputation des membres avec anesthésie locale. *Thèse Toulouse*, 1933.

Depisch (F.), Hasenöhrl (R.), Schonbauer (L.). Modifications opératoires du métabolisme du sucre : 1) La section des nerfs végétatifs dans le ligament hépato-duodénal chez le chien normal, *Klin. Woch.* 9, n° 31, 2 août 1930.

Derot (M.) et de Traverse. L'acidose, *Science méd. prat.*, 15 janv. 1933.

Dunan (J.), Vague (J.), Haimovici (H.). Recherches sur le métabolisme créatinique dans les suites opératoires, *Soc. Méd. Marseille*, 9 juin 1937.

J. Dunan et J. Vague. Le rapport créatinique dans les insuffisance hépatiques, *Congrès de l'insuffisance hépatique*, Vichy 1937.

J. Dunan et J. Vague. Le rapport créatinique est-il un moyen d'appréciation du facteur extra-rénal dans les hyperazotémies ? *Soc. Méd. Marseille*, 7 juill. 1937.

J. Dunan, J. Paillas et J. Vague. Recherches sur le métabolisme créatinique chez les Parkinsoniens. *Soc. Méd. Marseille*, 7 juill. 1937.

Dupuy de Frenelle. Pour diminuer le risque opératoire. 1935.

Duval (P.), Bruet (L.). Pathogénie des lésions pulmonaires post-opératoires, *Acc. Chirurg.*, 24 juin 1936.

P. Duval. L'infidélité de l'azotémie normale dans les indications et le pronostic opératoire, *Soc. de Chir.*, 31 oct. 1934.

P. Duval, F.-Ch. Roux et Goiffon. Essai sur l'intoxication par les polypeptides, *Presse méd.*, 14 nov. 1934, p. 1785.

P. Duval et J.-Ch. Roux. Hyperazotémie post-opératoire, élément possible de pronostic favorable, *S. M. H.*, 22 nov. 1935, et *Soc. Chir.*, 20 nov. 1935.

R. Ferracani. Manifestations cliniques du syndrome post-opératoire, *Rev. Med. Chirurgica patologia feminina*, 4, 6 déc. 1935, p. 805.

Feriz. Le métabolisme en chirurgie, *Journ. de Chirur.*, avril 1929.

Fiessinger et Montaz. *Rev. de Chir.*, 1916, sept., p. 423.

Fiesssinger et Walter. *Soc. de Chir.*, 1928, 54 ; *Journ. de Chir.*, 28, 1928.

E.-R. Flint. Remarques sur les conditions pré-opératoires, *Lancet*, n° 5728, 10 juin 1933.

E. Flock. Effect of autolysis on phosphate compounds in liver dog, *J. Biol. Chem.*, 115, 207-218, Aug. 1936.

Garling-Palmer (R.). Physiopathologie des opérations sur le foie et les vaisseaux hépatiques, le mécanisme des accidents, *Thèse de Paris*, 1934.

Narkins (H.-N.), Harmon (P.-H.), Hudson (J.-E.). Peritonitis due to bile and to liver autolyse, *J. A. M. R.*, 107, 948-953, 19 sept. 1936.

Heusser (P.). Les échanges d'azote et de chlorure dans le stade post-opératoire, *Helvetia Med. Acta*, 3, n° 1, mai 1936, p. 155.

Helwig et Schutz. Syndrome hépato-rénal, *Surg. gyn. and obst.*, nov. 1932.

Jones (G.-M.), Eaton (F.-B.), White (J.-C.). Œdème post-opératoire expérimental, *Arch. Internal Med.*, 53, n° 5, mai 1934.

Kayser. Le métabolisme des corps créatiniques. *Thèse*, Paris, 1934.

Kingrien (O.). L'hyperglycémie post-opératoire, *Arch. für Klin. Chir.*, 48, Cahier 4, 10 mars 1931.

LEFÈBRE (F.). Contribution à l'étude de l'hyperglycémie post-opératoire, *Rev. belge Scienc. Med.*, 5, n° 1, janv. 1933.

LINO (G.). La courbe glycémique post-opératoire et sa signification biologique (Recherches cliniques et expérimentales), *An. Ital. Chirurg.*, 12, n° 12, 28 févr. 1933.

LEIBOVICI (R.), POILLEUX (F.). Des accidents urémiques compliquant les interventions abdominales. Diagnostic et traitement vomissements consécutifs à la gastro-entérectomie, *Rev. Chir.*, An. 53, n° 4, avril 1934.

LAMBRET (D.) et DRUSSENS. Action des radiations infra-rouges sur les modifications humorales post-opératoires, *Echo Méd. du Nord*, L. 7, n° 10, 7 mars 1937, p. 349.

LÉVY (M.). Désassimilation azotée post-opératoire, *Journ. Urologie*, 41, n° 2, févr. 1936, p. 112.

LARGET (M.), LAMARE (J.-P.), COURTOIS (J.) et LECOQ (R.). Réflexions à propos des morts subites post-opératoires, *Bull. Méd.*, 9 janv. 1937, n° 2.

LARGET (M.), LAMARE (P.), MEUNIER (A.), LECOQ (R.). Etude des variations humorales post-opératoires. *S. B.* 23, 1, 1937.

LA SALLE. *Revue de Chir.*, 10 juin 1914.

LIOTIER (R.). L'hyperglycémie post-opératoire chez les diabétiques, *Thèse de Marseille*, 1936.

LAMBRET. La préparation des malades à l'opération, *Congrès franç. de Chir.*, oct. 1930.

LAMBRET. Les troubles humoraux post-opératoires, *Soc. nat. de Chir.*, 22 nov. 1933.

LAMBRET et DRIESSENS. L'hyperglycémie post-opératoire, *Acad. de Chir.*, 1er août 1936.

LEFEBVRE (F.). Contribution à l'étude de l'hyperglycémie post-opératoire, *Rev. belge de Sciences méd.*, janv. 1933.

LERICHE. La maladie post-opératoire, *Soc. de Chir. de Lyon*, 8 mars 1934.

LERICHE. Des amputations, *Presse méd.*, 7 nov. 1934, *Gaz. des Hôp.*, 1934, p. 551.

LERICHE. Du moyen de réduire au minimum la maladie post-opératoire, *Rev. chirurgie*, févr. 1936.

LEGUEU, FEY et PABAZZOLI, *Acad. de Méd.*, 27 juin 1933.

LEGUEU, CHABANIER et LOBO-ONELL, *Journal des Prat.*, 28 mai 1926 ; *Journ. d'Urologie*, juillet 1933.

LEGUEU, FEY, PABAZZOLI et LEBERT. Recherches expérimentales sur l'augmentation des chlorures dans les tissus traumatisés, *Journ. méd. franç.*, déc. 1933, p. 412.

LETULLE, *Presse médicale*, 1935, n° 81.

MIRIZZI (P.-L.). La cholangeiographie dans les séquelles post-opératoires de la lithiase biliaire, *Revue sud-amér. méd. et chir.*, 4 avril 1933.

MENDELEIFF (P.). Etude sur l'action in vitro des cytoxines obtenues en partant des cellules normales et cancéreuses, *Cancer*, Bruxelles 10, 1-24, 1934.

MORTELA (G.-A.) et RUFF (G.). La polypeptidémie post-opératoire. Indice uréo-polypeptidémique du sang, *Presse méd. ang.* 24, n° 3, 20 janv. 1937, p. 157.

MAIRANO (M.). Modifications de l'azotémie et de la chlorurémie après les interventions chirurgicales sur l'abdomen, *Minerva med.* 21, n° 37, 15 sept. 1930.

MÉNÉGAUX (G.), GUILLAUMIN (Ch.-O.), PERGOLA (J.). Recherches sur les variations de quelques éléments du sang (calcium en particulier) au cours de la période post-opératoire, *Journ. Chir.* 43, n° 6, juin 1934.

MACH (R.-S.) et SCICLOUNOFF (F.). Traitement des hypochlorémies et la rechloruration pré-opératoire, *Journ. Chir.* 48, sept. 1936, p. 342.

MIRIZZI (P.-F.). Orientations nouvelles en chirurgie des voies biliaires, *Presse méd.*, 7 avril 1937, p. 533.

MARONGIU. Il comportamente dei corpi creatinici dopo le narcosi e nelle malattie del fegato et della milza, *Policlinico, Sezione Chir.*, 1926, p. 619.

MAZZACUSA. Contributo clinico sperimentale alla studio delle variazione di alcune proprieta fisico-chimiche del sangue dopo narcoso narcilamide et avertinicle, *Minerva med.* 1930, n° 6, p. 209.

MUNCIE (W.). Etats d'excitation post-opératoire, *Arch. of Neurology and Psychiatry*, 32, n° 4, oct. 1934.

MARTIN (P.-E.). De la toxicité des lipoïdes tissulaires, *Presse méd.* 1935, n° 19.

OSBORN POLAK (J.), MAZZOLA (Vincent-P.) et ZWEIBEL (L.). Valeur du sérum glucosé hypertonique dans les soins pré et post-opératoires, *Ann. Journ. Obstetrics and Gynecologys*, 22, n° 6, déc. 1931.

ORELLADORE (G.), SACERDOTE (G.). Les modifications post-opératoires à la chlorurémie, particulièrement chez les opérés d'affections digestives, *Arch. ital. delle malatie dell'aparato digerente*, 1, n° 1, oct. 1931.

PRATSICAS (A.) et KOURIAS (V.). Insuffisance rénale chez les ulcéreux de l'estomac et du duodénum (Contribution à l'étude de l'azotémie post-opératoire), *Arch. mal. app. digest. et mal. nutrition*, 22, n° 10, déc. 1932.

QUASTEL et STRÖM-OLSEN. L'administration de glucose et d'insuline dans la narcose prolongée, *Lancet*, n° 5714, 4 mars 1933.

RUSZNYAK (Sv.), KARADY (Sv.) et SZABO (D.). Traitement prophylactique des troubles circulatoires post-opératoires par l'histamine. *Arch. für Klin. Chir.* 187, 1936, p. 279.

SALMON (M.). Syndrome pâleur et hyperthermie chez les nourrissons opérés, *Arch. de méd. génér. et colon.*, 4e année, n° 1.

SAUVÉ. La préparation des malades à l'opération, *Conf. franç. de chir.*, oct. 1930.

SERNY. La glycémie et les phénomènes de choc, *Thèse de Lyon* 1933.

STEFANOVITCH, PONS (J.) et SPARFEL, *Paris méd.*, 8 oct. 1932, p. 285.

URRUTIA. Insuffisance hépatique et interventions chirurgicales, *Rev. méd. Chir. des malad. du foie, du pancréas et de la rate*, 5, n° 5, sept.-oct. 1930.

VAGUE (J.). Les hépatonéphrites aiguës. Masson, 1935.

VAGUE (J.). Le syndrome biologique des hépato-néphrites aiguës, *Science méd. part.*, 15 oct. 1935.

VAGUE (J.) et BOSCH (A.). Contribution à l'étude du phénomène anaphylactique dans la pathogénie des hépato-néphrites aiguës, Leconte, 1937, Marseille.

VAGUE (J.) et HAIMOVICI. Accidents hépato-rénaux post-opératoires, *Arch. méd. générale et colon.* 1936, n° 3, p. 81.

VARSHAVSYAYA (B.-B.) et GOLDSHTEYN (L.). Changes in morphologic composition of blood after introduction of autolysates of non irradiated and irradiated splem. tissue, *Wrasch. de lo.* 18, 409-414, 1936.

WOLFROMM. L'équilibre des acides et des bases en pratique chirurgicale, *Soc. Chir. Paris*, 7 févr. 1934.

WOLLMAN (R.). Recherches sur l'autolyse. Les autolyses spécifiques. *C. R. Acad. des Sciences*, 30 avril 1934.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas de 20 repères d'injections locales utilisables pour le traitement de la douleur rhumatismale. — Une plaquette de 44 pages éditée par les Etablissements MIDY, 67, avenue de Wagram, Paris (17e).

Les méthodes manuelles de respiration artificielle, par D. CORDIER. Un vol. de 92 pages avec 19 figures, à Paris chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain (6e). Prix : 14 fr.

Précis d'assurances sociales à l'usage des médecins, par le docteur M. EYLAUD, octobre 1936. Une plaquette de 44 pages éditée par les Etablissement Midy, 67, avenue de Wagram, à Paris (17e).

XVIe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE (1)

Paris, 8-10 juillet 1937.

LA DOULEUR

IV. — LA DOULEUR VUE PAR UN PSYCHIATRE

M. Noël Péron (Paris), rapporteur, limite son étude au diagnostic et au traitement de la douleur dans les affections nerveuses. Toute douleur comporte, en effet, l'intervention d'un élément psychique qui lui permet de s'objectiver, mais dont l'importance est des plus variables. Tantôt, en effet, le psychisme n'agit que comme élément enregistreur, tantôt il transforme l'excitation en sensation. Cette transformation pose tout le problème des réactions mentales individuelles.

1° Etat mental et examen clinique de la douleur. — a) L'*examen objectif* d'un malade qui souffre doit tenir compte de la mentalité du sujet, de ses possibilités de réactions. Même dans l'étude des troubles sensitifs objectifs, le psychisme du malade peut intervenir et rendre cette étude fort difficile. L'examen de la douleur provoquée met en œuvre un mécanisme psychologique ; l'intensité de cette douleur varie en effet de façon considérable selon les sujets. Le problème est encore plus difficile pour les douleurs viscérales provoquées.

b) *Examen subjectif de la douleur : l'interrogatoire.* — Ici, l'élément objectif fait entièrement défaut, et il faut savoir peser la valeur psychologique de la déposition douloureuse du malade. Des examens répétés permettent de dépouiller autant que possible la douleur de l'apport surajouté lié à la psychologie du malade. C'est là œuvre extrêmement délicate ; la nature des recherches et des examens à éviter ou à imposer au malade en découle.

2° Les douleurs dites psychopathiques. — Leurs limites sont fort imprécises, et bien souvent elles peuvent comporter, au moins comme point de départ, une épine organique.

a) *Douleurs hallucinatoires et paranoïaques.* — Relevant exclusivement du psychiatre, de diagnostic facile, elles imposent une thérapeutique d'abstention absolue au point de vue chirurgical. On peut en rapprocher certains délires d'interprétation.

b) *Douleurs cœnesthopathiques, hypochondriaques, obsédantes.* — Leur interprétation est fort délicate : si leur origine psychologique est méconnue, elles peuvent pousser à des traitements inutiles ou nocifs. Un lien commun les unit : le terrain psychopathique, et un fait connu les caractérise, le rôle de l'émotivité, de l'anxiété. Les cœnesthopathes présentent des sensations fixes et durables, décrites avec richesse, et conservent une activité sociale satisfaisante. Les hypochondriaques donnent dans leur description une impression de conviction, de précision qui finit par abuser le médecin ; il faut surtout se garder de cristalliser leurs idées par un geste médical précis, sous peine de voir ces malades se transformer en persécutés, persécuteurs. Les douleurs des obsédés et des psychasthéniques sont beaucoup plus rares.

c) *Douleurs pithiatiques. Hystérotraumatisme.* — Elles sont particulièrement fréquentes et peuvent porter à de grossières erreurs de diagnostic et de traitement. Elles semblent conditionnées par un facteur psychique inconscient.

Les anesthésies hystériques, par leur caractère global et leur topographie atypique, sont de diagnostic relativement facile.

Les accidents douloureux sont beaucoup plus graves. Ils s'accompagnent de tendances revendicatrices et se compliquent, du fait de l'immobilisation du membre malade, de troubles trophiques de nature organique. La thérapeutique de ces cas est fort difficile et devra être extrêmement prudente ; il faut le plus souvent s'abstenir de la contre-suggestion énergique. L'hystérie viscérale ne doit être affirmée qu'avec prudence ; elle est rapidement améliorée par les méthodes classiques.

3° Douleurs et toxicomanies. — L'usage prolongé des sédatifs fait souvent des algiques des toxicomanes. Cet état surajouté modifie les caractères de la douleur à laquelle s'ajoute l'angoisse si spéciale de l'état de besoin. Chez de tels malades, une cure de désintoxication doit précéder toute thérapeutique active.

4° Retentissement des douleurs sur l'état mental. — Il indiscutable et aboutit tantôt à un reploiement du malade sur lui-même, tantôt au contraire à une augmentation de l'activité, tantôt même à des réactions pouvant aller jusqu'au suicide.

5° Données psychiatriques du traitement de la douleur. — L'établissement des indications thérapeutiques, et notamment des indications chirurgicales, nécessite une étude psychiatrique préalable qui permettra d'éliminer certains malades chez lesquels l'intervention serait inutile ou même nocive. Le facteur mental de la thérapeutique de la douleur paraît considérable.

V. — DIAGNOSTIC DE LA REALITE DE LA DOULEUR CONSIDERATIONS MEDICO-LEGALES

MM. O. Crouzon et Henri Desoille, rapporteurs, précisent la valeur respective des signes permettant de croire que la douleur alléguée par un sujet est réelle.

I. — **Diagnostic positif : les sensations douloureuses et les signes qui les accompagnent.** A. **Valeur de la description que le sujet donne de la sensation douloureuse qu'il éprouve.** — Toutes les sensations douloureuses ne sont pas de même type, et même certaines maladies donnent naissance à des douleurs dont la modalité est assez caractéristique. Il faut donc faire préciser les caractères de la douleur ressentie, mais l'*interrogatoire* doit être mené de façon correcte, en évitant de fournir soi-même des indications. Si nécessaire, on fait préciser certains détails, mais il faut savoir reconnaître le sujet de mauvaise foi, dont la description devient de plus en plus précise à mesure qu'on lui en fournit les éléments. On peut alors l'amener à des déclarations contradictoires et reconnaître la fraude. Certaines manœuvres précisent le siège de la douleur.

Valeur séméiologique. — La description ne doit pas être en contradiction avec ce que révélera la recherche des autres signes de la maladie. Mais un sujet peut avoir réellement souffert, ne plus souffrir et donner une description correcte. Il faut donc chercher des signes objectifs.

B. **Valeur des signes locaux associés indiquant une lésion.** — Les signes locaux prouvent l'existence d'une lésion et donnent du poids aux déclarations du sujet. Les auteurs précisent dans quelle mesure ces signes indiquent soit un processus habituellement douloureux, soit du moins un processus irritatif ou évolutif. L'abolition des réflexes tendineux, une paralysie, une atrophie musculaire peuvent n'être que des cicatrices. La contracture de défense, les attitudes antalgiques ont plus de valeur, de même que la surexcitabilité mécanique des muscles.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1937, n° 76, p. 1197.

L'exploration du sympathique permet souvent d'affirmer l'existence d'un processus irritatif et d'en inférer que ce processus irrite aussi les fibres sensitives.

Il en est de même des signes locaux d'inflammation.

L'examen électrique est important, surtout en mesurant les chronaxies et notamment des chronaxies sensitives : une lésion évolutive provoque par répercussion des modifications de chronaxie du côté sain.

C. **Valeur de réactions générales de l'organisme lors d'une sensation douloureuse.** — *Mimique.* — Elle est diverse suivant les sujets. Une mimique a cependant une valeur objective : c'est l'*oméga douloureux* (où les têtes des sourcils se rapprochent et se relèvent), fréquente chez les gens qui souffrent, mais peu connue et difficile à reproduire volontairement. Elle n'est pourtant pas pathognomonique.

Dilatation pupillaire. — Ce signe, assez fréquent, peut donner lieu à des erreurs d'interprétation.

Sécrétion-métabolisme. — L'hyperadrénalinémie, l'hyperglycémie, la chute du *p*H urinaire, etc., ont un intérêt plus physiologique que diagnostique. Une émotion quelconque peut d'ailleurs agir dans le même sens.

La *tachycardie* n'a qu'une faible signification parce qu'une émotion peut provoquer une réaction analogue. L'enregistrement d'une élévation de la *tension artérielle* est plus précise. Les modifications du *rythme respiratoire* sont inconstantes et irrégulières.

La *chronaxie* locale augmente lorsque l'on provoque un mouvement douloureux.

D. **Importance comparée de ces différents ordres de symptômes.** — Les relations générales (tachycardie, mydriase, etc.) ont, dans l'ensemble, peu de valeur ou bien sont compliquées et difficiles à vérifier dans la pratique courante. Elles ont moins d'utilité que les signes objectifs associés, indiquant une lésion et permettant de porter un diagnostic exact. C'est de la précision de ce diagnostic étiologique et lésionnel qu'en pratique dépend l'opinion que l'on se fera de la réalité de la douleur. Mais il faut se mettre à l'abri de toute cause d'erreur et savoir dépister la simulation.

II. — **Diagnostic différentiel Moyens de reconnaître la simulation.**

Les auteurs passent en revue les nombreux procédés, les pièges employés par les médecins légistes pour déceler la simulation de la douleur ou la simulation des signes locaux associés.

III. — **Application pratique des notions précédentes aux divers cas cliniques.**

Quelques exemples montrent comment poser le diagnostic de la réalité de la douleur.

L'*angine de poitrine* est un syndrome essentiellement subjectif : le diagnostic se fonde sur deux éléments : caractère même de la douleur et recherche de la cause dans l'état du cœur et de l'aorte.

La *douleur d'un névrome d'amputation* est très spéciale, mais une simulation bien faite serait difficile à dépister. On tiendrait compte, le cas échéant, de la façon dont un appareil orthopédique appuie habituellement sur le point prétendu douloureux.

Troubles physiopathiques, contractures douloureuses. — Au début, le diagnostic de la réalité de la douleur se confond avec celui de la réalité de la contracture. Puis vient l'expertise. Les douleurs peuvent avoir disparu à ce moment, aussi, parmi les signes objectifs, O. Crouzon et Henri Desoille distinguent-ils ceux qui ne sont que des séquelles mécaniques non douloureuses (ankyloses, rétractions tendineuses) et ceux (troubles thermiques, sudoraux, etc.) qui indiquent un processus irritatif qui peut être douloureux, etc.

IV. — **L'expertise médico-légale. Indemnisation de la douleur.**

La plupart du temps, l'examen du blessé et l'étude du dossier permettent facilement un diagnostic.

Mais il est des expertises délicates. Ce sont celles où le phénomène douloureux peut, à lui seul, entraîner un taux notable d'incapacité se traduisant parfois par une indemnité très élevée (sciatique chez une danseuse, etc.) et pour lequel ni l'examen clinique habituel, ni l'anamnèse ne permettent ni d'accepter ni de rejeter les déclarations de l'intéressé. C'est alors qu'on doit mettre en œuvre tous les moyens : thermométrie locale, mesure des chronaxies, enregistrement de la tension artérielle.

Les rapporteurs envisagent ensuite les *différentes procédures d'indemnisation* (accidents de travail, droit commun, pension militaire, etc.), ils précisent ce qu'on entend par le *Pretium doloris* et rappellent que la *sinistrose* ne doit, en principe, pas être indemnisée.

VI. — THERAPEUTIQUE DE LA DOULEUR

A. Neurochirurgie de la douleur.

M. R. Leriche (Strasbourg), rapporteur, borne son étude aux douleurs périphériques.

1° Vues générales sur le traitement chirurgical des douleurs périphériques par les neurotomies sensitives. — a) *Neurotomies et neurectomies périphériques.* — Il faut mettre dans la même case neurotomies, neurectomies et arrachements. Ces interventions échouent habituellement, tout au moins à longue distance. C'est vrai pour la section des racines périphériques du trijumeau, dont le résultat est, de l'avis unanime, toujours temporaire, comme pour la section des nerfs spinaux. La fréquence des douleurs tardives chez les amputés en est une démonstration. On peut observer, chez eux, une chaleur à l'extrémité du membre absent, une douleur du moignon, plus diffuse, une grande hyperesthésie diffuse du membre. Les deux premières disparaissent par infiltration locale de novocaïne ; on ne peut les faire disparaître que par des interventions sur le sympathique ; elles sont donc provoquées par un réflexe dont l'irritation est au niveau du neurogliome et dont la partie motrice est sympathique. La grande hyperesthésie semble également due à un réflexe vaso-moteur à point de départ au niveau du neurogliome. Le neurogliome peut être également à l'origine de réflexes végétatifs à distance (crise angineuse, crise d'asthme). L'amputation d'un membre, l'ablation d'un organe pour douleur ne sont jamais des thérapeutiques efficaces de la douleur ; de même les sections nerveuses, du fait de la formation fatale du neurogliome sur le bout supérieur du nerf sectionné, sont des opérations illogiques.

Le bout périphérique du nerf sectionné peut lui aussi intervenir dans la genèse de certains syndromes douloureux.

b) *Sections radiculaires.* — Les *radicotomies postérieures* n'ont pas paru donner au rapporteur de résultats durables. La *neurotomie rétrogassérienne* est, au contraire, une opération admirable qui guérit dans 80 à 85 p. 100 des cas : sur 196 interventions, le rapporteur ne compte que 6 récidives, dont 4 ont pu être réopérées avec un seul échec. Il reste fidèle pour cette intervention à la méthode de Frazier. La section intracranienne du glosso-pharyngien n'est pas aussi efficace.

c) *Sections médullaires.* — La seule actuellement employée est la cordotomie. L'auteur l'a cependant complètement abandonnée à cause des douleurs en ceinture qui peu-

vent la suivre, des troubles urinaires, de fréquents insuccès, de la disparition de l'analgésie chez les malades qui survivent suffisamment longtemps. Il pense que la section médiane de la commissure postérieure, qu'il a tentée, ainsi que Putmann, avec succès, n'aurait pas les mêmes inconvénients.

De toute cette étude, le rapporteur conclut à la non-efficacité, sauf le cas de la neurotomie rétrogassérienne, des sections nerveuses et à la supériorité des opérations sur le sympathique.

2° Conditions d'apparition et d'entretien de la douleur. — Le rapporteur a tiré d'une étude clinique et expérimentale de la douleur une série de conclusions. Il souligne la différence entre la douleur de laboratoire et la douleur-maladie qui n'est qu'une modalité affective du tact. Les fibres douloureuses ne sont peut-être telles que parce qu'elles aboutissent à des centres mieux éduqués. Bien souvent la douleur n'est qu'un fait purement fonctionnel, influençable par le facteur psychique et surtout par la vaso-motricité ; elle est essentiellement liée à la vaso-constriction. L'action élective de l'infiltration du sympathique témoigne de l'importance de ce facteur vaso-moteur que d'ailleurs la douleur elle-même tend à recréer par un véritable cercle vicieux. La douleur viscérale n'est pas une illusion, et le dogme de la sensibilité référée doit être revisé. Le facteur humoral est essentiel.

3° Indications des méthodes sympathiques. — a) *Infiltration de la chaîne sympathique.* — Alors que théoriquement cette action devrait être très temporaire, elle se prolonge habituellement quatre ou cinq heures et parfois jusqu'à plusieurs mois. La durée de la sédation augmente avec le nombre des infiltrations.

Inefficace chez les simulateurs et les pithiatiques, cette méthode donne souvent d'excellents résultats dans les algies ascendantes post-traumatiques, les contusions des nerfs, les douleurs des amputés, les douleurs post-hémiplégiques, les états douloureux liés à des syndromes de vaso-constriction (et en particulier certaines crampes des mollets), les angineux, certaines douleurs post-traumatiques. Elle est sans intérêt dans les douleurs des cancéreux, des tabétiques, dans les névralgies du trijumeau, les sympathalgies faciales, les douleurs post-zostériennes.

c) *Sympathectomie artérielle.* — Elle garde comme indications la maladie de Raynaud chez les jeunes filles, les douleurs dans les artérites séniles non oblitérantes, les moignons douloureux avec œdème et troubles trophiques, les douleurs des radiodermites, les syndromes douloureux post-traumatiques (et en particulier l'ostéoporose algique), la causalgie. Elle échoue dans les algies diffusantes post-traumatiques.

d) *Artériectomie.* — Elle doit remplacer la sympathectomie toutes les fois que l'artère est oblitérée.

e) *Ramisections et gangliectomies.* — Elles ont pour objet de couper les voies vaso-constrictives et d'instaurer un régime périphérique de vaso-dilatation active. Elles suppriment également les centres réflexes d'activité toxique. Il est bon, pour juger de leur efficacité, de les faire procéder d'une infiltration. Elles sont indiquées dans les algies diffusantes traumatiques du membre supérieur, la causalgie après échec de la sympathectomie, le tabes, l'algie post-zostérienne, les amputés après échec de l'infiltration, la thromboangéite oblitérante, certains cas d'angine de poitrine.

Dans les blessures anciennes des nerfs, la seule méthode efficace est la résection des deux bouts et le rétablissement de la continuité par greffe. Dans les arrachements traumatiques du plexus brachial, rien ne réussit ; la seule thérapeutique efficace est la suture aussitôt après l'accident ; il en est de même dans les blessures radiculo-médullaires.

Dans les douleurs viscérales, les opérations sympathiques peuvent beaucoup, mais leurs médiations sont difficiles à poser. Dans les douleurs pelviennes et gynécologiques, la section du nerf présacré est particulièrement efficace ; dans les douleurs rénales, l'ablation du ganglion aortico-rénal, l'énervation peuvent agir ; dans les douleurs pelviennes des cancéreux inopérables, le rapporteur conseille la section des deux chaînes lombaires avec section du nerf présacré.

En conclusion, le rapporteur souligne le caractère individuel de la douleur ; sa chirurgie doit être une chirurgie à visée fonctionnelle bien plus qu'une chirurgie anatomique, ayant pour but la section des voies de conduction centripètes.

B. — La rœntgenthérapie de la douleur

MM. J. Haguenau et L. Gally, rapporteurs, posent en principe tout d'abord qu'il est impossible sur ce sujet d'apporter des affirmations et des doctrines, et que leur travail est un simple canevas de discussion.

Ils éliminent ce qui a trait aux douleurs des affections cancéreuses, des affections aiguës inflammatoires, du syndrome d'hypertension cranienne. L'effet souvent héroïque des rayons X sur ces douleurs relève d'un mode d'action spécial et particulier à chacune d'elles. *Ils envisagent, au contraire, l'action des rayons X, d'une part sur les algies « essentielles »* (où la douleur paraît constituer, à elle seule, toute la maladie), *d'autre part sur les affections où la douleur, tout en étant secondaire à des lésions définies, domine par son intensité tout le problème thérapeutique* (zona, affections rhumatismales, etc.).

Après avoir rapidement envisagé les questions préalables suivantes : la rœntgenthérapie est-elle une arme utile contre la douleur ? N'a-t-elle pas un effet purement psychothérapique ? Ils étudient successivement le mode d'action de la rœntgenthérapie sur la douleur, la technique de la rœntgenthérapie, les résultats de ce traitement.

I. **L'action antalgique** est envisagée successivement dans ses différentes modalités possibles.

Les rayons X exerceraient-ils un effet antalgique par leur action directe sur les nerfs et les centres nerveux cérébro-spinaux ? Successivement, on a recherché l'explication de cet effet antalgique par :

1° Action sur les récepteurs périphériques de la sensibilité, directement ou indirectement (par modifications de l'état chimique ou de la vaso-motricité locale) ;

2° Action sur les cordons nerveux radiculaires ou tronculaires, qui n'est prouvée ni histologiquement, ni par les tests physiologiques. A ce propos, les auteurs indiquent que la rœntgenthérapie ne modifie guère les chronaxies sensitives ;

3° Action sur les centres nerveux du système cérébro-spinal, qui n'a jamais fait sa preuve, ni par l'étude morphologique, ni par l'étude physiologique.

L'effet antalgique des rayons X serait-il expliqué par leur action sur le système nerveux sympathique ? Cela n'apparaît pas non plus d'une façon précise, ni par l'intermédiaire de lésions des éléments nerveux sympathiques, ni par l'action sur le système vasculo-sympathique ou sympathico-endocrinien. C'est surtout par l'intermédiaire du système vaso-moteur qu'on pourrait concevoir l'effet antalgique de l'irradiation sympathique.

L'effet antalgique des rayons X, rapporté par quelques auteurs à leur action sur le tégument, relèverait-il d'une modification de certains métabolismes ?

Successivement, les auteurs étudient les modifications humorales décelées par l'examen du sang à la suite des irradiations et concluent qu'aucune d'elles n'explique l'effet antalgique. Le rôle des modifications humorales locales

leur paraît plus important ; elles sont infiniment nombreuses et extrêmement peu connues.

II. Entre les diverses techniques d'application proposées qui d'ailleurs, d'après leurs promoteurs, seraient toutes efficaces, les auteurs indiquent leur préférence pour *les rayons ultra-pénétrants très filtrés, pour les portes d'entrée larges, la détermination très précise des zones à irradier, le rapprochement des séances pour arriver assez vite à une dose globale d'une certaine importance.*

En ce qui concerne la *longueur d'onde*, ils estiment qu'il n'est pas possible actuellement d'accorder à telle longueur une action plus strictement spécifique sur l'élément douloureux. Cependant, ils préfèrent s'adresser aux rayons ultra-pénétrants : ils estiment, d'une part, que ces rayons peuvent être efficaces dans des cas où des rayons semi-pénétrants ne l'ont pas été ; d'autre part, avec la technique préconisée, ils n'ont jamais constaté d'effets nocifs ni sur la peau, ni sur les viscères, ni sur les glandes endocrines, ni sur les yeux ; les réactions générales ne leur semblent pas plus fréquentes, non plus que les réactivations douloureuses.

En ce qui concerne les *doses*, ils admettent que des résultats antalgiques peuvent être obtenus avec des doses faibles. Cependant, ils estiment qu'en cas d'échec il ne faut pas hésiter à augmenter les doses et qu'on ne donne pas aux malades toutes les chances de bénéficier de la rœntgenthérapie *si l'on ne tente pas d'administrer une dose notable.*

En ce qui concerne les *portes d'entrée*, ils considèrent qu'elles doivent être toujours *électives* et que c'est le mauvais choix de la porte d'entrée qui, souvent, explique l'inefficacité de la rœntgenthérapie. *L'irradiation est pour eux une thérapeutique locale.* Les portes d'entrée doivent être précises, *larges* et, pour les algies « essentielles », presque toujours *hautes*, rachidiennes.

III. Après avoir indiqué combien il est difficile de faire des comparaisons précises entre les diverses statistiques, les auteurs étudient les indications de la rœntgenthérapie. Ils ne traitent par les rayons X que les algies tenaces et ayant tendance à la chronicité. Ils précisent que ce traitement s'adresse surtout aux algies « essentielles » ; mais l'existence de certaines malformations osseuses (productions ostéophytiques, lésions dites rhumatismales de la colonne vertébrale ou des articulations) ne constitue pas une contre-indication à la rœntgenthérapie. Bien mieux, il est une série d'affections où la douleur, loin d'être « essentielle », reste sous la dépendance de lésions certaines, connues, et où l'emploi des rayons X ne laisse pas pourtant que d'avoir une action analgésiante.

Après rappel des statistiques des divers auteurs, les rapporteurs précisent leurs résultats. Dans la *sciatique*, ils ne préconisent la rœntgenthérapie que dans les cas tendant à la chronicité. C'est pour s'être adressés seulement à des cas rebelles qu'ils n'annoncent, sur leurs 44 derniers cas, que 24 guérisons contre 9 améliorations et 11 échecs.

Névralgie cervico-brachiale invétérée : 7 guérisons, 6 améliorations, 3 échecs.

Dans la *névralgie du trijumeau*, leur expérience s'oppose à celle de la plupart des auteurs ; ils estiment que les résultats ne sont que médiocres, irréguliers et que cette affection ne relève encore à l'heure actuelle que des injections neurolytiques et de la radicotomie.

Dans les *sympathalgies faciales vraies*, sans aucune participation dentaire, sinusienne, etc., ils annoncent 7 guérisons, 5 améliorations, 4 échecs. Les résultats sont d'autant meilleurs que le traitement est établi d'une façon précoce.

Dans les *sympathalgies pelviennes*, leurs 4 cas traités ont été suivis d'échec.

Dans 5 cas de *causalgies des membres*, ils annoncent 2 guérisons, 1 amélioration, 2 échecs.

Les auteurs insistent ensuite sur l'action particulièrement antalgique dans les diverses variétés de *douleurs osseuses*, qu'il s'agisse de douleurs consécutives à des fractures, des luxations, des trépanations, des interventions endonasales et dentaires ; sur 14 cas, ils rapportent 6 guérisons, 6 améliorations considérables, 2 échecs.

Ils indiquent aussi que la rœntgenthérapie est efficace contre la *talalgie*, les douleurs des *ostéomyélites subaiguës infectieuses*, de la *maladie de Paget*, de l'*ostéomalacie vertébrale*, des *ostéites condensantes bénignes.*

Pour la thérapeutique des algies du *zona*, ils se rattachent à la technique des irradiations extrêmement précoces, appliquées *au cours même de l'éruption*, avec double porte d'entrée, l'une au niveau de la zone d'éruption, l'autre dans la région rachidienne. Sur 35 cas, ils ont eu 25 guérisons, 4 améliorations et 6 échecs ; ces 6 insuccès avaient trait à des malades soignés tardivement.

Dans les douleurs du *tabes*, la rœntgenthérapie paraît peu active.

Voici la statistique des auteurs en ce qui concerne les affections suivantes : *algies vertébrales sans lésions radiologiques :* 20 guérisons, 18 améliorations, 16 échecs. *Rhumatisme vertébral avec signes cliniques et radiologiques :* 16 améliorations, 13 échecs. *Coxarthrie :* 54 améliorations, 40 échecs. Ils signalent enfin l'action efficace de la rœntgenthérapie sur certains *rhumatismes localisés du poignet, du coude et du genou*, et de la *télérœntgenthérapie* dans certains cas de *rhumatisme poly-articulaire.*

JEAN LEREBOULLET.

LIVRES NOUVEAUX

Les sérums de convalescents. Leur emploi dans la prophylaxie et le traitement des maladies infectieuses (poliomyélite, rougeole, scarlatine, etc.), par A. STILLMUNKÈS, médecin des hôpitaux de Toulouse, directeur du Centre de transfusion et de sérothérapie des maladies infectieuses (1).

La thérapeutique des maladies infectieuses est de plus en plus orientée vers la sérothérapie spécifique. Nombreux sont les sérums d'origine animale qui, après les sérums antidiphtérique et antitétanique, sont venus enrichir l'arsenal des médications biologiques.

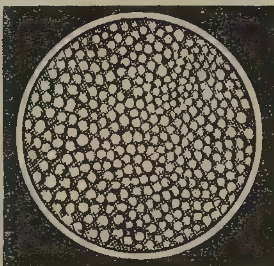
Depuis quelques années on assiste à une évolution intéressante sur la valeur prophylactique ou thérapeutique des sérums de convalescents. Ceux-ci ne proviennent plus des animaux, l'homme en est le seul dépositaire et il en sera ainsi tant que le laboratoire restera incapable de reproduire expérimentalement la maladie.

Le champ des applications de la sérothérapie s'est augmenté des acquisitions relatives à l'utilisation des sérums humains. Aucun accident n'est à redouter quand on les emploie : les résultats sont en tous points excellents.

Les sérums de convalescents ont été l'objet d'un grand nombre de publications, mais jusqu'ici aucun travail d'ensemble n'avait réalisé la synthèse de ces notions.

Le docteur A. Stillmunkès a estimé qu'il était intéressant et utile de faire cette mise au point ; il était d'ailleurs particulièrement qualifié pour la faire. Il a réalisé sa tâche sous une forme élégante et accessible aux étudiants et aux praticiens : chacun peut y trouver les notions théoriques ou pratiques qui lui sont nécessaires.

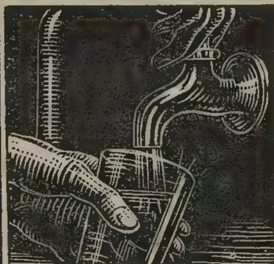
(1) Un volume in-8° de 172 pages. Prix : 32 fr. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8 place de l'Odéon, Paris.



Goutte de Loraga dans laquelle on se rend compte de la ténuité et de la régularité des globules d'huile de paraffine, constituant une véritable émulsion très homogène.

LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine

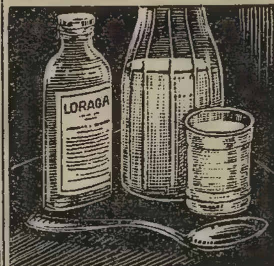


Pour les malades aimant absorber leur medicament dans de l'eau : une cuillerée à soupe de Loraga dans un verre, ajouter de l'eau et boire le tout.

Régulateur physiologique de l'intestin

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

INDICATIONS : Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.



Pour les enfants qui répugnent, par principe, à prendre des médicaments : une ou deux cuillerées à café dans du lait.

TOLÉRANCE PARFAITE - AUCUNE ACTION SECONDAIRE
PAS D'ACCOUTUMANCE NI DE SUINTEMENT HUILEUX

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS



"Une émulsion doit couler aisément", dit le bon pharmacien. Le Loraga satisfait à cette exigence sous tous les climats.

LABORATOIRES SUBSTANTIA
M. GUÉROULT, Pharmacien
13, Rue Pagès
SURESNES (Seine)





Urgences de chirurgie. Tableaux cliniques, conduite à tenir, par Louis Dambrin, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Toulouse (1).

Etre utile, montrer à l'étudiant et au jeune praticien ce qu'il faut faire sans retard, en présence d'une « urgence de chirurgie », tel est le but que l'auteur s'est proposé et qu'il a pleinement atteint.

Dans une forme brève, condensée, les principales « urgences de chirurgie » sont abordées suivant un plan très pratique, allant du *tableau clinique* à la *conduite à tenir*.

Une fois donnés, s'il y a lieu, les soins d'extrême urgence, une fois dégagées les particularités cliniques et posé le diagnostic, la question est de savoir, pour chaque cas, s'il faut opérer ou temporiser. C'est là le thème principal du livre, que l'auteur a traité chaque fois avec la précision, la variété et le goût de l'essentiel qui sont sa marque.

S'aidant de toutes les ressources de la typographie, il a su donner à son texte une allure synoptique qui permettra au lecteur d'embrasser en un instant toute la matière d'un chapitre.

L'illustration, entièrement originale, très riche et très ingénieuse, ajoute encore à la clarté de ce livre qui sera pour l'étudiant un guide sûr, pour le praticien (chirurgien ou non) un aide-mémoire toujours consulté avec fruit et qui, comme l'écrit le professeur Miginiac dans sa préface, « leur permettra de ne pas perdre des heures précieuses avant de demander un secours chirurgical ».

Périodes de fécondité et de stérilité chez la femme, par H. Vignes, professeur agrégé à la Faculté de médecine, accoucheur des hôpitaux de Paris, et M. Robey, interne des hôpitaux de Paris (2).

La question de l'existence de périodes de fécondité et de périodes de stérilité physiologique est et a été l'objet de multiples controverses depuis les travaux d'Ogino et de Knaus. On sait en effet que deux théories se partagent la faveur des physiologistes et des gynécologues : l'une affirme la rigueur de la délimitation entre la période de fécondité et les périodes de stérilité physiologique, l'autre admet au contraire la possibilité de la fécondation à chaque jour du mois menstruel, et c'est à un exposé impartial et détaillé de leurs arguments respectifs que se sont livrés ces auteurs.

Brièveté extrême de la vie de l'ovule, limitation du pouvoir fécondant du spermatozoïde à un nombre restreint de jours, rapport étroit de la fécondation avec l'ovulation de ce fait, fixité de la date de l'ovulation, telles sont les bases principales de la loi d'Ogino et de Knaus, que viennent étayer des preuves nombreuses. Mais les objections d'ordre clinique, biologique, expérimental et anatomique n'en restent pas moins sérieuses et il devient dès lors difficile de déduire la conduite à tenir vis-à-vis d'un problème dont l'intérêt, tant théorique pour la connaissance de la physiologie sexuelle, que pratique dans les cas de fécondation de femmes stériles, ou à l'opposé, de prophylaxie anticonceptionnelle pour cause médicale ou pour tout autre motif, n'est pas à rappeler.

MM. Vignes et Robey montrent la façon dont il faut interpréter ces faits, donnent l'exemple de l'esprit critique avec lequel il faut les accueillir et dégagent la conclusion qu'autorisent leur expérience pratique et leurs nombreux travaux sur la physiologie de la femme. La loi, exacte en principe, n'est pas absolue, et il est nécessaire d'étudier chaque cas individuel avec méthode et attention. Elle paraît d'une application d'autant plus délicate qu'il n'y a pas de critère permettant de dire qu'une femme est dans la norme ou dans l'exception.

(1) Un volume in-8° de 140 pages. Prix : 37 fr. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris.

(2) Un volume de 88 pages. Prix : 14 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ACTION DIURÉTIQUE DES GLUCOSIDES DE L'ADONIS VERNALIS

d'après le docteur R. Lutembacher (1)

L'auteur passe en revue les études si intéressantes faites jusqu'ici par de nombreux cliniciens et en particulier par L.-J. et F. Mercier sur les principes actifs de l'adonis vernalis et principalement sur le complexe glucosidique formé de deux fractions : une fraction hydrosoluble, l'adonidoside, constituant les trois cinquièmes du complexe, et une fraction hydroinsoluble, l'adonivernoside, deux cinquièmes du complexe. Comme il le montre, l'adonidoside peut être rangé parmi les glucosides à action indirecte, tandis que l'adonivernoside provoque à dose faible une augmentation précoce et intense de la diurèse, qui débute cinq minutes après l'injection.

L'Adoverne représente l'association des deux glucosides de l'adonis vernalis dans la même proportion que dans la plante : 3 parties d'adonidoside pour 2 parties d'adonivernoside ; l'association de ces deux glucosides permet de réaliser une synergie médicamenteuse très intéressante, car, dans l'Adoverne, chaque glucoside apporte un correctif heureux aux propriétés insuffisantes de l'autre ; comme la toxicité de l'Adoverne est très faible, pour ainsi dire nulle, et comme d'autre part, il a une grande fixité d'action (Lutembacher, Jansen, Hippe, Schoen, Mouquin, Müller, etc.), il est indiqué dans le traitement de l'insuffisance cardiaque avec arythmie complète et tachyarythmie ventriculaire ; c'est le cas des cardiopathies mitrales, dans lesquelles il faut administrer un médicament qui ne ralentisse pas trop le rythme, ce qui pourrait avoir comme corollaire la dilatation aiguë du cœur ; l'Adoverne est alors le médicament de choix, son action sur la contractilité est intense, alors que l'effet bradycardique n'est pas trop marqué et que sa rapidité d'élimination empêche la production de phénomènes cumulatifs. Chez les malades porteurs de lésions mitrales, l'Adoverne produit une diurèse abondante avec disparition des œdèmes et de la stase. Dans les accidents aigus d'insuffisance ventriculaire gauche avec violentes crises de dyspnée, consécutives aux aortites, hypertensions artérielles, myocardites, œdème pulmonaire, etc..., l'Adoverne est, après la saignée et l'injection intra-veineuse d'ouabaïne qui s'imposent, le médicament le plus indiqué par ses effets neurosédatifs, eupnéiques, cardiotoniques et diurétiques. L'Adoverne est également le médicament de choix chez les myocardiques arythmiques anxieux, chez les obèses avec dégénérescence du cœur, chez les infectés en état de précollapsus, chez les hydropiques et les *cardio-rénaux*. L'Adoverne, enfin, diminue les œdèmes et, secondairement, l'ascite des cirrhotiques. En résumé, l'Adoverne est capable de suppléer, de continuer ou même de remplacer l'action de la digitale ; c'est, d'après le professeur Fernand Mercier, un « médicament digitalique de remplacement digne de figurer dans les « grands médicaments cardiaques », où sa place se trouve entre la digitaline et l'ouabaïne ». D'autre part, il n'est pas inutile de faire remarquer que l'Adoverne est un cardiotonique diurétique excessivement maniable, qui peut être employé, avec sécurité, même chez les vieillards et les enfants.

(1) *Bulletin médical*, Paris, 22 août 1936.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 78.— MERCREDI 29 SEPTEMBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — Le jury est provisoirement composé de MM. de Sèze, Etienne Bernard, Chiray, Armand-Delille, Lévy-Valensi, Duvoir, Comte, Meillère, Velter, Maurice Chevassu, Charles Lenormant, Quénu, Heitz-Boyer, Robineau et Séguy.

MM. Chiray et Lenormant ont déjà fait connaître leur acceptation.

Université de Paris. — M. le professeur Gustave Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, est nommé recteur de l'Académie de Paris, en remplacement de M. Charléty, nommé recteur honoraire.

Faculté de médecine de Paris. — Le docteur O. Crouzon, médecin de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine, est nommé professeur à la Faculté de médecine de Paris, à la chaire d'assistance médico-sociale (budget de l'Université, chaire créée.)

Travaux pratiques de physique, série supplémentaire. — Une série supplémentaire de travaux pratiques de physique aura lieu à partir du *jeudi 7 octobre* 1937, à 13 h. 1/2. A cette série pourront s'inscrire : 1° les étudiants, dont les travaux pratiques réglementaires n'ont pu être validés pour une raison quelconque ; 2° dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en physique avant la session d'examens d'octobre-novembre 1937. Les élèves inscrits devront verser un droit de 150 francs.

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (Guichet N° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 h. à 16 heures.

Rectificatif à la liste des Prix de la Faculté pour 1937. — Prix Lacaze : 25.000 francs : Récompense du meilleur ouvrage sur la fièvre typhoïde.

Faculté de Bordeaux. — MM. les professeurs Bégouin, Dupouy, Sabrazès et Sigalas sont nommés professeurs honoraires.

Faculté de Montpellier. — MM. les professeurs Bosc, Vires, Villard et Cabanes sont nommés professeurs honoraires.

Faculté de Nancy. — MM. Frœlich, Hoche et Lambert sont nommés professeurs honoraires.

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. — *Officier :* M. Ch. Bonnet (de Paris).

Ministère de la Santé publique. — Un poste de médecin chef de service est vacant à l'hôpital psychiatrique autonome d'Armentières (Nord), par suite du départ de M. le docteur Tarbouriech.

— Le *Journal officiel* du 21 septembre publie une circulaire relative à la protection de l'enfance.

Guerre. — *Ecole du Service de santé militaire.* — Concours spécial d'admission ouvert en 1937 aux étudiants en médecine titulaires de vingt inscriptions. — Liste, par ordre alphabétique, des candidats admis à subir les épreuves définitives : MM. Durand, Gaslonde, Guiraud, Ravelonanozy, de Verbizier.

Guerre. — Le *Journal officiel* du 23 septembre publie une liste de médecins auxiliaires, titulaires ou non du brevet de P.M.S., nommés au grade de médecin sous-lieutenant.

Marine. — Les étudiants en médecine et en pharmacie, dont les noms suivent, ont été nommés élèves du service de santé de la marine à la suite du concours de 1937 :

A. — Ligne médicale : Darrasse, Le Bas, Autheman, Barroux, Goasguen, Dubourg, Mathe, Georgelin, Zuccarelli, Ramanantsoa, Le Gall, Bouvet de La Maisonneuve, L'Hermitte, Guizol, Sine, Waquet, Bouhier, Cassou, Lacouture-Dugue, Gala, Escolivet, Huraux, Lorcy, Klefstad-Sillonville, Doucet, Mourgues, Genet, Rouayrenc, Bouchère, Mouraud, Brumpt, Varon, Rosat, Grandbarbe, O'Connor, Vuillet, Bernot, Carli, Guyader, Cheval, Trouillot, Vallino, Amouroux, Dechazal, Poher, Blache, Palanque, Daveau, Autric, Kerjan, Catala, Bars, Bellon-Serre, Doche de Laquintane, Coirre, Heyraud, Ledan, Dutour, Bouexel.

B. — Ligne pharmaceutique et chimique. — Badre, Le Moniès de Sagazan, Carnet, Flandrin, Duclos, Risgallah, Bouquet, Merland, Breteau.

L'hommage au docteur Siredey. — On nous informe que la date de la remise du volume offert en *hommage au docteur Armand Siredey* a été fixée au 17 octobre 1937, à 10 heures, à l'hôpital Saint-Antoine (amphithéâtre Hayem).

Les amis et admirateurs du docteur Armand Siredey pourront apposer leur signature sur des feuillets qui seront joints à l'exemplaire personnel du docteur Siredey. Ces feuillets sont d'ores et déjà à leur disposition aux Editions Doin, 8, place de l'Odéon.

Journée internationale du rhumatisme (Paris, 9 octobre 1937). — La séance clinique à l'Hôpital Saint-Antoine (10 heures précises), dans le service de M. le professeur Loeper, sera consacrée à la maladie de Chauffard-Still.

Professeur agrégé A. Lemaire et Mme Brouet-Sainton. — Considérations cliniques, radiologiques et pathogéniques à propos de la maladie de Chauffard-Still.

Docteur Clément, médecin des hôpitaux. — La maladie de Chauffard-Still chez l'enfant.

Docteur J. Patel, chirurgien des hôpitaux. — Maladie de Chauffard-Still et splénectomie.

Professeur Maurice Villaret, A. Bergeret, J. Justin-Besançon et A. Rubens-Duval. — Présentation d'une malade atteinte de polyarthrite chronique d'allure infectieuse et splénectomisée en juin 1937.

(Voir pour le programme général, *Gazette des Hôpitaux*, 1937, n° 69, p. 1094.)

COURS ET CONFÉRENCES

Conférences de psychiatrie. — Le docteur Henri Ey, ancien chef de clinique, médecin des asiles, reprendra ses conférences et examens de malades à partir du mercredi 20 octobre jusqu'au 15 avril. Ces conférences d'information psychiatrique ont pour objet, comme les années précédentes, l'étude des divers problèmes neuro-psychiatriques classiques et d'actualité. Les examens de malades auront lieu tous les mercredis, à 16 heures, à l'amphithéâtre de la clinique du professeur Claude. Les conférences théoriques auront lieu le soir du même jour, à 21 heures, à la Bibliothèque de l'asile Sainte-Anne. Pour inscriptions et renseignements, s'adresser au Dr Nodet, chef de clinique, asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (14e).

Cours de perfectionnement de technique chirurgicale concernant l'appareil moteur, par les professeurs Ombrédanne et P. Mathieu, avec la collaboration de MM. Leveuf, agrégé ; Sorrel, Richard, Fèvre, chirurgiens des hôpitaux ; Lance, Huc, Padovani, Iselin, assistants et chefs de clinique.

Ce cours aura lieu chaque jour du 11 octobre au 18 octobre 1937, à 14 h.30, au petit amphithéâtre. A la suite de chaque leçon une répétition des opérations envisagées aura lieu à l'Ecole pratique à partir de 15 h. 45, sous la direction de MM. les prosecteurs.

Ce cours sera public et gratuit. Des séances cliniques et opératoires dans les services des professeurs Ombrédanne et P. Mathieu seront organisées le matin pendant la durée du cours.

Seront seuls admis aux démonstrations opératoires les élèves qui se seront inscrits à cet effet au Secrétariat de la Faculté (Guichet 4), les lundis, mercredis, vendredis, de 14 heures à 16 heures, et auront versé les droits spéciaux afférents à ces séances.

Ce droit spécial est fixé à 250 francs.

Cours internationaux de perfectionnement médical à Berlin. — Des cours de perfectionnement médical sont organisés à Berlin dans les cliniques des professeurs Von Bergmann, Sauerbruch, Bessau, Frieboes, Stoeckel-Wagner, Von Eicken, etc...

La plupart de ces cours sont professés en langue allemande. Des cours spéciaux le sont en langues étrangères.

Pour tous renseignements (programmes, prix, facilités de voyage), s'adresser au Secrétariat de la *Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung*, Berlin NW7, Robert Koch Platz 7 (Kaiserin Friedrich Haus.)

Un Congrès médical flottant. — L'Association médicale Panaméricaine organise son 7e congrès qui se tiendra sur le bateau *Queen-of-Bermuda*, lequel fera escale à Haïti, Trujillo-City, Santo-Domingo et San-Juan.

Nécrologie. — Le docteur Maurice Carle, ancien chef de clinique de la Faculté, à l'Antiquaille, médecin du service sanitaire, administrateur des hospices civils.

On doit à Carle d'importants travaux en dermatologie et en syphiligraphie. Notre regretté confrère était aussi le Président très actif de l'Automobile Club du Rhône.

Nous prions son fils, le docteur J. Carle, de Grasse, de recevoir l'expression de notre très vive sympathie.

— Le docteur André Fasquelle, directeur de l'Institut de vaccine, à Paris.

— Le docteur Jules Gagey, ancien président du Conseil général de la Côte-d'Or, à Pouilly-en-Auxois.

— Le docteur Paul Pagès, à Béziers.

— Le docteur Xavier Colanéri, décédé accidentellement à Paris.

— Le docteur Joseph Chabrier, professeur honoraire au lycée Henri-IV, à Paris.

— Le professeur Valdiguié, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Toulouse.

LE POULS LENT PAR DISSOCIATION AURICULO-VENTRICULAIRE CHEZ LES JEUNES SUJETS

PAR

M. René BÉNARD
Médecin de l'hôpital Laënnec

et

M. Maurice JACQUET
Médecin des hôpitaux de Reims

Ce n'est qu'assez récemment que l'on a pu proposer une étude d'ensemble des bradycardies par dissociation auriculo-ventriculaire chez les jeunes sujets, qui soit autre chose qu'une réunion d'observations curieuses, et qui donne à cette affection une physionomie nosologique précise.

Deux notions expliquent en effet la difficulté d'une telle étude : tout d'abord la rareté relative des cas observés, et d'autre part la nécessité presque absolue de la preuve électrocardiographique en clinique : bon nombre d'observations anciennes sont en effet inutilisables parce que la dissociation auriculo-ventriculaire n'y a jamais été prouvée.

Aussi nous a-t-il semblé utile, à propos d'un cas qui nous est personnel, de présenter ici une étude d'ensemble de la question.

Historique. — Sans remonter à Morgagni, à Stokes et Adams, qui signalèrent les premiers cas de troubles nerveux liés à un ralentissement du pouls, signalons que c'est aux études de Vaquez et de Gallavardin qu'on doit les premières notions qui permirent de fixer le tableau des pouls lents par dissociation.

Morquio, en 1901, rapporte deux cas de syndrome de Stokes-Adams chez deux frères de 8 et 5 ans ; Jacquier, en 1905, cite l'observation d'un avocat de 78 ans, chez qui une bradycardie entre 26 et 32 aurait été observée quelques jours après sa naissance, et qui ne s'accompagna jamais d'aucun signe nerveux. Mais dans ces deux cas, aucun tracé ne permit d'affirmer qu'il s'agît de dissociation.

L'observation de Van den Heuvel, en 1908, concerne un cas de syndrome d'Adams-Stokes chez une femme de 23 ans, dont la bradycardie à 34 avait été observée au cours de l'enfance. La dissociation fut constatée au cours d'un examen radioscopique.

A partir de 1911, nous trouvons les travaux de Lian qui, dans les thèses de ses élèves Birotheau (1911) et Juif (1912), montre que parmi les « pouls lents solitaires », c'est-à-dire sans symptomatologie nerveuse, les uns sont d'origine sinusale (cas de Juif), tandis que les autres sont liés à un bloc du faisceau de His (cas de Birotheau).

Plus près de nous, il faut citer la thèse d'Archigène (1927) et les travaux de son maître, le professeur Clerc. Ces auteurs attirent l'attention sur la fréquence relative des malformations cardiaques associées. D'autre part, devant l'impossibilité où l'on se trouve souvent d'affirmer qu'il s'agit d'affection remontant à la naissance, ils préfèrent le terme de « dissociations auriculo-ventriculaires juvéniles » à celui de dissociations congénitales.

Enfin, tout récemment, il faut citer les très intéressants travaux de l'Ecole de Nancy. Louis Mathieu, avec divers collaborateurs, dans diverses publications échelonnées de 1929 à 1936, condensées dans un article de la *Revue médicale de l'Est* (juin 1937) et dans la thèse de son élève Botkovitz, montre la fréquence considérable de la communication interventriculaire associée à la dissociation, puisque dans le tableau fort remarquable des 81 cas connus de bradycardie par dissociation congénitale, il n'en relève que 21 qui ne s'accompagnent pas de malformation cardiaque, et sur les 60 autres, la malformation congénitale consiste dans 51 cas (soit 85 %) en une communication interventriculaire.

Tableau clinique. — 1° La Bradycardie. Elle est constante. A part trois observations de relative tachycardie à 72 ou 75 pulsations à la minute, s'élevant parfois cependant à 100, voire 120 pulsations (White, Meyer, Nicolson), « bradycardies accélérées » qui s'accompagnaient de malformations congénitales presque incompatibles avec une survie prolongée, le pouls bat au-dessous de 70.

Dans les publications anciennes le rythme oscille habituellement entre 40 et 50 ; mais la pratique de plus en plus répandue de l'électrocardiographie a multiplié les cas où le pouls bat à 56, 60, voire 63 à la minute. Il s'agit donc habituellement d'un faible degré de bradycardie.

Le plus habituellement, il s'agit d'une dissociation complète. Les formes de dissociation incomplètes du type 2/1, le plus souvent, beaucoup plus rarement du type 3/1 ou 4/1, sont l'exception (7 cas sur 43, soit seulement 16 %) ; elles se rencontreraient surtout chez le jeune enfant et auraient tendance à évoluer vers la dissociation complète.

2° Le Souffle de communication interventriculaire. Il présente des caractères variables suivant les observations rapportées : tantôt souffle systolique lointain court et léger, mésocardiaque, tantôt rude, éclatant, prolongé en tous sens, « criant son origine » ; dans d'autres cas l'examen le plus attentif ne permet pas d'affirmer avec certitude sa nature.

Sa fréquence a été de même diversement appréciée. Pour Archigène, il est exceptionnel ; pour Maham, il est presque la règle ; pour Botkovitz il existait dans 100 % des cas (6 cas sur 6).

3° Crises syncopales et épileptiformes.

Elles se rencontrent surtout dans les observations anciennes : Morquio en rapporte huit cas chez huit enfants d'une même famille.

Par contre, depuis que la pratique des tracés graphiques s'est généralisée on ne compte plus les cas de dissociation dans lesquels les accidents nerveux ont toujours fait défaut.

Le degré de la bradycardie n'a aucun rapport avec les manifestations nerveuses. On peut observer des bradycardies inférieures à 30 dans lesquelles le pouls a toujours revêtu l'allure de « pouls lent solitaire ».

Louis Mathieu et Botkovitz, remarquant la rareté des manifestations de Stokes-Adams dans les dissociations congénitales et leur fréquence dans les dis-

sociations acquises, pensent que dans le premier cas le tissu spécifique est suffisamment respecté pour pouvoir assurer un rythme ventriculaire autonome de façon correcte, et leur théorie mérite peut-être d'être retenue. Ce qui nous apparaît certain, c'est que les décharges corticales sont fonction non pas du rythme du pouls, mais de la régularité ou de l'irrégularité de l'apport sanguin. Tel sujet ne présente pas de crises avec un pouls qui bat en permanence à 30, alors que tel autre présentera un malaise pour une intermittence isolée au cours d'un pouls à 76.

4° Signes associés.

A la cyanose, la dyspnée, qui sont rares, il faut ajouter diverses malformations congénitales, et en particulier le rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, lequel peut s'observer associé à la communication interventriculaire ; c'est là une éventualité beaucoup plus rare ; la communication interventriculaire est le plus ordinairement pure.

A la lumière de ces faits, nous pouvons maintenant aborder notre observation.

Obs. 2207. — M. Cott... Léon, âgé de 26 ans, employé dans un Economat de Compagnie de Chemins de fer, est adressé à l'un de nous, afin de savoir s'il peut être titularisé dans son emploi ; le médecin local a signalé qu'il présentait une bradycardie à 36 et n'a pas cru devoir prendre sur lui de permettre, dans ces conditions, la titularisation.

Il s'agit d'un sujet robuste et d'excellente apparence. Le seul trouble qu'il présente est une lenteur remarquable du pouls, lequel au moment de l'examen bat à raison de 28 pulsations par minute, soit, exactement, un battement toutes les deux secondes.

Lorsqu'on l'interroge sur ses antécédents, on apprend qu'il a contracté la diphtérie à l'âge de neuf ans. Par ailleurs, sa santé aurait toujours été excellente. Il est actuellement marié depuis un an. Il n'a pas d'enfants. Ses parents sont vivants et bien portants ; il en est de même de son frère et de ses quatre sœurs. Notons immédiatement pour n'y pas revenir que l'examen ne décèle chez lui aucun signe de dystrophie héréditaire, et notamment de signe d'hérédo-syphilis.

Jusqu'à l'âge de 12 ans, il n'a présenté aucun signe fonctionnel. C'est à cet âge qu'a commencé à apparaître la dyspnée d'effort. Celle-ci persiste, et s'accroît même, au point qu'actuellement la montée des escaliers lui est pénible et qu'il lui est nécessaire d'en gravir les degrés avec quelque précaution. Mais, sous cette réserve, il accomplit parfaitement son métier, lequel ne nécessite ni course, ni marche rapide, ni effort musculaire important.

Depuis l'âge de 16 ans, il travaille dans l'épicerie. Il y a quatre ans, avant d'entrer à l'Economat du Réseau, il s'est présenté dans une des plus grandes firmes parisiennes de ce commerce ; il y a subi une visite médicale à la suite de laquelle il a été déclaré apte.

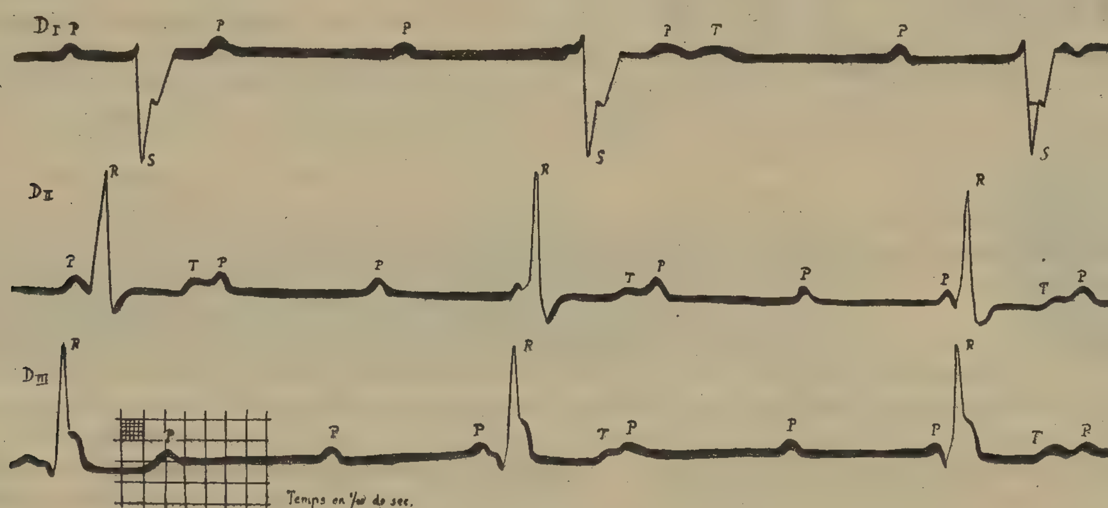
Par contre, lorsqu'il s'est présenté au Conseil de révision, il a été d'emblée réformé n° 2, sans qu'il puisse fournir de renseignements sur le diagnostic porté.

L'examen, pratiqué aussi minutieusement que possible, ne fournit que fort peu de renseignements. Le cœur est remarquablement lent, à 28 ; l'expansion systolique de la pointe est énergique ; il n'existe *ni souffle ni claquement valvulaire*. La pression maxima est anormalement élevée, par contre la pression diastolique est rigoureusement normale. Les chiffres de 19 1/2-7 relevés à l'oscillomètre de Boulitte témoignent que le chiffre d'hypertension systolique est en rapport avec l'énergie d'un ventricule démesurément empli au cours d'une interminable période diastolique et qu'il n'est point dû à des barrages périphériques. C'est là un fait couramment observé dans les bradycardies d'un degré aussi élevé.

Enregistrée au tensiographe de Boulitte, la pression maxima a fait apparaître son premier crochet à 190 mm. La recherche de la tension moyenne est rendue fort difficile du fait de l'existence d'un *plateau* fort prolongé. En effet, dès 150 mm., l'amplitude des oscillations paraît avoir atteint son maximum, et la première diminution apparente semble se faire à 68 mm. En réalité, et en regardant de près on note qu'entre 150 et 135 l'amplitude oscillatoire croît encore d'une quantité infime. De même, à partir de 95 mm., on peut aussi noter une diminution infime. Par contre, entre 135 mm. et 95 mm. de pression, l'amplitude des oscillations ne varie pas d'un millimètre de hauteur. Quant à la minima vraie, elle peut être assez facilement fixée à 40 mm. Hg.

Le reste de l'examen est entièrement négatif. Le foie, normal, n'atteint pas le rebord costal. Les réflexes tendineux et pupillaires sont normaux. Il n'y a pas de râles aux bases pulmonaires.

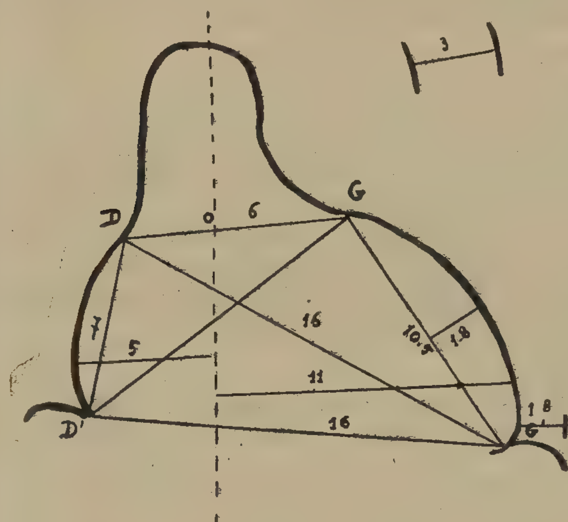
Par ailleurs, du point de vue fonctionnel, ce sujet déclare n'avoir jamais éprouvé aucune sensation pénible susceptible d'attirer son attention sur son cœur. Il affirme n'avoir



Electrocardiogramme.

non plus jamais présenté le moindre phénomène vertigineux, la moindre « absence », à plus forte raison rien qui puisse permettre de penser à une attaque syncopale ou épileptiforme.

L'orthodiagramme montre un cœur augmenté dans toutes ses dimensions, parfois très notablement.



Voici les principaux diamètres, comparés avec les chiffres donnés comme chiffres moyens par Vaquez et Bordet :

	Chiffres trouvés	Chiffres normaux
Diam. longitudinal (DG')	16	13,2
Diam. transversal	16	12
Diam. basal (D'G)	12	9,9
Ventr. gauche (GG')	10,5	7,5
Flèche de l'arc ventriculaire	1,8	1,3
Ventr. droit (D'G')	16	11,6
Oreill. droite (DD')	7	5
Oreill. gauche	6	4,2
Indice de prof.	1,8	1
Aorte (en O.A.D.)	3	2

Un simple coup d'œil montre que toutes les cavités sont augmentées de volume, et au premier rang les cavités droites.

Malgré l'absence de tout souffle à l'auscultation, il est de notre devoir de signaler que cet aspect rappelle assez bien le profil radioscopique de la communication interventriculaire.

L'électrocardiogramme est particulièrement intéressant. Ce qui frappe d'un premier coup d'œil, c'est la dissociation auriculo-ventriculaire complète, de telle manière que, globalement, les oreillettes battent au rythme de 80, tandis que les ventricules battent au rythme de 28, soit une pulsation par 75/100 de seconde pour les oreillettes, et une pulsation tous les 214/100 de seconde pour les ventricules. Mais en analysant de plus près les intervalles auriculaires, on constate que ceux-ci ne sont pas rigoureusement égaux. Ils sont séparés par des intervalles légèrement différents les uns des autres, qui peuvent être de 84/100, 81/100, 74/100 ou 70/100, ce qui correspondrait respectivement à des pouls battant aux rythmes de 72, 74, 81 ou 86 par minute. L'examen attentif de la courbe montre que l'intervalle le plus grand (rythme de 72) correspond à deux pulsations auriculaires survenues sans qu'il se soit produit de pulsations ventriculaires dans leur voisinage ; par contre, lorsqu'une pulsation ventriculaire survient dans l'intervalle entre deux pulsations auriculaires, il semble que l'ébranlement dû à cette contraction déclenche l'ordre sinusal de contraction quelques centièmes de seconde plus tôt.

Ce qui se comprend moins, c'est que l'intervalle auriculaire est également raccourci lorsque la contraction de l'oreillette précède de très peu la concentration ventriculaire. Tout se passe comme si cette contraction ventriculaire si rare exigeait une période de mise en tension qui fait également déclencher un peu prématurément la contraction.

L'analyse des diverses dérivations amène à formuler les constatations suivantes :

Dérivation I. Dextrogramme. Grande déflexion inférieure de l'ordre de 56/100, crochetage constant de la seconde branche remontante du complexe QRS. Elargissement considérable de ce dernier, qui égale 15/100 de seconde, T. négatif, peu marqué QRST=50/100 de seconde.

Dérivation II. Flèche positive. Déflexion considérable de l'ordre de 75/100. QRS=12/100. Sommet S très accusé, sauf lorsque la contraction P survient en même temps que cet accident. T, diphasique amenant la ligne ST, horizontale à demeurer de 4/100 inférieure à la ligne isoélectrique. QRST=50/100 de seconde.

Dérivation III. On retrouve combinées les altérations constatées dans les deux précédentes dérivations. Flèche positive. Déflexion 55/100. Sommet Q assez marqué, crochetage constant de la branche descendante du complexe, à partir des 2/3 de son trajet, reporté plus haut lorsqu'une pulsation auriculaire tombe à ce niveau et. à partir de ce point, descente arrondie en dôme de la dernière partie de la ligne RS. Elargissement du complexe QRS=17/100 de seconde. T aplati, avec tendance au diphasisme. QRST =50/100 de seconde.

La forme de ce tracé est typiquement celle d'un *bloc de branche gauche*. Sans entrer dans les discussions que soulève toujours un semblable diagnostic, nous nous bornerons à signaler que notre tracé semble calqué, dans chacune de ses dérivations, sur celui que Lutembacher a donné comme type de cette affection (1), et sur le tracé de l'observation de Mathieu, Pierquin et Botkovitz. (*Rev. méd. de Nancy*, 1er juin 1937, p. 471.)

Comparons maintenant cette observation au tableau clinique habituel, tel qu'il a été fixé par les auteurs.

I. Taux de la bradycardie. — Il est anormalement bas : il atteint 28, alors que le chiffre en est habituellement de 40 et 50. Les cas de 30 à 40 sont déjà l'exception. Parmi les cas publiés dans lesquels la dissociation auriculo-ventriculaire est certaine, nous ne connaissons qu'un cas où le taux de la bradycardie ait été inférieur à celui-ci : c'est le cas de Laporte rapporté à la Société de Toulouse en 1925. Il s'agissait d'une fillette de 2 ans présentant un bloc complet, des crises nerveuses et des vertiges, et chez laquelle fut noté un rythme ventriculaire variant entre 23 et 40 pulsations à la minute. Il n'existait par ailleurs aucune malformation congénitale concomitante. Puis vient le cas de Massary et Lian (1915) où le pouls descendait parfois à 32.

II. Aspect électrocardiographique. — Le type de « bloc de branche gauche » est ici caractéristique. Nous n'avons trouvé dans la littérature qu'un seul cas

(1) LUTEMBACHER. Les troubles fonctionnels du cœur, Paris, 1924, Masson et Cie, éditeurs, p. 228 et 229.

qui lui soit comparable ; c'est celui de l'Obs. I (Boes...) de Botkovitz. Ce bloc était d'ailleurs intermittent.

III. Communication interventriculaire. — Malgré l'aspect radioscopique, aucun souffle ne permet de porter ici le diagnostic de communication interventriculaire.

Telles sont les particularités de notre osbervation. Sur les autres points, elle est conforme au tableau désormais classique. En particulier, il n'y a jamais eu chez notre malade de manifestation de Stokes-Adams.

Une dernière question se pose : l'affection de notre malade est-elle congénitale ?

Aucune notion ne nous permet de savoir comment était le pouls dans l'enfance. Notons seulement que notre sujet a signalé une diphtérie à l'âge de neuf ans. Sans vouloir attribuer à cette affection une importance exagérée dans la genèse de la bradycardie, nous relèverons qu'elle est mentionnée dans deux cas par Botkovitz (Obs. 6, Rosenson ; 11, Leconte).

Pronostic. — Il est bien difficile de poser un pronostic en présence d'une maladie aussi bien tolérée.

En principe, les bradycardies ventriculaires, surtout aux taux modérés, et sans syndrome de Stokes-Adams concomitant, c'est-à-dire telles qu'on les observe dans les pouls lents dits congénitaux, sont bien tolérées. Il en va souvent de même des communications interventriculaires pures.

Le pronostic semble donc relativement bénin, hormis les cas de malformations cardiaques complexes.

Il ne semble pas devoir en être de même chez notre malade.

Trois éléments interviennent ici pour amener à réserver fortement le pronostic.

C'est en premier lieu la dyspnée d'effort : elle a commencé d'apparaître dès l'âge de 12 ans ; elle s'accroît progressivement, et notre sujet n'a encore que 26 ans.

En second lieu la constatation sur l'électrocardiagramme d'un bloc de branche gauche constitue un signe fâcheux.

En troisième lieu les données fournies par la radioscopie, l'existence d'un cœur augmenté dans toutes ses dimensions. Nous avons signalé que cette augmentation de volume porte surtout sur les cavités droites, et revêt l'aspect observé dans les communications interventriculaires, mais comme dans notre cas aucun signe d'auscultation ne permet d'interpréter dans ce sens l'image radiologique, force est d'associer cette image de décompensation à la dyspnée d'effort que présente ce sujet.

Il y a donc lieu, à notre sens, de réviser la notion courante, à savoir que le pronostic est éminemment favorable, dans les cas de bradycardie par dissociation auriculo-ventriculaire des jeunes sujets, du moment qu'il n'existe pas de syndrome de Stokes-Adams concomitant. En dehors des crises nerveuses, il est nécessaire de faire intervenir la notion d'insuffisance cardiaque.

Il est vrai que contre cette dernière, la thérapeutique nous offre de précieuses ressources, alors que malheureusement la forme qui comporte uniquement des crises syncopales ou épileptiformes reste trop souvent en dehors de nos moyens d'action.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne prétendons pas donner ici une bibliographie complète de la question. On trouvera celle-ci dans la thèse de Botkovitz. Nous avons indiqué seulement ici les travaux les plus importants et ceux qui ont été cités au cours de ce travail.

ARCHIGÈNE. — *Thèse de Paris*, 1927.

BOTKOVITZ. — *Thèse de Nancy*, 1937.

CLERC (A.). — Evolution de la dissociation a. v. chez les jeunes sujets. (*Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp.*, mars 1928.)

CLERC (A.) et LÉVY. — *Ibidem*, 1928 (52:490).

JUIF. — *Thèse de Paris*, 1912.

LAPORTE. — Bradycardie par dissociation congénitale. (*Soc. méd. chir., pharm. de Toulouse*, juill. 1925.)

DE MASSARY et LIAN. — Pouls lent permanent congénital. (*Soc. méd. hôp. Paris*, 15 janvier 1915.)

MATHIEU (L.) et SIMONIN (J.). — *Revue médicale de l'Est*. Nov. 1929.

MATHIEU (L.). — *Soc. méd. Nancy*, 1929 à 1936, *passim*.

MATHIEU (L.) et PIERQUIN. — *Revue médicale de Nancy*, 1er et 15 juin 1937.

MORQUIO (Luis). — Sur une maladie infantile et familiale caractérisée par des modifications permanentes du pouls, des attaques syncopales et épileptiformes et la mort subite. (*Arch. méd. enf.*, 1901 (4:467.)

YATER (W. H.). — *Am. J. Dis. Childr.*, juill. 1929.

YATER (W.), LYON and MC. NABB. *Journ. of the Amer. Med. Ass.*, juin 1933.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) (1)

En chirurgie infantile, par L. OMBRÉDANNE, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital des Enfants Malades. Un vol. de 86 pages : 24 fr.

Sur les maladies du foie, par Noël FIESSINGER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin à l'hôpital Necker. Un vol. de 82 pages : 24 fr.

En chirurgie abdominale, par H. MONDOR, professeur agrégé de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Bichat. Un vol. de 98 pages : 24 fr.

Sur les maladies de la nutrition, par F. RATHERY, professeur de clinique thérapeutique médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. Un vol. de 64 pages : 24 fr.

En pathologie cardio-vasculaire, par E. DONZELOT, professeur agrégé de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. de 82 pages : 24 fr.

Des hypotrophies d'origine digestive dans la première enfance, de leurs causes et de leur traitement. Thèse du docteur MARIELLE D'ARGY. Grand in-8° de 193 pages. A Paris, chez Amédée Legrand, éditeur,

Luchon dans l'histoire de l'hydrologie, réflexions et hypothèses sur l'action des eaux minérales, suivies d'une étude sur le radio-vaporarium sulfuré de Luchon, technique, clinique, résultat, par R. et P. MOLINÉRY (Bulletin de l'Union médicale latine). Grand in-8° de 122 pages, chez René Lépine, 39, rue d'Amsterdam, à Paris.

(1) **Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain.**

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE

Vichy, 16-18 septembre 1937

Extrait du discours inaugural du professeur LOEPER (1)

« ...En un temps qui nous paraît bien lointain, Bichat s'étonnait qu'un organe aussi volumineux que le foie ne fît que la bile. L'étonnement était justifié, mais il s'est, en quelque sorte, retourné aujourd'hui, devant des constatations toujours plus surprenantes et des espoirs toujours plus vastes. La glycogénie de Claude Bernard a ouvert, dans une expérience de génie, la porte aux sécrétions internes et Dieu sait sur quels larges horizons cette porte s'ouvre aujourd'hui.

Pour le foie lui-même, les fonctions se sont multipliées depuis la production de l'urée jusqu'à l'oxydation du soufre, depuis la fonction martiale jusqu'au principe antianémique, depuis la détoxication jusqu'à la conjugaison.

Eponge vasculaire, le foie est un grand champ d'épandage ; né dans le tissu réticulo-endothélial, il garde le souvenir de ses origines ; revêtu de cellules innombrables, d'une composition chimique particulière et très personnelle, d'une richesse ou plutôt d'une activité fermentaire considérable, il constitue la glande la plus complexe, plus encore que la plus volumineuse, de l'économie.

Il règle la circulation abdominale, la résorption des liquides et des gaz ; il prend au sang du pigment et il en fait la bile. Il neutralise les poisons, fait des oxydations et des réductions, des acétylations, des dislocations et des conjugaisons ; il détruit les polypeptides et il s'oppose à la formation de bases aminées toxiques.

Il accumule les graisses, les glucides, les protides. Il associe la genèse à la lyse et livre ses produits à la consommation au fur et à mesure des besoins ; il tient en réserve plusieurs vitines qui aident à la fixation des éléments nutritifs, il prépare, par une série de raffinements successifs, des corps qui constitueront, pour d'autres organes ou d'autres tissus, le noyau de leurs hormones ou de leurs sécrétions.

La défaillance circulatoire est une insuffisance comme l'est la défaillance biliaire ou la défaillance antitoxique, comme l'est, aussi, la défaillance sécrétoire. Mais la vacuité du réservoir, la précarité des réserves, l'élaboration incomplète, cela est plus qu'une insuffisance, c'est une *carence*, au sens strict du mot. Et de cette *carence* souffriront les muscles comme les cartilages, les glandes endocrines, comme le cœur et le système nerveux.

Ainsi s'associent à l'insuffisance hépatique initiale, toute une série d'insuffisances secondaires de tissus ou d'organes, qui la transforment ou la viennent compléter.

(1) Voir séance d'ouverture du Congrès, *Gaz. Hôp.*, n° 77, p. 1210.

***

C'est sous le triple vocable de circulatoires, de nutritifs et de toxiques que l'on peut classer les symptômes de l'*Insuffisance hépatique*.

Nul doute que le météorisme n'appartienne à la première catégorie ; l'amaigrissement, les syndromes glandulaires, les dépôts et les précipitations presque uniquement à la seconde ; les réactions vasculaires et nerveuses, l'œdème et le myosis, l'hypotension et les étoiles vasculaires, l'agitation nerveuse ou la somnolence en grande partie à la dernière.

Que l'insuffisance hépatique évolue à l'état aigu ou chronique, qu'elle soit intense ou discrète, patente ou dissimulée, ce sont toujours les mêmes symptômes qu'on y trouve ou qu'on y doit chercher.

En soi, aucun n'y apparaît comme pathognomonique, car il est plus spécifique d'un toxique ou d'une carence qu'il ne l'est de la nature ou de l'étendue de la lésion hépatique elle-même.

La spécificité chimique, qu'on me pardonne de le proclamer encore, commande la symptomatologie, mais elle ne suffit point à affirmer la responsabilité d'un organe.

Dans toute maladie, du foie comme du rein, des synergies escomptées en accentuent souvent les traits comme des antagonismes inattendus les atténuent ou les déforment. L'acidité du sang et des tissus ne peut-elle faire naître des amines toxiques là où ne devraient exister que des acides nutritifs et inoffensifs, et ne voit-on pas là l'indication des cures alcalines ?

***

Sous ces divers aspects, l'insuffisance hépatique est fréquente et elle ne peut ne point l'être puisque son origine et sa cause résident dans le trouble fonctionnel ou la lésion du plus grand transformateur de l'économie, du grenier le plus riche, du filtre le plus fin et de la citadelle la mieux défendue.

Et toute la nutrition doit fatalement s'en ressentir. A la conception de Glénard qui substitue l'hépatisme à l'arthritisme de Bazin et à la diathèse congestive de Sénac, on peut faire certes quelques retouches. La ptose en est peut-être plus la cause que la conséquence et certaines affections reconnues virulentes en sont nettement distinctes.

Mais on ne reniera ni la migraine, ni l'asthme, ni la goutte, ni les troubles nerveux, ni les lithiases, ni les éruptions cutanées.

A côté de l'uricémie, de la cholémie, de la cholalémie, on a reconnu l'oxalémie ; on reconnaît encore aujourd'hui des polypeptidémies, des aminémies, que relient peut-être entre elles, d'un même chaînon chimique, des manifestations en apparence dissemblables.

A côté des carences proprement nutritives, qu'on excuse ce pléonasme, on connaît des syndromes glandulaires, des réactions nerveuses et vasculaires qui régissent et groupent certaines manifestations nerveuses, sanguines ou trophiques.

Je ne suis pas de l'avis de certains auteurs qui voudraient réduire le domaine de l'*Insuffisance hépatique*. Je le vois immense et j'aurais, au contraire, tendance à l'étendre encore.

Ne nous a-t-on point fait entrevoir les relations du foie avec les glandes endocrines, la thyroïde, les surrénales, l'hypophyse, l'ovaire et aussi celles qu'il affecte avec le système végétatif, la moelle, le bulbe ou le mésocéphale, sans doute plus importantes encore qu'on ne le dit ?

Ne sait-on pas que l'insuffisance hépatique peut dépendre, non d'une lésion ou d'un trouble propre du foie, mais de la sécrétion excessive ou insuffisante d'une glande endocrine, de l'excitation même ou de l'inhibition de telle ou telle partie du système nerveux ? Et nous sommes bien forcés d'entrevoir toute une série de troubles où le foie obéit au lieu de commander, mais où il joue, certes, encore son rôle et où il le joue mal.

La tâche des cliniciens est bien ardue qui doit reconnaître dans un ensemble symptomatique où tant d'organes s'associent et de fonctions s'agitent, quels sont les plus responsables ou les premiers.

La dyspepsie hépatique, forme mineure de l'insuffisance, est plus mobile, plus variée, plus insaisissable dans ses réactions estompées et fugaces que la grande insuffisance d'une hépatite ne l'est, malgré ses lésions franches et irrémédiables. Peut-on s'en étonner ?

Mais il en est ainsi de toutes les dyspepsies et c'est pour cela qu'elles sont, au premier chef, intéressantes.

***

On voudrait des tests solides pour reconnaître l'*Insuffisance hépatique*.

Ceux que l'on a jusqu'ici étudiés et dont, successivement, chacun nous fut donné comme le meilleur ou le plus spécifique, ne possèdent malheureusement qu'une valeur limitée. Ils ne peuvent donner que ce qu'ils ont. Ils mettent à l'épreuve une fonction certes, mais non toutes les fonctions du foie ; ils isolent un facteur de l'insuffisance sans doute, mais rien ne dit que tout est calqué sur lui.

Je sais bien que modifiés, raffinés, les coefficients azotés et soufrés donnent des aperçus valables sur la fonction protidique ; que le dosage des polypeptides nous fournit des notions pronostiques capitales et que celui des bases aminées nous fait pénétrer dans le domaine de la pathogénie.

Je sais que l'épreuve des sucres s'est aiguisée dans la lévulosurie et la galactosurie.

Je sais que l'on peut séparer la cellule noble de sa trame et qu'on peut demander au Rose Bengale de tenter cette dissociation, et l'on parle beaucoup de la réaction de Takata.

A vrai dire, la discordance existe souvent entre les épreuves, non parce qu'elles s'adressent à des tissus différents, mais à des processus anatomiques et chimiques des plus variables. La discordance des épreuves tient plus à l'isolement des cellules qu'à leur altération et la défaillance des fonctions n'est que rarement proportionnelle à l'altération escomptée du parenchyme, elle ne l'est même pas toujours à la gravité pourtant patente du tableau morbide.

Au surplus, pour le foie, comme pour beaucoup de glandes internes, ainsi que l'a, dès longtemps, remarqué Gley, les fonctions s'abattent dans un ordre établi, la plus fragile d'abord, la plus résistante la dernière, et toutes les hépatites ne parcourent pas le cycle de la désintégration aussi rapidement et dans le même temps, parce que la genèse des produits s'arrête en route et à des étapes différentes.

Bien plus, les microbes, les poisons, les virus ont pour les divers composants de la cellule une attraction particulière et élective : ils peuvent, avec le même produit, réaliser des substances différentes, de sorte que l'insuffisance ne peut atteindre, dans des lésions pourtant assez voisines ou semblables, ni le même degré, ni les mêmes fonctions.

Qu'est-ce à dire, sinon que la mesure de l'insuffisance hépatique est bien difficile, qu'elle ne peut apprécier l'insuffisance globale mais les états dissociés de cette insuffisance, qu'en un mot, il n'y a pas *une*, mais *des* insuffisances hépatiques...

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Thèses soutenues pendant l'année 1936-1937.

DOCTORAT D'ETAT. — 85. AGOF. — Hématémèses et splénomégalie chez les enfants. Trois observations.

13. ALGAVA. — Contribution à l'étude du syndrome de Stokes-Adams dans la maladie de Bouillaud.

74. ALQUIÉ. — Les caractères morphologiques et biologiques du bacille diphtérique et leurs rapports avec les manifestations cliniques de la maladie.

29. ANDRIEU. — Ventilation et échanges gazeux pulmonaires au cours de l'exercice musculaire prolongé.

8. ATGER (Mlle). — Un cas d'épithélioma adénoïde du rein chez un enfant.

64. AUSSILOUX. — Les métrorragies post-ménopausiques d'origine extra-utérine.

5. AVEZOU. — Contribution à l'étude du délire transitoire critique dans la pneumonie.

37. BALESTIÉ. — Les furoncles médio-faciaux. Complications et traitement.

38. BARNAY. — La maladie de Chauffard-Still chez l'enfant. (Trois observations.)

14. BENCHIKH EL FEGOUN ABDELKRIM. — L'ostéomyélite primitive de la rotule.

58. BIROT. — La thérapeutique moderne des cholécystites lithiasiques.

33. BOUDOURESQUES. — Contribution à l'étude de la rupture sous-cutanée du tendon long extenseur du pouce.

52. BOUISSET. — Contribution à l'étude de la cure des prolapsus des anus contre nature.

84. BOUSQUET. — Contribution à l'étude de l'épithélioma primitif du vagin. A propos d'une observation.

62. BOUZIGUES. — Contribution à l'étude des dyschromatopsies.

61. CALAS. — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de l'invagination intestinale aiguë du nourrisson.

54. CAMUS. — Les diarrhées des tuberculeux.

60. CATALAN. — Action de l'héliothérapie marine sur l'activité phosphatique du sérum.

50. CATHARY. — Contribution à l'étude du mégaduodénum.

44. CAUVY. — Contribution à l'étude des recto-colites ulcéreuses chez les bacillaires pulmonaires de Koch.

9. CHATTON. — Contribution à l'étude des fibro-myomes-kystiques de l'utérus.

66. CHRISTOPHE. — Contribution à l'étude des hépatites mélitococciques.

51. COUDERC. — Contribution à l'étude de l'adénome du fond de l'utérus.

41. CRASSOUS. — Anomalie aortique congénitale. Déductions médico-chirurgicales.

31. CROS. — Le diagnostic radiologique de l'ulcère du bulbe duodénal.

47. DEFFUANT. — Les troubles du système neurovégétatif des mélancoliques.

48. DEFFUANT (Mme), née DE GAILLANDE. — Les troubles neurovégétatifs des épileptiques et leur action sur la crise.

87. DENOYÉS. — Appendice et radiologie.

34. DIZIER. — Contribution à l'étude thérapeutique du tétanos.

16. DOAN VAN THU. — De la grossesse tubaire récidivante, considérations étiologiques, pathogéniques et thérapeutiques.

19. EUZET. — La maladie polykystique des reins chez l'adulte.

81. FARINACCI. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques calcifiés du foie à propos d'une observation.

6. FASSIO. — Les syndromes angio-neuro-endocriniens.

72. FAYARD (DE). — Etats scléro-kystiques (mammites chroniques) et cancer du sein.

4. FERMAUD. — Contribution à l'étude de l'alcoolisation du nerf phrénique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

77. FLAVIER. — Contribution à l'étude du traitement des complications graves de l'appendicite aiguë (péritonites, gangrène gazeuse), par l'emploi complémentaire du sérum polyvalent du Weinberg.

43. FRÉCHINOS. — Etude du rythme cardiaque et de la pression artérielle au cours du travail musculaire prolongé.

49. FRIED. — Contribution à l'étude des résultats éloignés des ostéotomies pour déformations rachitiques des membres inférieurs.

22. GABBAÏ. — La tension artérielle dans la maladie palustre en pays d'endémie.

30. GALTIER (Mlle). — La maladie de Morquio.

46. GAUDEMARD. — De la rectoscopie, ses indications diagnostiques et thérapeutiques.

12. DE GAUDIN DE LAGRANGE (Mlle). — Le tissu amygdalien, son rôle étiologique dans la tuberculose de l'enfance.

69. GOULESQUE. — L'extraction totale du cristallin. Cataracte par prise capsulaire pneumatique.

42. GRANIER. — Résultats éloignés du traitement des fractures du col du fémur par la méthode de Lucas-Championnière.

67. HATOUX-ANSTETT (Mme). — Vaccination antidiphtérique. Essai d'immunisation en un temps à l'aide d'anatoxine activée par l'hydrate d'alumine. Vaccin de Sordelli.

79. HOARAU. — Les grandes ascites des tumeurs bénignes de l'ovaire et du parovaire.

36. HYGOUNENC. — Contribution à l'étude des hernies rétropéritonéales paraduodénales.

83. IGLISIS. — Contribution à l'étude de l'anesthésie dans la thoracoplastie pour tuberculose pulmonaire.

78. JACQUES. — Contribution à l'étude de l'état actuel du choix de l'anesthésie en chirurgie gastrique.

75. JOUBÉ. — Etude critique de quelques observations de grossesse extra-utérine.

56. JOURDAN. — Le végétarisme ou régime de Pythagore. Son action physiologique.

53. KRYMM (Mlle). — La thoracoplastie du sommet par voie basse.

57. LAPORTE (Mlle). — Le spirochète d'Inada et Ido, chez le rat d'égout de Montpellier.

10. LE FORESTIER (Mlle). — Fluxion dans la tuberculose pulmonaire.

17. LEUTHREAU (Mlle). — Contribution à l'étude de l'action de l'eau de Vichy sur le chimisme gastrique.

15. LE-VAN-TRI. — Contribution à l'étude des courbures dans la scoliose.

88. MALATERRE. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques du rein.

28. MARTIN. — Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale tardive consécutive à l'appendicectomie.

71. MATHIEU. — Valeur diagnostique de la formule hémoleucocytaire au cours de quelques maladies infectieuses aiguës.

39. MILLET. — Contribution à l'étude des formes cliniques et typiques de granulomatose maligne.

40. MITCHNIK (Mlle). — Soins pré- et post-opératoires dans la sténose hypertrophique congénitale du pylore.

1. MOURIÈS. — De l'ostéosynthèse immédiate en foyer ouvert dans les fractures de jambe compliquées de plaies.

11. MUZARD (Mlle). — Contribution à l'étude des compressions médullaires dans la fièvre de Malte.

20. NAVATEL. — La réaction de Vernes et la vitesse de sédimentation globulaire dans la tuberculose pulmonaire.

70. ORABONA. — Formes nerveuses du paludisme aigu.

80. PASCOU. — Contribution à l'étude des luxations traumatiques du genou en avant.

73. PASSEBOIS. — Contribution à l'étude du corps vertébral.

35. PECH. — Etude des différences des potentiels électriques de contact de quelques liquides.

25. PÉGURET. — Contribution à l'étude du traitement des dysménorrhées rebelles par la résection du nerf présacré.

63. PISTRE. — Tonus vago-sympathique et troubles vasomoteurs chez les déments précoces.

82. PORCHÉ. — Contribution à l'étude du syndrome ictère chronique par rétention sans obstacle.

26. QUET (Emile). — Contribution à l'étude du traitement par ponction des abcès chauds en général et des abcès du sein en particulier.

86. QUET (Maurice). — Une épidémie minière de spirochétose ictéro-hémorragique.

32. RAVEL. — A propos de quelques cas cliniques et expérimentaux de pancréatite aiguë.

65. ROBERT. — Les propagations des cancers buccaux au maxillaire inférieur.

7. ROCHE. — Contribution à l'étude du pouvoir agotoxique et phylactique de quelques eaux minérales et notamment des eaux de Vichy.

21. ROQUES. — Le syndrome pseudo-tumoral en pathologie cérébrale.

27. SANGLIER. — Considérations sur le transport par avion des malades et des blessés.

76. SANTUCCI. — Contribution à l'étude du choc opératoire. Etude clinique et chimique des opérés en chirurgie générale.

3. SERRE. — La thérapeutique de choc dans les maladies des articulations.

45. SOLOMON. — La vaccination antidiphtérique avec l'anatoxine de Ramon à la pouponnière de Montpellier.

55. TAILLAN. — Un cas de sténose pylorique par lymphogranulomatose (pylorectomie) chez un enfant de dix ans.

68. TOYE-LAZARIN. — L'ulcère duodénal post-bulbaire.

18. TRAN-VAN-CHI. — De l'amibiase intestinale chronique, données étiologiques, cliniques et thérapeutiques.

23. VERHEGGEN. — L'acupuncture chinoise et les dermalgies, écho des douleurs viscérales.

2. VERNIÈRES (Mlle). — Remarques sur le parasitisme intestinal chez l'enfant dans la région de Montpellier.
24. VIEU. — Le nanisme rénal.
59. WAGNIER. — Le traitement du mal de mer en 1937.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 6. BAHA-EL-DINE NAMMARI. — Contribution à l'étude des paralysies unilatérales isolées du grand-hypoglosse.
25. BARATI. — Contribution à l'étude de l'état des capillaires dans les cyanoses des insuffisances cardiaques.
12. BRAESTER. — Contribution à l'étude de l'épithélioma pavimenteux primitif de la glande sous-maxillaire.
33. BUNNAG. — Les accidents cutanéo-muqueux de l'aurothérapie.
16. CORNBLUM. — Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire.
19. CUKIER. — A propos du traitement des arthrites suppurées du genou par ponction et injection.
30. ESCOBAR MEJRA. — La grippe dans ses relations avec la tuberculose pulmonaire.
7. FARDELLAS. — Contribution à l'étude de la suppuration des kystes de l'ovaire.
26. FUENTES Y SOLORZANO. — Les manifestations oculaires de la lèpre.
18. GALPERN (Mlle). — Contribution à l'étude des fractures-luxations du condyle du maxillaire inférieur.
10. GOMULINSKI. — Etude clinique et diagnostic du cancer du cæcum.
34. HEMMI. — Etude sur les rapports des épidémies, endémies et épizooties avec le milieu géologique et climatique.
1. KHOURY. — Considérations à propos d'un cas de cancer de la lèvre d'origine sudoripare.
20. KLOPMAN. — Contribution au traitement de la luxation congénitale irréductible de la rotule.
17. KOPLIKU. — Pour diminuer les risques opératoires chez les nourrissons.
15. LEBZINE. — Les soins post-opératoires immédiats dans les interventions nasales.
2. LÉON (Adrian). — Contribution à l'étude des fistules partielles post-opératoires de l'uretère traitées par la sonde à demeure.
29. LUTCHI (Mlle). — Etude clinique des syndromes du noyau rouge.
31. MORRISON. — A propos des poussées aiguës au cours des leucémies chroniques.
11. NAJMAN. — Le traitement du diabète sucré. Régime insuline.
8. PARTELIDÈS. — Contribution à l'étude du réflexe plantaire de la flexion des orteils (réflexe de Rossolimo) et de sa valeur séméiologique.
27. RAMZI. — Contribution à l'étude du traitement de la shistosomiase par l'antimoine et ses sels.
24. ROSENSTEIN. — Contribution à l'étude des hémorragies gastro-intestinales consécutives aux grands traumatismes osseux.
23. RUNDO (Mlle). — Contribution à l'étude des imperforations vaginales basses.
14. SAMOVICI. — Phrénicectomie esthétique.
35. SHAARAWI (Ali Hassan). — Contribution à l'étude de la valeur des procédés de tunnellisation dans la gastrostomie. (Procédé de Gernez).
28. SOCOLOVA (Mlle). — Manifestations et séquelles nerveuses de l'intoxication barbiturique aiguë.
32. SOR. — Contribution au traitement chirurgical de la hernie ombilicale du nouveau-né. Quelques points de technique.
21. SZMULEWICZ. — Odontomes et parodontomes. Etude anatomo-clinique.
4. TANENZAPF. — A propos d'un cas de pneumonie caseeuse tuberculeuse post-traumatique.
3. TATÉOSSIAN. — De la gastro-entérologie, spécialité médicale, ses moyens d'exploration.
22. TENENBAUM (Mlle). — Contribution à l'étude de l'épithélioma des lobes aberrants de la glande mammaire.
5. TONCOFF. — Contribution à l'étude des gangrènes par angéite thrombosante infectieuse.
13. TRIGO CLAROS. — La vaccinothérapie neurotrope.
9. WEISSMAN. — Contribution à l'étude de la réadaptation sociale et de l'orientation professionnelle des tuberculeux pulmonaires aux Etats-Unis.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude des effets des sels mercuriels organiques dans les ascites cirrhotiques, par le docteur Ida LIPSCHUTZ (Thèse Paris, 1936).

L'auteur a réuni 34 observations cliniques de cirrhoses, pour la plupart traitées par le Neptal. Ces observations, qui sont précédées d'une étude historique sur les diurétiques mercuriels, appellent une série de remarques à retenir pour la pratique thérapeutique.

Le Neptal peut agir par la voie intramusculaire, mais la voie intrapéritonéale donne généralement une diurèse supérieure à celle obtenue par la voie intramusculaire.

Le Neptal n'aggrave pas la cirrhose et ne provoque pas de lésions rénales. Dans les cas qui se sont terminés par le décès, l'examen nécroptique confirme le fait.

Si l'on compare à l'action des composés mercuriels organiques l'action du cyanure de mercure, ce dernier apparaît nettement inférieur et, dans certains cas même, capable de provoquer un abaissement de la diurèse.

Les premières injections de Neptal ont, suivant la réaction consécutive, la valeur d'une épreuve pronostique : les malades qui ont réagi au Neptal par une diurèse abondante sans oligurie consécutive, évoluent vers la guérison ; tandis que ceux dont l'organisme s'est montré indifférent à ce sel mercuriel, ou chez lesquels cette action a été suivie d'une diminution, en quelque sorte compensatrice, de la diurèse, évoluent défavorablement.

Le Neptal peut être considéré véritablement comme l'agent de la guérison lorsqu'il y a asséchement complet de l'ascite.

Avant d'instituer le traitement, il convient de fixer le coefficient de résistance viscérale du malade. On ne fera pas de Neptal en cas de glomérulo-néphrite, d'azotémie dépassant 1 gr., de collapsus cardiaque, d'état infectieux grave, d'une insuffisance hépatique marquée (avec tendance aux hémorragies profuses). Une faute grave serait de répéter le lendemain l'injection au cas où la première n'est pas suivie de l'effet diurétique. On doit espacer suffisamment les injections (72 h. ou mieux tous les 4 ou 8 jours). La mort peut survenir par anurie, en cas d'injections trop rapprochées (à 24 h. d'intervalle).

En ce qui concerne le traitement des cirrhoses alcooliques, la dose à injecter chaque fois est de 1 à 2 cc. On peut pratiquer des cures d'injections rapprochées (tous les 4 ou 8 jours), séparées de périodes de repos, ou des cures prolongées, les injections étant pratiquées tous les 8 ou 10 jours.

En cas d'échec, il convient de changer la voie d'introduction. La voie intrapéritonéale ne s'impose pas d'emblée. L'injection sera d'abord intramusculaire ; en cas d'échec, l'injection dans le péritoine peut provoquer une diurèse là où la voie musculaire n'a rien donné.

La technique des injections intrapéritonéales, indiquée par l'auteur, est la suivante : une aiguille de longueur et de calibre moyens, montée sur une seringue vide de 5 à 10 cc., est enfoncée dans la moitié gauche de l'abdomen, au niveau

de l'endroit choisi habituellement pour la paracentèse. On aspire dans la seringue un peu de liquide et on retire quelques cc. aux fins d'examen chimique et bactériologique. Une autre seringue contenant le Neptal est aussitôt adaptée à l'aiguille qui reste en place. On injecte le contenu dans le péritoine en s'assurant, par aspiration, que l'on est bien dans l'épanchement et non dans une anse intestinale. En cas d'épanchement hémorragique, il conviendrait de s'abstenir d'injecter le Neptal dans le péritoine. Cette méthode a donc l'avantage d'être à la fois exploratrice et thérapeutique.

Les adjuvants habituels de la thérapeutique diurétique peuvent être utilisés : chlorure de calcium, chlorure d'ammonium, extraits hépatiques injectables ou lipase hépatique préconisée par Fiessinger.

Maniés avec prudence, les diurétiques mercuriels et le Neptal en particulier, sont bien tolérés, peu toxiques pour les organes ; ils améliorent la cirrhose, diminuent l'ascite qui peut, dans certains cas, régresser complètement. Cette évolution favorable est observée beaucoup plus souvent depuis l'emploi des composés organiques mercuriels.

LIVRES NOUVEAUX

Humanisme et médecine, par D.-J. Okinczyc. — Paris, Labergerie, 1936 (Collection : Au service de l'homme).

En un temps où certains esprits, avant aucun examen critique, ne pensent qu'à tout remettre en question, il est d'une particulière importance de remonter aux principes initiaux vrais autrefois et vrais aujourd'hui puisque l'homme est toujours l'homme. Mais de cet examen doit aussi découler un plan d'adaptation aux conditions de fait de l'époque présente.

C'est à cette étude critique et à déterminer un programme général et son esprit que s'est appliqué l'auteur. Médecine individuelle ou médecine collective ? Quelle sera la formule des temps qui viennent ? Ces deux conceptions doivent-elles s'exclure et laquelle est viable ?

Elles sont sans aucun doute conciliables, puisque l'exclusion de l'une ou de l'autres n'aboutirait qu'à supprimer tout exercice utile d'une fonction indispensable aussi bien au point de vue individuel qu'au point de vue social.

Bien poser le problème, dissoudre les sophismes et démembrer d'apparents dilemmes est une tâche de nécessité première et de pressante urgence si l'on veut que survive notre profession, gravement menacée aujourd'hui dans une indépendance sans laquelle elle ne saurait être.

La fermeté des principes et l'élévation de la doctrine ne donnent que plus de valeur et de puissance aux directives et aux considérations pratiques. L. BABONNEIX.

Les hémorragies utérines avant et après la ménopause, par Claude Béclère. Paris, Masson et Cie, 1936.

Importante étude des hémorragies génitales de la ménopause prochaine ou confirmée, basée sur un très grand nombre d'observations cliniques et d'examens histologiques, guide clair et raisonné du clinicien et du thérapeute en présence d'un symptôme fréquent et toujours inquiétant, en particulier à cette période de la vie génitale.

On trouvera dans ce livre en même temps que des documents originaux la critique des travaux antérieurs tant français qu'étrangers, dont une bibliographie très importante montre la complexité.

Il n'est pas moins important d'éviter une grave intervention inutile que de dépister précocement un cancer à son début. Le présent travail est précieux à la solution d'énigmes parfois angoissantes. L. BABONNEIX.

Etudes sur le spina bifida, par Jacques Leveuf (avec la collaboration de MM. Bertrand et H. Sternberg). — Paris, Masson et Cie, 1937.

De très nombreux dessins et schémas originaux, des photographies macroscopiques et microscopiques, une bibliographie intentionnellement abrégée mais d'autant plus appropriée, et surtout un très grand nombre d'observations cliniques illustrent et appuient ces « Etudes », qui sont bien plutôt un traité et qui apportent sur une question délicate et toujours d'actualité bien des lumières nouvelles. L'anatomie pathologique alliée à l'embryologie, une étude clinique qui déborde largement la simple description de pathologie externe et est inspirée par l'esprit médical au sens le plus compréhensif du terme, une conception pathogénique pleine de vues neuves, un chapitre de thérapeutique chirurgicale d'une précision minutieuse, apportent ici au chirurgien et aussi au médecin d'enfants le fruit d'une expérience longuement vécue, d'une attention toujours en éveil et d'une expérience patiemment enrichie. L. BABONNEIX.

Tratado de Enfermedades nerviosas (Traité des maladies nerveuses), par Luis Barraquer Ferré, Ignacio de Gispert Cruz, Emilio Castaner Vendrell. Tome I. Barcelone, Buenos-Ayres, Salvat, 1936.

En un très important volume de plus de 1.100 pages qu'illustrent un nombre considérable de figures en noir et en couleur, dont le choix et la perfection priment encore l'abondance et auxquelles se joignent en outre d'admirables documents photographiques, radiologiques et histologiques, les auteurs ont réuni une suite ordonnée de monographies à la fois substantielles et concises, originales aussi, relatives aux affections de la moelle et du système nerveux périphérique.

La première partie du traité est un exposé sémiologique minutieux, où la technique entière de l'examen neurologique est enseignée avec une réussite parfaite à ne rien négliger des notions les plus délicates et les plus récentes.

Un nombre considérable de documents cliniques s'y trouvent interprétés et condensés avec une perfection qui fait le plus grand honneur à la science espagnole et à ses interprètes. L. BABONNEIX.

Etude anatomo-clinique des tumeurs dites cylindromes. (Evolution cylindromateuse de certains processus tumoraux, par Yves Lemaitre. — Paris, Vigot frères, 1937.

Le nom de cylindrome, purement histologique, n'en est pas moins pris fréquemment dans une accception clinique, et de cette interférence est née une incontestable confusion. De plus, même en se confinant dans le domaine uniquement histologique, il est certain que le nom de cylindrome est appliqué, comme l'a fait remarquer Delbet, à des tumeurs très différentes et qui n'ont de commun qu'une distribution particulière du tissu muqueux, ce qui n'est qu'un caractère accessoire.

C'est à dissiper toutes ces confusions histologiques et cliniques que l'auteur s'est attaché, et il a incontestablement réussi à apporter dans un amas de faits et de conceptions disparates un ordre et une clarté appréciables.

L'étude anatomopathologique est le fondement principal de ce travail ; elle se complète toutefois d'une soigneuse étude clinique de nombreuses observations en grande partie inédites, d'une importante bibliographie et d'une documentation iconographique choisie et convaincante.

Il faut savoir à l'auteur le gré le plus vif de s'être ainsi brillamment acquitté d'une tâche ingrate, d'avoir su résoudre bien des problèmes délicats et d'ouvrir la voie aux chercheurs futurs qui devront reconnaître en lui un précurseur. L. B.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE L'INSUFFISANCE SURRÉNALE (1)

Il existe des formes *cardiovasculaires* avec tachyarythmie, cyanose, oligurie, dilatation des cavités cardiaques ;

Des *formes cliniquement secondaires*, au cours de la diphtérie, typhoïde, scarlatine, du paludisme, de la dysenterie, de la tuberculose granulique ;

Après certains traumatismes, en particulier obstétrical,

Après certaines brûlures étendues,

Après anesthésie à l'éther ou au chloroforme, vaccin antityphique, intoxications diverses.

Mais on sait que le rôle de l'insuffisance surrénale dans les cas de mort subite de la fièvre typhoïde, de la diphtérie et de la scarlatine est discuté, et les autopsies ne permettent pas toujours de confirmer le diagnostic. Dans d'autres cas, on peut se demander si l'infection ou l'intoxication n'est pas survenue sur un terrain d'insuffisance surrénale latente.

III. L'INSUFFISANCE SURRÉNALE CHRONIQUE SANS MÉLANODERMIE donne le tableau de la maladie d'Addison, mais la mélanodermie ne peut être dépistée, et encore de façon inconstante, que par des irritations provoquées.

On en décrit des formes gastro-intestinale, douloureuse, asthénique.

Au point de vue des formes étiologiques, on a décrit :

Des *débilités surrénales congénitales* chez des sujets qui présentent d'ailleurs des insuffisances pluriglandulaires ;

Des *surrénalites chroniques* tuberculeuses, syphilitiques, adénomateuses, infectieuses, au cours de la tuberculose, du paludisme, de la dysenterie, de l'athrepsie, de l'asystolie, des gastro-entérites infantiles, de la cachexie cancéreuse.

Certains auteurs ont rattaché à l'insuffisance surrénale :

— Toutes les asthénies des maladies infectieuses ;

— Toutes les hypotensions sans cause connue.

On a rattaché à des manifestations d'insuffisance surrénale le mal de mer, les vomissements incoercibles de la grossesse et les vomissements cycliques de l'enfance.

M. N. Fiessinger a décrit des insuffisances surrénales « d'entraînement » secondaires au surmenage, à une vie trop sédentaire, à des excès alimentaires.

On a discuté les rapports de l'insuffisance surrénale avec la myasthénie d'Erb-Goldflam.

On voit donc combien peut être vaste le champ de l'insuffisance surrénale chronique, mais combien aussi les limites en sont floues.

DIAGNOSTIC

I. *De l'insuffisance surrénale chronique.* Deux cas :

a) Il existe de la mélanodermie. On discutera :

— La *mélanodermie d'une cirrhose pigmentaire* par l'association d'un gros foie dur et de diabète ;

— La *mélanodermie de certaines sclérodermies*, par l'état si particulier des téguments ;

— La *pigmentation de la phtiriase*, qui atteint surtout les parties couvertes et s'accompagne de démangeaisons, de lésions de grattage ;

— La *pigmentation paludéenne*, qui est uniforme et respecte les muqueuses ; il existe une splénomégalie et des antécédents palustres ;

— La *pigmentation de l'intoxication arsénicale chronique*, qui respecte les muqueuses et frappe peu les organes génitaux ;

— La pigmentation de certaines rates, de la pellagre.

b) *Il n'y a pas de mélanodermie.*

C'est le diagnostic des asthénies avec hypotension ; il ne faut pas croire à une insuffisance surrénale chez un tuberculeux latent, un diabétique, un neurasthénique, un surmené.

Le diagnostic ne sera souvent qu'un diagnostic de présomption, mais celui-ci est suffisant pour justifier un traitement.

II. *De l'insuffisance surrénale aiguë.*

Il se pose avec un empoisonnement, une entérite cholériforme, une péritonite appendiculaire, une occlusion intestinale, une pancréatite aiguë, une méningite, une crise d'apoplexie.

Le diagnostic en est souvent très difficile.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

— Il faut penser avant tout à la tuberculose.

— Ce n'est qu'exceptionnellement que la syphilis, qu'une tumeur sont en cause.

Quant aux infections : typhoïde, scarlatine, diphtérie, pneumonie, grippe, érysipèle, rougeole, etc., et aux intoxications par le chloroforme, des aliments ou des médicaments qui peuvent sembler déclancher une insuffisance surrénale aiguë, elles devront toujours faire discuter une action secondaire sur une glande fonctionnellement ou anatomiquement altérée.

TRAITEMENT

Il est souvent décevant, purement palliatif.

On employait autrefois : l'*opothérapie* surrénale totale par des glandes fraîches ou des extraits prescrits par voie buccale ou intramusculaire ;

L'*adrénaline* per os et surtout par voie rectale ou hypodermique ;

L'*huile cholestérinée.*

Depuis les travaux de Hartmann, Swingle et Piffner, on emploie l'*extrait cortical*, que l'on administre par voie intraveineuse tout au moins au début, à la dose de 2 à 5 cm^3 d'extrait par jour.

Dans les formes accusées, des doses de 20 à 50 cc. peuvent être nécessaires les premiers jours ; elles ont pu donner de très brillants résultats.

Le gros écueil de cette thérapeutique est son prix de revient très élevé. De plus, la médication injectée par voie intraveineuse donne souvent des chocs, et il existe des cas de résistance au médicament.

Plus récemment encore, on a préconisé :

Les injections de sérum salé ;

Les *régimes hyperchlorurés.*

Les résultats semblent à beaucoup d'auteurs aussi bons que ceux de la cortine.

Enfin, la *Vitamine C* a été préconisée.

Aussi, est-ce en associant le traitement par le chlorure de sodium, l'extrait cortico-surrénal, les *injections de chlorhydrate de cystéine*, d'acide ascorbique, que l'on pourra espérer les améliorations les plus prolongées.

J. FERROIR.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 74, p. 1174 et n° 76, p. 1206.

Aromathérapie (les huiles essentielles, hormones végétales), par R.-M. GATTEFOSSÉ, membre de la Société de pathologie comparée. Préface de M. le docteur FOVEAU DE COURMELLES, lauréat de l'Académie de médecine. 1 vol. de 188 pages. Girardot et Cie, éditeurs, 27, quai des Grands-Augustins, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 79. — SAMEDI 2 OCTOBRE 1937. 110e ANNÉE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpital d'Arles. — Un concours aura lieu le 27 octobre 1937, devant la Faculté de Marseille, pour une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux et hospices d'Arles-sur-Rhône.

S'adresser au Secrétariat des Hospices, à Arles (Bouches-du-Rhône).

Hôpitaux de Poitiers. — Un concours pour l'emploi de médecin suppléant s'ouvrira le lundi 25 octobre 1937, à l'Hôtel-Dieu de Poitiers, pour l'emploi de médecin suppléant des hôpitaux de Poitiers.

S'adresser au Secrétariat des Hospices, à Poitiers.

Hôpitaux psychiatriques. — M. le docteur Mondain, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome de Bailleul (Nord), a été affecté, sur sa demande, au poste de médecin-chef de service de l'hôpital psychiatrique départemental de Quimper (Finistère), en remplacement de M. le docteur Hacquard.

M. le docteur Tarbouriech, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome d'Armentières (Nord), est affecté, sur sa demande, au poste de médecin-chef de service à l'asile privé, faisant fonction d'asile public, de Privas (Ardèche), en remplacement de M. le docteur Fargier.

— Un poste de médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Bailleul (Nord) est actuellement vacant, par suite du départ de M. le docteur Mondain.

Guerre. — *Les incorporations dans le Service de santé en* 1938. — Par application des dispositions de la loi du 17 mars 1936, le ministre de la Défense nationale et de la Guerre a décidé qu'il serait procédé, en avril 1938, à l'incorporation des jeunes gens, docteurs en médecine, pharmaciens, chirurgiens-dentistes diplômés, des étudiants en médecine titulaires de douze inscriptions validées, des étudiants en pharmacie et en art dentaire, titulaires de huit inscriptions validées, qui, bénéficiaires d'un sursis d'incorporation, seront volontaires pour être incorporés à cette époque, ou qui, le 15 avril 1938, auront atteint la date limite à partir de laquelle ils ne peuvent plus obtenir sursis (jeunes gens, nés entre le 16 avril 1910 et le 31 mai 1910, et le 1er janvier 1911 et le 15 avril 1911).

Les jeunes gens visés ci-dessus, volontaires pour résilier leur sursis, devront adresser leur demande au commandant du recrutement dont ils dépendent avant le 25 février 1938, dernier délai.

Ils feront parvenir en même temps à cet officier supérieur toutes justifications utiles de situation de famille (mariage, naissance d'enfant, etc.) et de scolarité (nature des études, nombre d'inscriptions, diplômes obtenus, etc.).

Ministère de la Marine. — Le jury pour le concours de prosecteur d'anatomie aux écoles annexes de médecine navale de Toulon et Rochefort est ainsi modifié :

Président : M. le directeur du Service de Santé de la 3e région maritime.

Membres : M. Badelon, médecin principal, professeur agrégé (chirurgie générale) ; M. Morvan, médecin principal, chef de clinique à l'Ecole d'application.

Membre suppléant : M. Rigaud, médecin de 1re classe, chargé de cours d'anatomie à l'Ecole annexe de Toulon.

Fédération Nationale des Médecins du Front. — La « Fédération Nationale des Médecins du Front », qui groupe les huit associations de médecins ayant fait la guerre, nous

prie d'inviter le corps médical à ses manifestations d'automne 1937.

Le vendredi 22 octobre, la cérémonie de la flamme sous l'Arc de Triomphe aura lieu à 18 h. 30. Les membres de la Fédération sont instamment priés de se réunir dès 6 heures du soir sur le trottoir de gauche de l'avenue des Champs-Elysées, à la hauteur de l'Hôtel Astoria.

Tous les confrères qui ont le culte du souvenir voudront de joindre à eux, ainsi que les étudiants en médecine désireux de participer à cette pieuse manifestation.

Le jeudi 11 novembre, la cérémonie traditionnelle, en commémoration de l'Armistice, aura lieu à 9 h. 30 du matin dans la salle des Pas-Perdus de la Faculté de médecine, devant le monument aux Morts.

Le samedi 27 novembre, grande fête de bienfaisance, organisée au bénéfice de la caisse de secours, au Pavillon Dauphine (dîner par petites tables, soirée dansante).

CHRONIQUE

DEUX RECTEURS

Ainsi que nous l'annoncions il y a quelques jours, M. Roussy a succédé, à la date du 1er octobre, à M. Charléty.

Pour la première fois, un médecin devient recteur de l'Académie de Paris. La nomination de M. le professeur Roussy sera accueillie avec faveur. Notre doyen est un homme de science dont les travaux en neurologie et en anatomie pathologique sont connus de tous. Il a été le digne successeur de Letulle dans la chaire d'anatomie pathologique. Ses travaux sur le cancer lui ont valu la charge du Centre de Villejuif, qui est justement célèbre. Il a été aussi un très grand doyen. Par sa bienveillance envers les étudiants, par sa haute courtoisie avec ses confrères, il a conquis l'estime générale. Mais il a droit aussi à la reconnaissance de tous pour l'activité méthodique avec laquelle il a entrepris d'heureuses transformations et notamment la construction de la nouvelle Faculté sur les terrains de la Charité.

Enfin les journalistes médicaux sont très fiers de voir un des leurs — M. Roussy est membre du comité de direction de la *Presse médicale*, — placé à la tête de l'Université de Paris.

Si nous nous réjouissons de la nomination de Roussy, nous ne pouvons laisser partir M. Charléty sans lui exprimer nos regrets. M. Charléty a eu une carrière magnifique. Il la méritait. Professeur à la Faculté des lettres de Lyon, Directeur de l'Instruction publique à Tunis, puis après la guerre recteur de l'Université de Strasbourg, enfin recteur à Paris et membre de l'Institut, ce grand universitaire a rendu d'éminents services dont les étudiants et les médecins lui gardent une vive gratitude. Rappelons seulement le rôle qu'il a joué dans l'institution des prêts d'honneur, dans le développement de la Cité universitaire, et enfin dans l'élaboration des projets de Roussy pour la reconstruction de la Faculté de médecine.

En le saluant respectueusement avant son départ, mon souvenir se reporte vers l'époque, hélas lointaine, où mon ami le professeur Nobécourt et moi achevions nos études au lycée Henri IV, à l'ombre de la tour Clovis. Parmi nos brillants aînés, alors vétérans de rhétorique, se trouvaient Georges Gastinel, Mario Roustan, Charléty, pour n'en citer que quelques-uns.

Ils sont devenus, comme ils le promettaient, de très grands universitaires. Les années ont passé sans diminuer l'admiration que nous avions pour eux.

F. L. S.

Une exposition de projets pour dispensaires des maladies rhumatismales. — A la suite de différentes demandes adressées au Bureau international de la Ligue contre le rhumatisme, il a été question au cours du congrès de la I.S.M.H. et de la Ligue, à Oxford, d'organiser une exposition de projets pour dispensaires des maladies rhumatismales. Il conviendrait d'associer à ces projets le rhumatologue et l'architecte.

S'il est possible de se procurer les fonds nécessaires à ce projet, des gouvernements ou d'autres corps officiels y ayant intérêt au s'y intéressant, un concours sera également institué.

Pour renseignements complémentaires, on est prié de s'adresser au Directeur du Bureau international : Dr J. van Breemen, 389, Keizersgracht, Amsterdam.

Hommage au Professeur Raymond Grégoire. — Les élèves et les amis du professeur Raymond Grégoire ont décidé de lui offrir une médaille à l'occasion du 46e congrès français de chirurgie, qu'il préside.

Tout souscripteur de 100 fr. recevra un exemplaire de la médaille due au talent du maître graveur Pillet.

Prière d'adresser le montant des souscriptions à M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain. Chèques postaux N° 599.

XXIVe Congrès d'hygiène (Paris, 25-28 octobre). — Ce congrès s'ouvrira à Paris, à l'Institut Pasteur, le 25 octobre 1937, à 9 heures, sous la présidence effective de M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique. Le congrès sera présidé par M. E. Lesné, membre de l'Académie de médecine, président de la Société de médecine publique et de génie sanitaire.

Les trois questions à l'ordre du jour et qui feront l'objet des rapports sont : l'*Hygiène scolaire*, le *Lait sain* et les *Inadaptés urbains*.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, M. Dujarric de la Rivière, à l'Institut Pasteur, 28, rue du Docteur-Roux, Paris (15e).

PREMIER CONGRES INTERNATIONAL (1) DE L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE

Vichy, 16-18 septembre 1937

Président : M. le Professeur M. LOEPER ; vice-présidents : MM. les professeurs CADE, GIRAUD, P. MERKLEN et OLMER.

RESUME DES RAPPORTS (2)

BIOLOGIE

Président : M. le professeur Noël FIESSINGER.

L'exploration fonctionnelle de l'insuffisance hépatique. — K. GLAESSNER (Vienne). — Les épreuves fonctionnelles hépatiques ne sont pas encore assez précises ni suffisamment au point pour nous permettre de baser sur elles seules un diagnostic, il faut que l'examen clinique soit pratiqué parallèlement. Nous ne devons pas oublier, que si beaucoup d'altérations du parenchyme sont accompagnées de troubles fonctionnels, il existe aussi des altérations locales qui ne peuvent être révélées par un dysfonctionnement. Les épreuves fonctionnelles sont donc une partie seulement des examens qui doivent nous mener au diagnostic, un indice dans des affections déterminées.

Si l'on considère la série des fonctions à examiner, on voit qu'il est important de choisir celles qui sont simples, pratiques et rapides à rechercher. Dans ce sens, dans les affections hépatiques avec ictère, la recherche de l'urobiline dans l'urine et les selles est importante, puis vient la bilirubinémie, l'épreuve de saturation par la bilirubine et l'épreuve stalagmométrique. Dans les affections hépatiques sans ictère, entrent en considération la recherche des acides aminés dans l'urine, le sang, et des épreuves de moindre importance, la galactopexie hépatique et les modifications de la glycémie.

Le système réticulo-endothélial a aussi ses épreuves au moyen de colorants (sang, bile, urine). Les plus importantes me semblent les épreuves à la chloro- ou bromosulfophtaléine, du rose bengale, la réaction de Takata-Ara. Les autres examens sont trop difficiles dans la pratique ; en particulier, l'étude du suc duodénal n'entre en considération qu'en clinique.

Dans les grandes insuffisances hépatiques les épreuves fonctionnelles sont superflues, la clinique suffit le plus souvent ; dans les cas latents, légers ou au début, ces épreuves peuvent nous être utiles et importantes pour le pronostic. Je considère comme opportun la réunion de plusieurs examens ainsi que leur répétition. L'importance n'en est pas seulement diagnostique, ou pronostique, mais aussi pour la thérapeutique : pour une intervention chirurgicale et pour le choix du traitement interne.

L'insuffisance hépatique pigmentaire. — Mariano R. GASTEX et A. Lopez GARCIA (Buenos-Aires). Nos recherches sur la bilirubine et l'urobiline, dans l'urine, le sang et la bile, nous ont permis la différenciation de *deux types fondamentaux* parmi les tableaux si mêlés de l'*insuffisance hépatique pigmentaire.*

a) *Insuffisance hépatique pigmentaire lésionnelle :*

Elle traduit spécialement l'atteinte de la voie canaliculaire. Dans sa forme la plus pure on ne peut déceler aucun fléchissement de la fonction hépatique, au moyen des épreuves fonctionnelles courantes. Pour que ce syndrome puisse se réaliser, il faut une lésion hépatique et canaliculaire *en foyer.*

Quand le réseau canaliculaire a subi une atteinte généralisée, à l'*insuffisance lésionnelle* s'ajoute une insuffisance plus ou moins démontrée par les *épreuves fonctionnelles,* selon leur sensibilité. La théorie pathogénique de l'ictère exposée par Hiyeda, à laquelle nous nous sommes ralliés, explique aisément la raison de cette interdépendance.

b) *Insuffisance hépatique pigmentaire fonctionnelle :*

On ne peut pas la constater sans qu'il existe toujours en même temps, un certain degré, plus ou moins important, d'insuffisance lésionnelle.

L'analyse judicieuse des données que nous offre l'étude de l'urobiline et de la bilirubine indirecte et directe, nous permet de discerner, dans la plupart des cas, celle qui, des deux insuffisances, domine le tableau symptomatique.

En plus de la fonction hépatique, l'étude des variations pathologiques de la bilirubine et l'urobiline nous donne un renseignement assez précis sur l'existence et l'évolution des syndromes hémolytiques, qui se rattachent de si près au foie.

La fonction soufrée du foie. — Léon BINET (Paris). On connaît depuis longtemps la présence de soufre dans le tissu hépatique ; reste à préciser la portée de ce soufre.

On sait bien l'existence dans la bile d'un procédé soufré, l'acide taurocholique et on a analysé, avec détail, le mécanisme et la portée de la sulfoconjugaison.

Le rapporteur s'est attaché d'abord à l'exposé de la fonction dite thiopexique et thiooxydante du foie. Il s'est efforcé ensuite d'analyser le rôle joué par le foie dans le métabolisme de glutathion.

Le foie se caractérise par sa haute teneur en glutathion total, le glutathion réduit y est prédominant ; le jeûne prolongé diminue la réserve de glutathion constituée dans cet organe et l'étude du sang permet de démontrer que si, durant la phase digestive, le sang perd du glutathion à ce niveau, inversement, pendant la phase du jeûne, le sang s'enrichit en glutathion au cours de la traversée hépatique.

D'autre part, l'auteur rapporte des faits démontrant que diverses atteintes du foie (ligature aseptique du canal cholédoque — intoxication par l'arsenic, le chloroforme, l'alcool ; — gavage alimentaire), entraînent une baisse sérieuse du taux du glutathion hépatique.

Peut-être doit-on faire jouer au glutathion un rôle dans la fonction antitoxique exercée par le foie ; les récents travaux consacrés au pouvoir antitoxique du glutathion permettent d'émettre cette hypothèse.

La peau et le foie. — Erich URBACH (Vienne). Les relations entre le foie et la peau peuvent être de trois sortes :

1° *La maladie ou le trouble fonctionnel du foie est la cause de dermatoses.*

Dans ce groupe rentrent les affections cutanées causées par un métabolisme défectueux du foie ou par des produits toxiques de ce métabolisme : l'ictère et ses suites, prurit, urticaire, impétigo ; certaines pigmentations spéciales, particulièrement celles du visage ; les eczémas, l'hydroa vacciniforme ; certaines dermatoses provoquées par la lumière ; la xanthélasmatose et d'autres affections cutanées dérivant de troubles dans le métabolisme des lipoïdes.

En outre, par l'action de substances sensibilisatrices provenant d'un trouble hépatique, peuvent naître des der-

(1) Voir *Gaz. hôp.* n° 77, p. 1210 et n° 78, p. 1233.

(2) Nous tenons à adresser nos vifs remerciements au docteur Aimard, admirable secrétaire général qui fut l'âme du Congrès, à nos collègues Boudin, Lesobre, Jean Trémolières et Jacques Loeper, internes des hôpitaux de Paris, qui ont bien voulu réunir la documentation nécessaire à la presse médicale. Nos remerciements vont aussi tout particulièrement à notre confrère Crinon et au commandant Feuillade. Ce dernier a été comme Aimard, sur la brèche depuis deux ans. Il a droit, ainsi que ses dévoués collaborateurs, à la gratitude de tous.

F. L. S.

matoses à forme d'urticaire, de maladie de Quincke ou de dermatite généralisée.

2° *Les troubles du foie sont la suite d'affections cutanées*, telles qu'inflammations graves d'origine chimique, physique ou anaphylactique.

3° *Maladie du foie et maladie de la peau sont des symptômes coordonnés d'une cause toxique commune.* La pigmentation de la peau dans le diabète bronzé (cirrhose pigmentaire diabétique) ; la combinaison de l'angiomatose et de la cirrhose du foie.

4° *Courte discussion des résultats obtenus dans le traitement des dermatoses par l'extrait de foie* (dans les exanthèmes médicamenteux, en particulier les dermatites causées par le salvarsan ; dans l'hydroa vacciniforme ; les dermatoses provoquées par la lumière ; les eczémas, l'urticaire, le prurit, etc., consécutifs à un trouble hépatique).

Le foie et les glandes endocrines. — C. I. Parhon (Bucarest). Outre ses fonctions biligénétique, uréogénétique, glycogénétique, et ses fonctions « internes », le foie représente aussi une glande endocrine.

Il y a lieu de considérer avec certaines réserves que le foie sécrète des hormones antianémiques, réglant la circulation, diurétiques, régulatrices de la nutrition des centres nerveux et de leur excitabilité et vraisemblablement d'autres encore.

La bile elle-même, ou certains de ses constituants, semble également agir aussi par voie hormonale.

Le rôle endocrinien du foie semble bien commencer au cours de la vie embryonnaire et avant ses fonctions glycopexique et biligénétique.

Il y a lieu de se demander si, pendant cette époque de l'existence, il n'intervient pas dans l'histogénèse et dans l'organogénèse.

Il existe de nombreuses corrélations entre le foie et les autres glandes endocrines.

Certaines hormones excitent la régénérescence hépatique et interviennent vraisemblablement dans l'hépatogénèse. Nous citerons en premier lieu les hormones intestinales, puis une hormone antérohypophysaire, la thyroxine et, vraisemblablement, une (ou plusieurs ?) hormones pancréatiques.

La vagotonine, la cortine, l'hormone du corps jaune favorisent l'accumulation du glycogène, tandis que la thyroxine, l'adrénaline, l'insuline, les hormones génitales, une hormone rétrohypophysaire mobilisent le sucre hépatique.

L'adrénaline et l'insuline semblent agir de la même façon à l'égard des protéines et des graisses hépatiques tandis qu'une hormone rétrophypophysaire favorise l'accumulation des lipides dans le foie.

La fonction biliaire est stimulée à son tour par certaines hormones dont la sécrétine doit être citée en première place.

D'autres hormones, telles que la folliculine, semblent exercer à ce point de vue une action inhibitrice.

Il est vraisemblable que les différentes hormones interviennent par voie directe et aussi par l'intermédiaire du système nerveux pendant les différentes phases des fonctions digestives, de l'activité musculaire, des fonctions de reproduction, etc., pour solliciter l'activité hépatique.

L'étude du foie comme glande endocrine et de ses corrélations avec les autres glandes endocrines, offre un grand intérêt théorique et pratique et mérite de rester encore pendant quelque temps à l'ordre du jour.

Manifestations hépatiques d'origine malarique. — N. Hamilton Fairley (Londres). On observe communément l'hypertrophie du foie dans les formes graves de la malaria, et particulièrement lorsque l'infection est due au *Plasmodium falciparum*. Quant à l'ictère, il est d'observation assez fréquente.

Anatomie pathologique. — A l'autopsie, on constate de la congestion et de l'hypertrophie du foie ; la coloration de cet organe varie suivant la quantité de pigment malarique qu'il contient. La vésicule biliaire est distendue par de la bile noirâtre, épaisse, et, dans les cas chroniques ou après une attaque de fièvre pernicieuse, elle peut contenir des calculs pigmentaires. L'examen microscopique permet de constater des veines congestionnées et contenant des globules rouges qui hébergent les parasites de la malaria. Les cellules de Küpfer renferment des amas de pigment malarique brunâtre et les cellules polygonales de l'hémosidérine. On rencontre quelquefois des cellules parenchymateuses hypertrophiées, d'aspect sombre et même nécrosées.

Mécanisme de l'apparition de l'ictère. — L'ictère peut être d'origine hémolytique, d'origine toxique ou procéder à la fois des deux. Dans la malaria, l'hémolyse est surtout un phénomène intracellulaire et, dans ce cas, les globules rouges parasités et lésés sont phagocytés par les cellules endothéliales du réticulum, qui contiennent bien moins d'hémoglobine que les globules ordinaires, en raison de la destruction intraglobulaire de l'hémoglobine par les parasites de la malaria. L'hémoglobine est transformée en hémosidérine qui se dépose dans les cellules du foie, de la rate et des reins et en hémobilirubine, qui circule dans le sang (réaction indirecte de Van den Bergh) et cause l'ictère hémolytique. L'excès de ce pigment est converti en cholébilirubine ou pigment biliaire. Il en résulte une production surabondante de bile, avec vomissements bilieux, selles bilieuses et urobilinurie. L'hémolyse intra-vasculaire s'observe dans la fièvre pernicieuse et, dans ce cas, l'hémoglobine circulant dans le sang en dehors des globules, est, en partie, excrétée par l'urine et, en partie, convertie par le plasma en pseudo-méthémoglobine, qui, à son tour, donne naissance à de l'hématine, et, enfin, à l'hémosidérine et à l'hémobilirubine. Quand les cellules polygonales subissent des modifications de dégénérescence, les sels et les pigments biliaires apparaissent dans le sang et sont éliminés par l'urine.

Discussion clinique. — Ci-dessous les diverses formes cliniques observées : (1) hépatomégalie avec symptômes gastriques et, peut-être, diminution de sécrétion acide ; (2) fièvre rémittente bilieuse associée à un ictère hémolytique ou toxique ; dans le dernier cas, il y a de l'hépatite malarique véritable, les sels et les pigments biliaires apparaissent dans l'urine, le plasma donne une réaction de Van den Bergh directe à deux phases ou retardée, pendant que l'essai de coloration à la Brom-sulphaline peut être positif ; (3) calculs pigmentaires, qui peuvent compliquer la malaria chronique ou la fièvre pernicieuse ; (4) cirrhose paludéenne du foie, laquelle est une entité clinique, mais non pathologique.

MEDECINE

Président : M. le professeur Noël Fiessinger.

Les gros foies de l'enfance. — R. Debré, G. Semelaigne et E. Gilbrin (Paris). MM. Robert Debré, G. Semelaigne et E. Gilbrin n'ont retenu qu'un groupe nosologique particulier, individualisé depuis peu de temps et qu'ils ont proposé de ranger sous le vocable de polycorie (πολυ : beaucoup et κοπος : satiété). L'hépatomégalie est en effet due à l'accumulation dans le parenchyme hépatique de substances de réserve : glycogène ou graisse.

Comme toutes les polycories, l'hépatomégalie polycorique est idiopathique. Elle survient sans qu'aucune intoxication, aucune infection, aucune erreur de régime, aucune faute d'hygiène ait pu se produire. L'hépatomégalie peut être reconnue depuis les premiers mois de la vie et la

relative fréquence des cas familiaux confirme l'origine congénitale des polycories.

L'hépatomégalie est considérable et isolée ; il n'existe ni splénomégalie ni troubles digestifs.

Le retard de la croissance constitue le deuxième signe fondamental.

La répartition de la graisse de couverture est anormale. Dans la plupart des cas, le contraste est frappant et la disproportion évidente entre la face joufflue, le cou court, le torse gras, d'une part, et, d'autre part, les fesses maigres et les membres grêles, surtout les membres inférieurs. Les masses musculaires participent à ces troubles de la trophicité générale, l'hypotrophie musculaire est localisée aux fessiers et aux membres inférieurs.

Ce syndrome clinique si particulier s'accompagne d'un trouble du métabolisme des hydrates de carbone : hypoglycémie à jeun, hypersensibilité à l'insuline, variabilité des courbes d'hyperglycémie provoquée. Les modifications de la glycémie sont polymorphes, aucun chiffre, aucune courbe ne peuvent être considérés comme spécifiques des hépatomégalies polycoriques.

Les modifications du métabolisme des lipides sont presque aussi importantes que celles des glucides : cholestérol et lipides totaux sont nettement augmentés.

La présence de corps cétoniques dans l'urine constitue le troisième élément biochimique important.

L'évolution de la maladie est favorable, qu'il s'agisse de maladie glycogénique ou de stéatose massive. Aucun signe clinique ne permet de différencier ces deux variétés : même hépatomégalie isolée, même retard de croissance, même curieuse répartition des graisses de couverture. Le seul signe différentiel signalé est la cétonurie ; même si cette divergence est précisée, elle ne nous paraît pas suffisante.

Une forme très particulière mérite d'être individualisée : l'apparition clinique, l'existence de syndromes humoraux à allure diabétique au cours d'un syndrome clinique polycorique au cours d'un diabète. L'identité des polycories, la succession possible de polycories et de diabètes, nous inclinent à penser qu'il faut considérer ces diabètes à évolution si particulière comme des formes graves de la polycorie.

Le tableau clinique des hépatomégalies polycoriques est si nettement individualisé qu'il ne peut guère prêter à confusion. Mais la distinction entre glycogénose et stéatose ne peut être faite que par un examen anatomique. Le glycogène peut être accumulé seul. Mais la présence de glycogène en quantité anormalement abondante peut être associée à une accumulation de lipides, dans d'autres cas la stéatose massive est isolée.

La cellule hépatique est remplie d'une substance particulière qui est une de celles que l'organisme met normalement en réserve. La cellule hépatique n'est pas lésée, ce qui explique la relative bénignité de l'affection, la possibilité d'une existence sensiblement normale et même d'une guérison. La prolifération du tissu conjonctif a été notée ; elle ne crée pas de prédisposition vers une évolution cirrhotique.

La physiopathologie des polycories n'est pas encore élucidée. Les auteurs allemands insistent sur la stabilité particulière du glycogène *post mortem*. Cette conception nous paraît beaucoup trop étroite. Elle est insuffisante pour expliquer le polymorphisme des troubles de la régulation glycémique et les troubles constants de la croissance. Nous pensons qu'il s'agit d'une lésion anatomique ou simplement d'un fonctionnement vicieux du complexe neuro-endocrinien responsable de la régulation glycémique. Les faits anatomiques rapportés sont encore trop peu nombreux et demandent à être confirmés.

LES ŒDÈMES DES HEPATIQUES

Les œdèmes des hépatiques. Etude clinique : facteurs extra-hépatiques de production. — J. Olmer (Marseille). Actuellement on connaît bien les diverses modalités cliniques que peuvent revêtir ces œdèmes. L'*infiltration du tissu cellulaire sous-cutané* peut rester discrète : d'ordinaire localisée à la partie distale des membres inférieurs, elle peut parfois débuter au niveau de la face.

La participation des séreuses est fréquente, mais les épanchements pleuraux s'observent plus souvent que ne le disent les classiques. Il faut encore faire jouer au syndrome hydropigène un rôle dans *la pathogénie de certains symptômes viscéraux* : pulmonaires (dyspnée), digestifs (vomissements ou diarrhées), cérébraux enfin (délire, convulsions, parfois coma).

Au point de vue de leur évolution, *les œdèmes peuvent marquer le début d'une affection hépatique.*

Plus souvent l'œdème survient au cours d'une affection confirmée et déjà diagnostiquée : il a surtout alors un intérêt pronostique, paraissant traduire bien souvent, en effet, une poussée d'insuffisance hépatique.

Quel que soit son moment d'apparition, *l'œdème peut régresser complètement*, sous l'influence du repos, de la diète, de l'opothérapie hépatique. *D'autres fois, sa régression reste incomplète ou nulle, ou bien même on constate une augmentation :* c'est qu'il s'agit alors d'insuffisance hépatique grave à laquelle d'ailleurs s'associent en général d'autres facteurs pathologiques.

De nombreuses recherches ont été entreprises chez les hépatiques présentant de l'œdème. Mentionnons les résultats fournis par l'étude *du test d'Aldrich et Mac Clure*, du *test d'imbibition* de Labbé et Violle, du *test de transsudation* de Fiessinger.

On peut démontrer aussi chez ces sujets *l'existence d'un trouble du métabolisme de l'eau* par des constatations cliniques (opsiurie, ralentissement du débit urinaire) ou par les résultats chez les hépatiques de l'épreuve de la diurèse provoquée.

***

La plupart des affections du foie sont susceptibles de s'accompagner d'œdèmes. Parmi elles, les cirrhoses occupent la première place. Mais avant même le stade de cirrhose, les hépatites, quelle que soit leur nature, peuvent se compliquer d'œdème. Enfin l'œdème a été décrit dans le cancer du foie, l'abcès du foie, après la colique hépatique, au cours du foie cardiaque, etc...

Parmi les facteurs extra-hépatiques de production des œdèmes, *le facteur mécanique* a trouvé dans la théorie de l'hypertension portale ou de la stase portale une base solide. L'importance de ce facteur est bien mise en évidence par l'étude du balancement entre les œdèmes et l'ascite. L'abaissement de l'indice réfractométrique est dû à une véritable dilution du sang aux dépens du liquide d'œdèmes apparents ou latents.

Quel que soit l'intérêt du facteur mécanique, il ne saurait expliquer tous les faits.

La théorie rénale s'appuie sur des arguments anatomiques. L'atteinte rénale peut être la conséquence de l'hypertension portale ou bien elle est due à l'action des produits résultant de l'autolyse hépatique. Enfin, on peut aussi admettre que les mêmes facteurs étiologiques lèsent à la fois le rein et le foie, déterminant une hépato-néphrite.

L'intervention de ce facteur rénal est parfois indiscutable, mais il ne semble pas qu'il doive être généralisé.

La participation cardio-vasculaire a pu être parfois invoquée. Cette participation cardiaque semble surtout importante dans les cirrhoses pigmentaires.

Mais c'est surtout l'altération de la paroi capillaire qui paraît jouer un rôle dans la production des œdèmes. Enfin,

des *troubles endocriniens* paraissent également intervenir. Ces faits sont actuellement à l'étude, mais ils paraissent déjà, pour la thyroïde en particulier, solidement établis.

Les facteurs qui interviennent pour expliquer l'apparition d'œdèmes dans les maladies du foie sont nombreux. Il importe de déterminer ceux qui sont en cause dans chaque cas particulier pour en tirer d'utiles déductions dans la conduite du traitement.

Etude chimique des œdèmes hépatiques. — A. Lemaire et A. Varay (Paris). L'œdème hépatique n'est pas simple. Parmi les nombreux facteurs qui doivent être considérés dans son étude pathogénique, les constituants chimiques sont au premier plan.

Le rôle des albumines sanguines a été invoqué à la suite des travaux de Starling, de Bayliss et de Govaerts, Abrami et Wallich ont décrit au cours des cirrhoses du foie un syndrome des albumines sanguines, caractérisé par une hyposérinémie avec inversion du rapport sérine/globuline. Les observations de N. Fiessinger et Mlle Gothié et les propres constatations des auteurs tendent à faire admettre qu'il est fréquent d'observer ces perturbations des protides sanguines au cours des affections hépatiques et des cirrhoses, en particulier. Mais ce fait n'a rien de constant et il n'est ni nécessaire, ni suffisant pour expliquer l'existence d'œdèmes chez ces malades. Les études expérimentales qui permettent de créer des hyposérinémies par intoxications, régimes hypoazotés ou plasmaphérèses autorisent les mêmes réserves.

Le rôle hydratant du chlorure de sodium se vérifie au cours des œdèmes hépatiques. Comme certains autres électrolytes, il constitue un élément favorisant, mais ni exclusif, ni spécifique, dans la genèse des œdèmes hépatiques. Expérimentalement, la chloruration est nécessaire pour faire apparaître l'œdème chez les animaux en hyposérinémie artificielle. L''influence de l'équilibre acido-basique est probable, mais n'est pas établie d'une façon précise. Le coefficient lipocytique de Mayer et Schaeffer témoigne du pouvoir d'hydratation cellulaire, mais rien ne permet d'établir une relation quelconque entre l'hypercholestérolémie et les rétentions aqueuses. L'eau peut intervenir en tant que constituant chimique. Le professeur Noël Fiessinger a étudié les traversées aqueuses chez les hépatiques et a montré l'intérêt de l'étape tissulaire, dans laquelle « l'eau hétérogène devient autogène » et dont le trouble explique l'opsiurie chez ces malades.

Enfin, l'origine proprement hépatique de certains œdèmes dépendant directement d'une lésion parenchymateuse et cellulaire, impose la recherche d'un facteur toxique. Le professeur Lœper et ses collaborateurs ont incriminé des substances hydropigènes qui s'apparentent à l'histamine et qui sont des bases aminées résultant de l'association du noyau imidazol à plusieurs radicaux. Les méthodes chimiques permettent de caractériser ces substances dans les urines, le sérum, et les liquides d'épanchement. L'étude expérimentale des imidazols montre leur pouvoir hydropigène. La formation de l'histamine se fait dans l'intestin par décarboxylation de l'histidine sous l'influence de certains germes. Certains aliments sont histominophores ou histaminogènes. Enfin les processus de désintégration peuvent engendrer des susbtances toxiques. Le rôle du foie est complexe : non-résorption, désintégration cellulaire ou blocage circulatoire, et l'action de ces substances met en valeur le rôle de la paroi filtrante dans la production de l'œdème.

Physiologie expérimentale. — A. Lathan Crandall et A. C. Ivy (Chicago), W. Norman Elton (Reading), A. Bassler (New-York), Hyman I. Goldstein (Camden). Le foie remplit dans l'organisme des fonctions physiologiques importantes et nombreuses. Le glucose du sang a pour origine aussi bien le glycogène que des substances autres que les hydrates de carbone. L'homéostase de la glycémie dépend des fonctions hépatiques. Le pouvoir que possède le foie de mettre des vitamines en dépôt est spécial. Beaucoup de désordres sont produits par une réduction de la bile. Les lésions du foie ont souvent pour conséquence l'ulcère peptique. Il y a interdépendance du foie et du système nerveux central, comme on l'observe dans la dégénérescence parenchymateuse diffuse du cerveau, dans la sclérose multiple et dans d'autres états neurologiques.

Une altération de la fonction du foie se manifeste par des troubles qui sont la base des épreuves fonctionnelles du foie. Ces épreuves se répartissent essentiellement en 14 classes différentes. Chaque test est en rapport avec des maladies différentes et doit varier suivant la fonction particulière du foie qui est intéressée. Une critique de l'épreuve de la bilirubine et un plaidoyer en faveur de la « technique de l'anneau » sont présentés. Cette dernière est importante dans l'ictère pour mettre les épreuves en relation avec la maladie dans laquelle l'ictère apparaît. A ce point de vue, il est désirable de se souvenir des divers facteurs étiologiques suivants : obstruction des canaux biliaires, altérations du foie, surcharge pigmentaire, élévation adynamique du seuil de l'excrétion, élévation dynamique du seuil de l'excrétion et persistance du canal veineux d'Aranius. On attire l'attention sur l'importance clinique de l'ictère équilibré, régressif et progressif, ainsi que de l'ictère statique et dynamique. Les trois épreuves de la bilirubine sont comparées dans leurs applications aux divers états cliniques.

On trouve exposée la question des phosphatases du sang dans la détermination des fonctions rénales, les épreuves de la bilirubine et de l'acide hippurique, et on note que dans les diverses maladies du foie, chacun de ces tests n'a qu'une valeur clinique limitée. Dans le diagnostic différentiel des hépatopathies, l'évolution clinique est importante au point de vue diagnostic et plusieurs de ces états sont comparés à ce point de vue. Dans les maladies et les désordres du système nerveux cérébrospinal et autonome, les troubles des fonctions hépatiques ont une importance étiologique. Celles-ci agissent directement ou par voie réflexe et il en résulte des états neurologiques ou mentaux. La disparition de la fonction de détoxication du foie produite par des états intestinaux ou favorisant ces états est discutée. La mort hépatique produite par des affections chroniques et sa signification dans les états mentaux et pathologiques est examinée et le traitement exposé en détail. Il en est de même pour les crises thyroïdiennes. Dans l'anémie pernicieuse, le foie peut être cause et conséquence ; les symptômes neurologiques sont décrits et les indications de l'hépatothérapie sont étudiées. Les conséquences neurologiques du jeûne de toute origine sont décrites dans leurs relations avec les insuffisances hépatiques et vitaminiques. Le foie exige, dans le diabète sucré, plus d'attention qu'on ne lui en accordait jusqu'ici et la déficience de la sécrétion externe du pancréas intervient comme facteur dans cette affection. Les états hépatiques et neurologiques associés avec les maladies des voies biliaires sont exposés.

Le terme de « cirrhose alcoolique du foie » doit disparaître puisque l'ingestion de boissons alcooliques n'est qu'une cause secondaire ou indirecte et que des états pathologiques identiques surviennent dans beaucoup de maladies non alcooliques. L'importance de beaucoup de maladies de la nutrition et des nerfs dans les toxémies, la goutte, etc..., est détaillée.

Une bibliographie des maladies et des désordres du foie, en relation avec la nutrition générale et avec les maladies ou les désordres du système nerveux, est donnée. On y retrouvera des indications spéciales pour la dégénérescence hépato-lenticulaire progressive, les effets des toxines sur le foie, l'hémochromatose, les lipoïdoses, etc...

Syndromes hépatiques neurogènes et neuro-endocriniens. — N. Pende (Rome) et M. Bufano (Sassari). Les états de *vagotonisme hépatique* (prédominance de l'innervation du vague, pneumogastrique), tout en assurant la richesse du foie en glycogène et une bonne résistance à l'acide lactique d'origine musculaire, servent d'obstacle à la mobilisation des graisses de l'organisme, à leur combustion dans le foie, à la désassimilation et transformation de la cholestérine. Par contre, les états de *sympathicotonisme hépatique* (prédominance de l'innervation sympathique) appauvrissent le foie en glycogène et favorisent la combustion des graisses, l'acétonémie et la lactacidémie, ainsi que la désassimilation du cholestérol.

Même en ce qui concerne les protides, nous pouvons également admettre que la pauvreté de la cellule hépatique en glycogène détermine *ipso facto* une augmentation de la combustion des protéines dans le foie, comme on l'observe dans le diabète pancréatique expérimental du chien, dans l'hyperthyroïdisme et l'hyperadrénalisme clinique, de même que dans les cas de diabète humain grave. Cela signifie que l'activité et la désassimilation des protides et des lipides sont également subordonnées à la rapidité et à l'activité de la synthèse glycogénique : lorsque celle-ci est affaiblie (sympathicotonisme, excès d'hormones sympathicotropes, comme l'adrénaline, la thyroxine, la pituitrine), la désassimilation lipo-protéique se trouve augmentée ; et, inversement, lorsque la synthèse glycogénique est renforcée (vagotonisme, excès d'hormones vagotropes, comme l'insuline et la cortine), la désassimilation lipo-protidique subit une diminution.

Tout ceci nous autorise à admettre l'existence fréquente d'états de *dissociation fonctionnelle, d'origine neuro-génique et neuro-endocrinienne du foie*, un hypo-hyperhépatisme, caractérisé par l'exaltation de certaines fonctions et la dépression de certaines autres. C'est ainsi qu'en ce qui concerne l'hyperthyroïdisme, nous avons montré, mes élèves Bufano, Capra, de Flora et moi-même, qu'il est caractérisé par une exaltation des fonctions cataboliques du foie, alors que la fonction anabolique de glycogène et de resynthèse de l'acide lactique se trouve inhibée. Au contraire, dans la vagotonie morbide, dans l'hyperthyroïdisme, dans l'hyperinsulinisme, dans l'hyperthymisme (états vagotoniques d'origine endocrinienne), on trouve une exaltation des fonctions de glycogénèse et de resynthèse de l'acide lactique et une inhibition des fonctions cataboliques de glycogénolyse, de désassimilation de la cholestérine, des graisses et des amino-acides.

Il convient d'ajouter, en outre, que dans les états vagotoniques hépatiques, la sécrétion biliaire peut être augmentée, mais la circulation biliaire ralentie par atonie des conduits excréteurs, par stase sanguine vasodilatatrice ou par spasme du cholédoque ; dans les états hépatiques sympathicotoniques, au contraire, le foie peut être petit, par suite d'une vaso-constriction, avec atonie de la vésicule biliaire, d'origine neurogène. C'est ainsi que les déséquilibres endocriniens jouent un grand rôle dans la pathogénie hépatique fonctionnelle courante.

Les insuffisances circulatoires du foie. — Maurice Villaret, L. Justin-Besançon, René Cachera et René Fauvert (Paris). Les auteurs, dans une première partie de leur rapport, montrent que le foie possède une activité circulatoire propre, réglée par des mécanismes vaso-moteurs autonomes. Ils exposent leurs recherches sur le comportement vasculaire du foie et sur le rôle de cet organe dans l'hydraulique circulatoire. Ils montrent, en particulier, l'importance du réservoir sanguin hépatique sur le contrôle de la circulation de retour ; le foie pouvant être considéré à cet égard comme un véritable « volant » destiné d'une part à protéger le circuit veineux et à régulariser le débit cardiaque, et d'autre part à contribuer à régler la quantité de sang circulant exigée par l'activité organique.

Dans une seconde partie, les auteurs étudient les insuffisances circulatoires hépatiques, considérées comme des défaillances des mécanismes vasculaires régulateurs du foie.

Dans un premier groupe, en dehors des faits classiques d'asystolie hépatique, les auteurs distinguent différentes variétés de foies cardiaques moins bien individualisées jusqu'ici : foies de stase vasculaire isolés, voire camouflés, pour le diagnostic desquels l'étude de la pression veineuse est particulièrement précieuse ; foies cardiaques « actifs » qui traduisent l'effort de compensation du mécanisme vasculaire hépatique contre la stase circulatoire, et qui précèdent la stase passive véritablement asystolique.

Dans un second chapitre, les auteurs envisagent les insuffisances circulatoires liées à l'inhibition du système vasomoteur hépatique, en dehors de toute déficience myocardique, ils en montrent des exemples dans les états de « choc ».

Sont étudiées ensuite, dans une troisième catégorie, les perturbations circulatoires localisées au foie : les congestions actives hépatiques.

Viennent enfin les déductions thérapeutiques que comporte cette étude physiologique et clinique, parmi lesquelles les auteurs préconisent les modalités de la diététique des boissons, le rôle comparé des tonicardiaques et des traitements de déplétion, en particulier des diurétiques organo-mercuriels, les traitements du choc et l'action respective des agents pharmacodynamiques comme l'adrénaline, l'éphédrine, l'hypophyse et de la transfusion sanguine.

THERAPEUTIQUE

Président : M. le professeur Pierre Mauriac.

L'insuffisance cellulaire du foie et ses indications thérapeutiques. — R. de Grailly (Bordeaux). De Grailly remarque que l'*insuffisance hépatique* est un terme beaucoup plus utilisé que celui d'*insuffisance cellulaire*. Le premier terme indique un syndrome clinique et de laboratoire, le deuxième suppose en outre des lésions cellulaires.

Après avoir éliminé les insuffisances de type Mann et Magath, l'auteur étudie l'insuffisance clinique ou expérimentale. *Il n'y a pas*, dit-il, *de spécificité histo-phisio-pathologique étroite, mais des coïncidences lésionnelles cliniques et fonctionnelles assez fréquemment rencontrées.* La cellule hépatique n'est pas tout ; la cellule de Kupffer joue également un certain rôle ; les faits étiologiques aussi.

Quant aux moyens d'études, en dehors des autopsies, c'est la ponction et la biopsie du foie qui paraissent devoir être utilisées.

Première conclusion : dans les formes graves ou moyennes, une certaine correspondance existe entre les troubles cliniques, fonctionnels et cyto-pathologiques ; dans les formes légères, il n'existe, *classiquement*, aucune lésion histo-pathologique connue.

Après avoir passé en revue les données de l'histologie, l'auteur pense qu'il faut éliminer le point de vue analytique et classer les insuffisances cellulaires *suivant l'intensité des troubles cliniques, fonctionnels et anatomo-pathologiques.* Il distingue quatre formes : les trois premières ayant une correspondance anatomo-pathologique (formes aiguës, subaiguës et chroniques correspondant à l'ictère grave, aux cirrhoses malignes et aux cirrhoses à évolution lente) ; la quatrième forme (petite insuffisance cellulaire) n'a pas, *classiquement*, d'assise histologique précise ; l'auteur a réalisé des insuffisances cellulaires, légères ou moyennes et transitoires, par des ingestions de produits anormaux ou toxiques. La fonction glycogénique est momentanément perturbée pour retrouver ensuite ses caractères normaux. Pa-

rallèlement, il a étudié ce *test glycogénique* sur des biopsies du foie chez l'homme dans des formes sévères.

Il y a donc une proportion entre l'atteinte du glycogène cellulaire et l'insuffisance du foie ; *la petite insuffisance cellulaire peut être définie comme le seuil d'altération de la cellule à partir duquel quelques modifications du glycogène cellulaire commencent à se produire.*

Parallèlement, un auteur japonais, Kenkoo Taniguchi, a étudié, par biopsies, le chondriome du foie humain ; il a vu que, dans les formes légères d'insuffisance, le chondriome était peu atteint ou même pas du tout ; il revêtait des altérations très particulières dans les formes plus importantes. *Il semble donc possible, grâce aux tests glycogénique et mitochondrial, de définir les petites insuffisances cellulaires.*

Le traitement sera, d'une façon générale, étiologique, pathogénique et symptomatique. Le régime, le traitement opothérapique, les cholagogues, les cures thermales, les actions thérapeutiques combinées sur l'intestin, le foie et le rein, seront utilisées ainsi que la cure de suppléance *glycose-insuline* dans les formes graves.

De Grailly envisage ensuite les cas particuliers : les grandes insuffisances, les moyennes insuffisances et, surtout, les petites insuffisances dans lesquelles c'est plus souvent le traitement du métabolisme que le traitement du foie qui doit être utilisé.

En conclusion, l'insuffisance cellulaire du foie peut être définie, anatomiquement, par le test glycogénique et par le test mitochondrial, cliniquement et fonctionnellement par les symptômes, l'évolution, les signes de laboratoire.

Quant au traitement, il ne saurait que bénéficier des données cytopathologiques au moins autant que des données fonctionnelles.

La médication hépatique dans les accidents d'intolérance. — Marcel BRULÉ et Jean COTTET (Paris). Il est difficile, en l'état actuel de nos connaissances, de préciser avec exactitude quelle est l'importance de l'insuffisance hépatique dans la genèse des états d'intolérance.

On garde l'impression clinique que l'insuffisance hépatique joue un rôle dans l'apparition des diverses manifestations d'intolérance, mais que les troubles fonctionnels du foie, s'ils ont leur importance, ne représentent probablement qu'un élément de ce déséquilibre général de l'organisme qui conditionne l'intolérance.

Cliniquement. — S'il est possible de grouper les sujets présentant des accidents d'intolérance diathésique ou de sensibilisation dans le cadre des insuffisances hépatiques, il est impossible de mettre particulièrement en relief la déficience de la glande hépatique. Il en est de même d'ailleurs des sujets présentant des accidents de la chimiothérapie, certains auteurs pensent même que les sujets jeunes, bien portants, ne présentant aucune tare organique, en sont plus souvent victimes que les malades atteints d'une insuffisance hépatique caractérisée.

Les recherches de laboratoire n'apportent pas une plus grande précision. Il faut tout d'abord insister à nouveau sur la difficulté d'interprétation des épreuves d'insuffisance fonctionnelle du foie au cours de la petite insuffisance hépatique. Si ces épreuves ont une certaine valeur au cours des affections s'accompagnant d'une insuffisance hépatique intense, elles en ont peu chez les sujets ne présentant pas une maladie caractérisée. S'il semble que l'insuffisance hépatique soit assez fréquente au cours des intolérances diathésiques et de sensibilisation, il n'est pas prouvé qu'elle soit plus fréquente qu'au cours de toute autre maladie.

Une insuffisance hépatique décelée avant la mise en œuvre d'un traitement chimiothérapique ne serait pas une contre-indication à ce traitement. En effet, l'insuffisance peut être liée à la maladie causale ; il en est ainsi dans la syphilis. Au cours du traitement, l'apparition de signes positifs d'insuffisance hépatique tels que bilirubinémie ou urobilinurie, comme signes annonciateurs d'accidents chimiothérapiques, n'ont de valeur que s'ils sont permanents et progressifs.

Seule *l'expérimentation animale* a permis de montrer le rôle capital du foie dans la genèse du choc anaphylactique. Mais, contrairement à ce qu'auraient pu faire supposer les observations cliniques, il semble que le choc nécessite un fonctionnement actif du foie. Or, ce qu'il faudrait démontrer, c'est qu'une déficience hépatique antérieure prédispose à des accidents d'intolérance ou les rend plus graves.

Quelle que soit la thérapeutique dite hépatique employée, elle ne présente pas une spécificité suffisante pour permettre d'affirmer que le médicament agit strictement en améliorant les fonctions du foie. L'opothérapie hépatique utilise des extraits de composition mal définie. L'action thérapeutique se fait-elle par l'intermédiaire d'une hormone hépatique spécifique, ou par action désensibilisante ? La médication cholagogue agit-elle en stimulant la glande hépatique ou en modifiant le milieu intestinal ? Les médicaments cholérétiques sont-ils actifs en lavant le foie et en le débarrassant de substances toxiques ou en stimulant le parenchyme hépatique (augmentation du glycogène, du glutathion) ou en modifiant le milieu intestinal par le flux biliaire qu'ils entraînent ? Enfin, la médication alcaline, dont les cures hydro-minérales sont le type, agit-elle directement sur le foie ou par l'alcalose digestive qu'elle provoque, comme le veut Loeper ?

Ce sont autant de questions auxquelles il est encore impossible de répondre. Tout au plus peut-on dire qu'au cours des accidents d'intolérance les médications hépatiques sont utiles dans un très grand nombre de cas.

En résumé, au terme de ce rapport, il est curieux d'insister sur les opinions opposées des différents chercheurs : alors que les cliniciens s'ingénient à mettre en évidence l'insuffisance hépatique chez les malades atteints d'accidents d'intolérance, alors que les thérapeutes cherchent à soulager ces malades par une médication hépatique, les expérimentateurs nous montrent qu'il faut que le foie soit présent et que le foie soit sain pour que les accidents anaphylactiques se produisent chez l'animal.

Le pronostic de la crise opératoire par l'examen des fonctions hépatiques. — Pierre DUVAL, GATELLIER, Jean-Charles ROUX, GOIFFON (Paris). Alors que les troubles cliniques et humoraux observés à la suite d'une intervention chirurgicale sont actuellement bien étudiés et réunis en un syndrome qui mérite le nom de maladie post-opératoire, les doutes et les discussions persistent lorsqu'il s'agit d'établir le pronostic de la crise opératoire. Or, parmi les troubles les plus accusés, une place prépondérante revient à la destruction des albumines. Cette destruction, avant d'aboutir à l'urée, surcharge l'organisme de produits de désintégration albuminoïde. Devant cette surcharge de déchets autogènes, le travail au ralenti du foie ne peut transformer ces derniers en urée. D'où l'apparition dans le sang d'un taux augmenté des polypeptides, états de protides suffisamment dégradés pour faire figure d'albumines étrangères, mais insuffisamment pour être associés aux acides aminés non toxiques. On comprend l'importance des variations simultanées ou inverses des chiffres des polypeptides et de l'urée dans le pronostic de la crise opératoire, lorsque le rein n'est pas lésé.

Il faut envisager l'hyperazotémie post-opératoire, non pas dans sa signification rénale, mais dans sa signification hépatique. En comparant l'azotémie et la polypeptidémie, trois éventualités peuvent se présenter dans les suites opératoires : 1° ascension parallèle de l'azotémie et de la polypeptidémie : le pronostic dépend de la chute des polypeptides ; 2° azotémie normale et hyperpolypeptidémie crois-

sante : pronostic très mauvais ; 3° hyperazotémie même élevée, polypeptidémie décroissante : pronostic très favorable.

Ayant constaté l'action favorable de l'extrait hépatique sur les suites opératoires (950 cas), l'un des auteurs a recherché expérimentalement l'action de cet extrait hépatique sur les polypeptides. Après une injection d'extrait hépatique, d'une façon constante le taux des polypeptides baisse s'il est élevé, reste stationnaire s'il est normal. L'urée de l'urine augmente de 30 % dans un tiers des cas ; la quantité des urines augmente de 50 à 70 %. Or cet extrait hépatique est représenté par 90 % de polypeptides moyens. Les injections de petites quantités de polypeptides étrangers, extraits du foie, ont donc une action excitante sur le foie.

Le rôle thérapeutique et favorable de l'extrait hépatique étant associé à la chute des polypeptides est une preuve de plus de l'importance de la polypeptidémie dans le pronostic de la crise opératoire, et du rôle de la glande hépatique.

L'insuffisance hépatique pré et post-opératoire et son traitement préventif et curatif. — B.-O. PRIBRAM (Berlin). 1° L'insuffisance hépatique est, dans la majorité des cas, la conséquence d'une hépatite au sens le plus large de ce terme. Le traitement de l'insuffisance devient donc, dans la plupart des cas, un traitement de l'hépatite.

2° Sous sa forme la plus légère, l'hépatite consiste en un œdème du foie qui est caractérisé par sa fugacité. C'est fréquemment le signe d'une débilité constitutionnelle du foie, et par suite du fait que cet œdème apparaît souvent après l'usage de certains aliments, il revêt un caractère allergique ; on peut le comparer à l'urticaire de la peau et parler d'une urticaire du foie.

3° Le meilleur traitement est de le combattre par voie osmotique, c'est-à-dire, en employant la solution hypertonique de glycose à 40 %.

4° L'inflammation séreuse se distingue de cet œdème fugace, en ce que la première s'accompagne de production d'un exsudat riche en albumine, qui est résorbé bien plus difficilement ; cette résorption se fait ordinairement par la voie lymphatique.

5° Il existe une hépatite lymphangitique avec tuméfaction des ganglions périportaux, ayant parfois un caractère surtout toxico-allergique, survenant quelquefois au cours d'une infection générale : grippe, angine, par exemple. Dans ce dernier cas, l'amygdalectomie doit être envisagée ; cela a souvent donné de bons résultats.

6° L'existence d'une insuffisance hépatique influence le choix de nos anesthésiques : l'Evipan, l'Avertine, le Pernocton sont contre-indiqués. Parmi les anesthésiques généraux, seul l'éther devrait être employé ; autrement, c'est à la rachianesthésie et à l'anesthésie locale qu'il faut recourir.

7° Le traitement opératoire d'une affection hépato-biliaire institué à temps, en particulier lors des occlusions du cholédoque, constitue la meilleure prophylaxie et, par suite, le meilleur moyen d'empêcher une insuffisance hépatique.

8° Quand on supprime chirurgicalement une occlusion cholédocienne traînante, on observe deux formes d' « insuffisance aiguë » : l'une qui aboutit directement au coma en peu de jours ; l'autre, dans laquelle les accidents cardio-vasculaires sont au premier plan.

9° Dans les hémorragies cholémiques qui peuvent, dans un certain sens, être considérées comme la conséquence d'une insuffisance hépatique, l'usage des vitamines C et D s'est montré efficace.

10° Dans les troubles intestinaux de l'hépatite, ainsi que dans les pancréatites avec selles graisseuses et diarrhée, l'emploi d'une hormone extraite de la paroi de la vésicule biliaire, la « Cholécysmon », a fait remarquablement ses preuves comme activateur.

11° Dans le traitement chronique de l'insuffisance hépatique, un nouveau procédé pour améliorer le fonctionnement du foie a été indiqué : c'est la *gymnastique de la cellule hépatique.* Il consiste dans la production artificielle d'une alternance rythmique d'assimilation et de désassimilation dans la cellule. Les résultats dans les affections chroniques du foie, en particulier dans les cirrhoses, dépassent de loin ceux que permettent les méthodes jusqu'ici en usage.

Le régime alimentaire dans la réparation du foie malade. — F. GALLART-MONÈS (Barcelone). Si nous voulons réparer le foie malade au moyen d'une diététique appropriée, il faut prendre en considération les données suivantes :

1° Les troubles métaboliques que l'insuffisance ou la faillite d'une quelconque de ses multiples fonctions peut occasionner, peuvent être évités dans un certain degré par une alimentation appropriée ;

2° Les troubles de digestion et d'absorption que produisent le défaut ou la diminution de la bile dans l'intestin ;

3° Les altérations produites par la congestion veineuse due à un obstacle total ou partiel de la veine porte ;

4° Les relations et suppléances fonctionnelles existantes entre le foie et d'autres organes de l'économie.

Une étude des fonctions du foie doit précéder toujours toute tentative de diète ; elle comprendra l'étude :

a) Du métabolisme des protéines dans ses relations avec le foie ;

b) Du rôle de cet organe dans le contrôle métabolique des hydrates de carbone ;

c) De son intervention dans l'utilisation des graisses et dans la formation des pigments biliaires ;

d) De la relation existante entre le foie et le métabolisme de l'eau et de certains corps minéraux (soufre, phosphore, chlore, potassium, calcium, fer, etc.) ou organique comme l'acide ascorbique ou vitamine C.

D'ailleurs, nous pouvons favoriser la réparation du foie d'une façon indirecte, en évitant par le régime la formation de produits toxiques qui exercent une action léthale sur la cellule hépatique, et agir ainsi directement sur certaines complications fréquentes chez ces malades, lesquelles entravent la régénération de la glande.

Plus localisée sera la lésion du parenchyme, plus grand sera son pouvoir régénérateur. Par contre, dans les insuffisances, dans lesquelles la dégénérescence sera très avancée, nous obtiendrons peu de succès par la diète.

Chaque maladie du foie exigera des caractéristiques spéciales en ce qui concerne le régime alimentaire à suivre, mais il est évident que toutes, quelle que soit leur cause, bénéficieront d'une heureuse influence en se soumettant aux règles générales exposées dans ce rapport.

La thérapeutique hydrominérale de l'insuffisance hépatique. — M. PIERY et M. MILHAUD (Lyon). D'après notre observation anatomo-clinique, il nous paraît à la fois exact et fécond de revenir à l'ancienne conception de Gilbert, à laquelle Géraudel a apporté un fondement précis, mais passé trop inaperçu, la conception des insuffisances hépatiques par *hypohépatie* et celle des insuffisances hépatiques par *hyperhépatie*, en y joignant le groupe d'avenir des *dyshépaties.*

L'observation clinique aux cures hydrominérales, la nôtre, permettent justement, croyons-nous, de superposer en partie à la conception anatomo-clinique précédente, deux grands groupes d'eaux minérales, suivant leur action *excitatrice* ou *modératrice* sur le fonctionnement global de la glande hépatique, auxquels il faut joindre le groupe intermédiaire des eaux minérales *équilibrantes.* Il est possible de faire état d'actions thermales plus dissociées encore, lors-

qu'elles s'exercent, elles aussi, sur les insuffisances hépatiques dissociées.

Parmi les *eaux minérales surtout activantes des fonctions hépatiques*, s'inscrivent les eaux bicarbonatées sodiques (Vichy, Vals, le Boulou, Neuenahr, Vidago) et, à un degré moindre, les eaux bicarbonatées calciques de Pougues, Saint-Alban. Ce sont ces eaux que nous avons vu réussir dans toutes les insuffisances hépatiques, subaiguës passagères ou chroniques. De plus, dans certaines insuffisances hépatiques dissociées, nous voyons apparaître, aux côtés de Vichy, station polyvalente, les eaux de Châtel-Guyon dans l'insuffisance biliaire.

Dans l'insuffisance uricolytique, Pougues, Evian, prennent place à côté de Vichy. La fonction glyco-régulatrice est amendée dans les anhépaties, en dehors de Vichy, à Vittel, Contrexéville, à Pougues-Alice. L'équilibre acide-base, régularisé à Vichy, s'est révélé à nos observations poursuivies à Bourbonne-les-Bains, sur les rhumatismes chroniques.

Schématiquement opposées au groupe précédent, existent *les eaux minérales modératrices des fonctions hépatiques*. Ce sont les *eaux sulfatées calciques et magnésiennes* de Vittel, Contrexéville, Capvern, Miers, Encausse, Barbazan, de San-Pellegrino, les eaux *sulfatées chlorurées de* Brides et aussi de Saint-Gervais. Les eaux sulfatées chlorurées bicarbonatées de Saint-Aré, en France, de Carlsbad de Marienbad et, dans une certaine mesure, les eaux classées chlorurées sodiques mais renfermant du sulfate de soude de Montecatini et de Kissingen, ce sont toutes ces eaux, disons-nous, qui sont indiquées dans les hyperhépaties globales, congestions hépatiques qui sont souvent des poussées d'hépatite, avec gros foie chez les pléthoriques, les arthritiques, les goutteux, les gros mangeurs, les hypertendus porteurs d'hémorroïdes, telle est la clientèle qui, empiriquement depuis des lustres est traitée au groupe des stations précédentes.

Mais là encore on rencontre certaines hyperhépaties dissociées avec leur correspondance thermale. L'hypersécrétion biliaire, avec subictère des coloniaux, des paludéens au début, est justiciable de Vittel, de Brides ; l'hyperuréogénèse, de Vittel, de Contrexéville ; l'hyperuricémie, des eaux sulfatées calciques, mais aussi de Pougues, d'Evian. L'hyperglycémie avec ou sans diabète hyperhépatique, mais qui paraît bien appartenir, elle aussi, au syndrome d'hyperhépatie, est justiciable de la Bourboule, de Pougues. L'hypercholestérinémie s'améliore surtout à Vittel, à Contrexéville, mais aussi à Vichy.

Mais, nous l'avons dit, un certain nombre d'eaux minérales agissent pour *régulariser les fonctions de la cellule hépatique* abaissées ou relevées. Au premier rang, parce que son action paraît bien globale, Vichy et les eaux bicarbonatées sodiques se classent parmi ces eaux minérales *équilibrantes* dites encore eutrophiques. Mais de plus, certaines sources sur lesquelles nous ne reviendrons pas, possèdent ces mêmes propriétés régulatrices à l'égard de telle ou telle fonction de la cellule hépatique.

(*Association de la Presse médicale française.*)

(*A suivre.*)

Histoire de l'homéopathie française, par Charles Janot. Petit in-8° de 253 pages, édité par l'auteur, 70, rue Boucicaut, à Fontenay-aux-Roses (Seine).

Pouvons-nous vacciner nos enfants contre la tuberculose avec le B C G, par le docteur M. Ferrus. Petit in-8° de 96 pages. Prix : 5 fr., chez Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, à Paris, 1936.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(Séance du 6 septembre 1937)

L'utilisation des anatoxines dans le traitement des toxi-infections en évolution. La séro-anatoxithérapie. — M. Gaston Ramon. Le succès de l'emploi de l'anastaphylotoxine dans la thérapeutique de diverses affections dues au staphylocoque, a donné à M. G. Ramon l'idée d'utiliser dans le traitement de certaines autres toxiinfections, par exemple la diphtérie et le tétanos, les anatoxines spécifiques jusqu'ici réservées à la prévention de ces maladies.

M. Ramon fera connaître plus tard le détail de ses recherches au sujet de l'application du traitement tel qu'il le conçoit. Aujourd'hui il se borne à indiquer le principe de la thérapeutique nouvelle.

La séro-anatoxithérapie s'ajoute aux appplications déjà nombreuses des anatoxines : vaccinations, vaccinations associées, séro-vaccinations, anatoxithérapie.

(Séance du 13 septembre 1937)

La régénération de la tête chez les lombrics après amputation. — M. Marcel Avel apporte une étude expérimentale du rôle joué, dans la régénération de la tête chez les lombrics, par les parties anciennes immédiatement voisines de la surface d'amputation.

(Séance du 20 septembre 1937)

L'isochronisme neuro-musculaire comme fait empirique. — M. Louis Lapicque.

LIVRES NOUVEAUX

Les Gastropathies des syphilitiques, par Carlos Bonorino Udaondo, professeur à la Faculté de médecine de Buenos-Aires. Lettre-Préface du professeur Emile Sergent (1).

Cet ouvrage apporte les résultats d'une expérience prolongée et méthodiquement dirigée, qui permettront de reconnaître la place qu'il convient de faire à la syphilis dans l'étiologie et la pathogénie de certains troubles.

On a démesurément élargi le domaine de la syphilis dans l'origine des viscéropathies. Ce n'est pas parce qu'un sujet a été infecté par le tréponème et conserve de cette agression des stigmates indélébiles que toutes les lésions locales, viscérales ou autres, dont il peut être atteint, sont nécessairement des conséquences générales de la syphilis. Il importe donc beaucoup de préciser les éléments indiscutables du diagnostic des gastropathies des syphilitiques.

D'autre part, s'il existe des signes anatomo-cliniques propres à la nature syphilitique de certaines gastropathies, cela n'exclut pas la possibilité de troubles qui, sans être dus à la détermination gastrique de la syphilis, n'en sont pas moins sous la dépendance de celle-ci.

Conduire le diagnostic au milieu de ces divers cas, comparer une expérience personnelle à celle des auteurs qui ont traité la question sur des bases solides, indiquer les grandes lignes du traitement de ces affections, tels sont les buts de ce volume.

(1) Un volume de 216 pages, avec 19 figures. Prix : 32 fr. Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 80. — MERCREDI 6 OCTOBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**	Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Etudiants : **25** francs par an.	Tous les autres pays : **75** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE



INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Le *jury du concours de l'internat* est composé provisoirement de la façon suivante : MM. de Sèze, Chiray, Lévy-Valensi, Duvoir, Comte, Meillère, Velter, Lenormant, Quénu et Séguy, qui ont accepté ; MM. F. Bezançon, Armand-Delille, Chevassu, Heitz-Boyer et Alglave, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

Hôpitaux psychiatriques. — M. le docteur Mignardot, reçu au concours du médicat des asiles en 1937, avec le N° 3, a été nommé médecin-chef de service à l'hôpital privé faisant fonction d'asile public de Leyme (Lot).

M. le docteur Perrot, reçu au concours du médicat des asiles en 1937, avec le N° 4, a été nommé médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Saint-Lizier (Ariège).

M. le docteur Daumezon, reçu au concours du médicat des asiles en 1937, avec le N° 7, a été nommé médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle).

Faculté de médecine de Paris. — La visite médicale (facultative) des nouveaux étudiants aura lieu dans les divers services de clinique auxquels ils seront affectés pour le stage hospitalier. Les renseignements nécessaires seront donnés en temps utile dans les cliniques.

Ministère de la Santé publique. — Le *Journal officiel* du 1er octobre publie un décret instituant un *Conseil supérieur de la protection de l'Enfance.*

Par arrêté du 30 septembre 1937, M. le docteur Cavaillon, médecin chargé d'études au ministère de la Santé publique, est nommé conseiller technique au Secrétariat général permanent du Conseil supérieur de la protection de l'Enfance.

Guerre. — *Ecole du Service de santé militaire.* — Liste des candidats admis à l'Ecole du service de Santé militaire à la suite du concours de 1937 (section de médecine).

A. — Candidats à douze inscriptions

Chevallier, Taséi.

B. — Candidats à huit inscriptions

Delahousse, Chaumeix, Guyomarch, Méchali, Rondreux, Boucheron, Hosotte, Beltrando.

C. — Candidats à quatre inscriptions

Horiot, Desprez, Fervel, Huot, Robert, Morer, Prince, Villa, Bloch, Lorcy, Hourtiguet, Canas, Barthélemy, Prat, Ruzié, Porcq, Schott, Pédoussaut, Bouvier, Trouiller, Estragnat, Malaval, Babouat, Le Rumeur, Davin, Sagnier, Reynaud, Gagne, Jarniou, Richard, Guyader, Testu, Blochet, Girard, Gilbert-Devallons, Bourdet, Escolivet, Sélosse, Panis, Jaubert, Charcosset, Frézières, Troupeau, Laquièze, Vidal, Cellier Duthil, Pallas, Barrière, Dechazal, Thobie, Renault, Billon, Faure, Guyard, Collos, Perrot, Baillet, Boithias, Rey, Debois, Durand, Colson, Beaufort, Chauvet, La Fay, Tillier, Fourment.

D. — Candidats P. C. B.

Tissier, Monnier, Laurent, Granier, Minvieille, Laur, Martin, Carli, Flot, Talent, Barry, Poujade, Carraud, Sifantus, Ronflet, Méar, Nosny, Gueye, Lacombe, Charcosset, Michallet, Pujol, Lacolley, Fontan, Seys, Cuinet, Delord, Strich, Dantoine, Gontier, Comptour, Defrance, Mafart, Rivelon, Galy, Lansiaux, Ponse, Bascoulergue, Richard, Vaichère,

Girard, Costevec, Rousset, Couture, Ropars, Bonhomme, Conjeaud, Manginot, Marrec, Martin, Béon, Bénard.

E. — Candidats à vingt inscriptions

MM. Ravelonanozy, Gaslonde, de Verbizier, Daurand.

En cas de démission de candidats admis, une liste complémentaire sera éventuellement publiée.

Les élèves admis à la suite du concours de 1937 devront se présenter au médecin général, directeur de l'Ecole du Service de santé militaire, 18, avenue Berthelot, à Lyon, le 15 octobre 1937, à huit heures du matin.

Troupes coloniales : M. le médecin commandant Saint-Etienne a été, après concours, nommé assistant des hôpitaux coloniaux (section bactériologie).

Cours de pratique chirurgicale oto-rhino-laryngologique du professeur Georges PORTMANN, donné à Paris du jeudi 21 octobre au mercredi 27 octobre 1937, avec la collaboration des docteurs J. Auzimour et Chabert, du professeur agrégé Despons et du docteur Paul Leduc.

Ce cours, essentiellement pratique, comprend des séances opératoires de démonstration. Chaque assistant sera individuellement initié aux détails de la technique chirurgicale et de l'anesthésie.

Ces séances opératoires seront précédées d'un exposé théorique, après examen de malades, accompagné de projections et de films cinématographiques.

Droit d'inscription : 250 francs.

Les inscriptions seront reçues chez le professeur G. Portmann, 25 *bis*, cours de Verdun, à Bordeaux.

U.M.F.I.A. — On signale à l'U.M.F.I.A. le dénûment dans lequel se trouvent les réfugiés espagnols, aussi nous serions reconnaissants à nos confrères de bien vouloir adresser les vêtements et tous effets d'hiver dont ils pourraient disposer, au Comité France-Espagne, 51, rue d'Anjou, Paris.

Dr L. DARTIGUES,
Président-Fondateur de l'U.M.F.I.A.

Nécrologie. — Le docteur Henri Lapervenche, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, décédé à Agen.

— Le docteur Maurice Jacquemont (de Roubaix) ; il était le père du docteur André Jacquemont, à qui nous adressons nos très sincères condoléances.

— Le docteur Cailleret, décédé à Vaucottes (Seine-Inférieure).

— Le docteur Henri Duclaux, chirurgien de la Chambre des Députés.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COURS D'INSTRUCTION. QUART DE PLACE

M. Guerret, député, demande à M. le ministre de la Défense nationale et de la Guerre, si le port de l'uniforme est obligatoire pour la délivrance du billet de chemin de fer à quart de place aux sous-officiers de réserve en déplacement pour assister à des cours d'instruction militaire.

Réponse. — Réponse négative. Les billets de chemin de fer au tarif militaire sont délivrés aux cadres de réserve (officiers ou sous-officiers) se rendant aux séances des écoles de perfectionnement, sur présentation de l'autorisation, délivrée en accord avec les grands réseaux, sans qu'ils soient nécessairement revêtus de la tenue militaire.

LIVRES NOUVEAUX

Les hémorragies utérines avant et après la ménopause, par Claude BÉCLÈRE. Préface du docteur Jean QUÉNU. — Un vol. de 210 pages avec 68 figures. 50 fr. — Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Médecins, chirurgiens et radiologistes ne sont pas d'accord sur les causes réelles ni sur le traitement des hémorragies qui surviennent à l'époque de la ménopause. L'ouvrage de M. Claude Béclère, basé sur l'étude minutieuse de plus de 150 observations, établit sur une base solide des faits nouveaux longuement vérifiés.

« Avant la ménopause », 70 p. 100 des hémorragies sont d'origine fonctionnelle et dues à un trouble hormonal de l'ovaire. Il est inutile d'opérer ces femmes, le traitement médical a jusqu'ici peu d'action, c'est le triomphe de la roentgenthérapie. Mais 30 p. 100 des malades présentent « des lésions cachées » utérines ou salpingiennes, qu'il est indispensable de dépister précocement pour leur appliquer le traitement chirurgical. L'auteur montre en particulier que le « cancer du corps de l'utérus » est à cette période nettement plus fréquent qu'il n'était jusqu'ici classique de le dire.

Par contre, « après la ménopause », ce même cancer du corps de l'utérus ne s'observe pas dans 95 p. 100 des cas comme certains l'affirmaient : en réalité il n'existe que chez « la moitié des malades ». Les autres présentent de simples « lésions bénignes », justiciables d'un traitement médical ou diathermique.

L'auteur décrit en détail les méthodes qui permettent de diagnostiquer ainsi les diverses causes des hémorragies utérines. Un interrogatoire minutieux en est la base, un syndrome clinique très fréquent et jusqu'ici méconnu est un guide précieux. Mais « l'hystérosalpingographie » et le « curettage biopsique » sont indispensables pour établir avec certitude le diagnostic que la simple clinique ne permet même pas toujours de soupçonner.

En somme la métrorragie, si elle n'est pas due au cancer, peut être due à une lésion bénigne du corps utérin : métrite, polype, fibrome. Elle peut même se produire sans que la cavité utérine soit le siège d'une lésion quelconque. Si bien qu'aux métrorragies lésionnelles, le docteur Claude Béclere oppose les métrorragies fonctionnelles, imputables à un trouble de la fonction ovarienne.

APPLICATION DES MÉTHODES DE LABORATOIRE A LA CLINIQUE

ERREURS ET RÉSULTATS

Par M. Ed. JOLTRAIN

C'est l'honneur de la Médecine Française et ce fut aussi sa gloire au cours des siècles, d'avoir placé la Clinique à sa base et considéré qu'art et science tout à fois, elle était la condition essentielle d'un diagnostic précis et par conséquent d'une thérapeutique rationnelle.

La Clinique, comme son nom l'indique, vient d'un mot grec, qui évoque le malade couché dans son lit. C'est l'étude non pas de la maladie en elle-même, mais bien du malade, de son tempérament, de son état constitutionnel, de sa psychologie, en un mot du terrain sur lequel la maladie évolue. C'est ensuite l'étude minutieuse de tous les symptômes qui s'offrent à nos sens constituant autant de signes qui deviendront des arguments importants dans la discussion du diagnostic de la maladie et dans l'établissement du traitement.

Nous savons tous le rôle important que doit jouer dans l'étude clinique du malade l'interrogatoire patient, pendant lequel on entre en confiance avec lui. Il faut laisser parler le malade tout en dirigeant l'entretien et noter ses attitudes, lui donner enfin rapidement l'impression que son cas vous passionne et qu'il est votre ami. Il faut observer attentivement ses réactions, ses gestes. Il faut discrètement connaître ses antécédents héréditaires ou personnels, le faire parler sur sa famille et sur lui. Nous savons tous que de cette première prise de contact résulteront de précieuses indications et ce qui est indispensable pour le guérir, la confiance que vous lui inspirerez.

La prise d'une observation clinique demande non seulement une somme de connaissances considérables, mais encore un esprit de synthèse qui s'oppose quelquefois, et vous m'excuserez d'insister sur ce point, à l'esprit analytique et de spécialisation. C'est pour cette raison qu'en médecine il faut être un praticien avant de devenir un spécialiste.

La « *leçon clinique* » qui est à la base de la Médecine Française c'est celle qui est donnée par le professeur au lit du malade.

Enseigner, c'est choisir et simplifier. Choisir parmi les mille renseignements qui nous sont donnés par les nombreux signes recueillis au cours de l'examen ; simplifier c'est mettre chacun à sa place avec sa valeur particulière et c'est établir dès rapports de cause à effet sans méconnaître ni les lentes acquisitions du passé ni les résultats donnés par l'empirisme en admettant que sous ce terme général, si souvent mal interprété, nous comprenions surtout l'expérience des observateurs et des cliniciens de l'antiquité.

Mettre en lumière les parties saillantes, en faire ressortir la portée générale, insister sur les faits qui éclairent l'histoire de l'affection, tel est le travail du professeur de Clinique.

Quand nous commencions nos études médicales, l'étude du diagnostic était la représentation fidèle des lésions organiques et le clinicien s'efforçait de démontrer aussi clairement que possible l'état des viscères atteints.

La connaissance de l'état des organes demeure bien un des premiers actes de la pensée médicale mais, en face d'un malade atteint d'une tuberculose pulmonaire par exemple, nous nous efforçons de connaître le siège, l'étendue, la profondeur des lésions, et le diagnostic topographique n'est complet que lorsque nous avons précisé l'aspect anatomique de la maladie.

Le jour où, sous l'impulsion de Laënnec, l'école organicienne nous forçait à nous représenter derrière le diagnostic clinique l'inspiration anatomique, la Médecine sortit de l'empirisme et l'esprit clinique commença à la pénétrer en attendant les révélations de la méthode expérimentale.

Chaque période marque un progrès à partir de cette époque et chaque époque eut ainsi sa marche à l'Etoile. Ce fut d'abord l'anatomie pathologique, puis la physiologie qui nous donnèrent les renseignements non seulement sur les lésions, mais sur les troubles fonctionnels des organes ; au fur et à mesure que les progrès sont venus, la Médecine pénétrait plus avant dans l'étude des phénomènes morbides, s'élevant par étapes successives du symptôme à la lésion, de la lésion aux troubles fonctionnels pour parvenir aux causes et au mécanisme des maladies.

Une instrumentation plus précise est venue peu à peu compléter les renseignements qui nous étaient apportés par nos sens et je n'évoquerai devant vous ni les sthétoscopes, ni les marteaux à réflexes, ni les appareils souvent trompeurs qui nous servent à mesurer la pression artérielle, ni même la radioscopie et la radiographie que nous ont apporté, vous le savez, tant de renseignements remarquables. Ces documents ont une telle précision merveilleuse qu'on a tendance aujourd'hui à leur accorder une valeur trop grande sans se douter peut-être que tous les appareils, si perfectionnés soient-ils, sont autant que nos sens susceptibles de nous induire en erreur.

Qu'il me suffise de rappeler les erreurs possibles des examens radiologiques, la difficulté d'interprétation de certains d'entre eux et les différences obtenues dans les pressions artérielles suivant que l'on se sert de tel ou tel appareil de mesure.

Tous les cliniciens ont présent à la mémoire de fâcheuses erreurs de diagnostic qui ont été jusqu'à faire opérer des malades pour des calculs qu'on ne trouvait pas dans une vésicule ou un bassinet, ou qui ont rempli d'angoisse, en raison d'un appareil défectueux, certains hypertendus à l'annonce de pressions artérielles de hauteurs exagérées.

J'en dirai autant des Méthodes de laboratoire appliquées à la Clinique. Elles sont d'autant plus dangereuses dans bien des cas qu'elles se présentent à nous avec l'apparence de méthodes scientifiques dont les résultats sont absolus. On a trop souvent enseigné à

(1) Conférence faite le mercredi 30 juin à la Maison départementale de Nanterre, à l'occasion des Journées médicales de Paris, sous la présidence du Professeur Tanon, médecin chef des Services d'Hygiène.

nos élèves le respect qu'ils devaient avoir pour les procédés scientifiques de recherche et de mesure.

Messieurs, et je m'adresse surtout aux jeunes, rappelez-vous que l'esprit mathématique en médecine sert trop souvent à édifier des formules erronées, parce que les mathématiques partent toujours d'une base précise et stable, alors que les humeurs de l'homme, sujet de nos expériences et point de départ de nos théories, sont particulièrement instables et en continuelle et permanente transformation.

C'est dans la constante rupture d'équilibre et dans sa tendance au rétablissement que réside la vie même de nos tissus. Sans doute, le sang, le plasma, le liquide céphalo-rachidien, la salive, le suc gastrique et les urines sont les miroirs des phénomènes fondamentaux qui se passent dans notre organisme, mais au fur et à mesure que se perfectionnent nos techniques se multiplient les difficultés et s'amoncellent les causes d'erreur. Voilà ce qu'il importe de savoir.

Apprenons-nous à nous méfier des renseignements donnés par les méthodes de laboratoire et songeons surtout à ne pas attacher trop d'importance aux résultats donnés par l'une d'elles quand ces résultats ne concordent pas avec les autres.

« Quand une expérience semble donner raison à une hypothèse, disait mon Maître Widal, recommencez-la 20 fois. Quand l'expérience démontre votre erreur, il est inutile de la recommencer, c'est elle qui a le plus souvent raison. »

Si nous voulons attacher aux méthodes de laboratoire une valeur absolument scientifique, si nous ne faisons pas passer les renseignements qu'elles nous fournissent à travers le crible de notre esprit critique comme nous le faisons pour le symptôme clinique recueilli par notre observation, nous risquons de faire du mauvais travail. Cette idée, vous la trouverez exprimée par beaucoup de nos collègues. Cette thèse a fait l'objet d'un discours récent de mon ami le Professeur Tanon.

Peut-être viendra-t-il un jour où les progrès de la médecine pure se ralentiront, où l'on sera obligé de faire appel à la mesure et aux seules méthodes de laboratoire, c'est l'avis et l'idéal de quelques-uns de nos amis savants biologistes. Tous les jours, dans cette voie, nous accomplissons des progrès. C'est à Pasteur, qui n'était pas médecin et qui venait d'étudier les levures et les ferments, qu'on doit l'entrée de la médecine dans cette magnifique ère de progrès que fut la bactériologie, la découverte de l'immunisation, des vaccinations et de la sérothérapie ; de même c'est peut-être à un chimiste et à un physicien que la médecine de demain devra ses progrès.

Les sciences ne peuvent que gagner à se prêter un mutuel appui. Chaque fois que nous montons sur un faîte, c'est pour apercevoir les lueurs annonciatrices de nouvelles aurores.

En voulez-vous des exemples : ce sera facile. C'est le naturaliste Schaudinn qui découvre le tréponème de la syphilis ; c'est Wassermann qui, en se basant d'ailleurs sur une théorie fausse, en appliquant une méthode française et la découverte de Bordet, trouve le sérodiagnostic de cette maladie.

Déjà la question du cancer s'oriente dans une voie nouvelle. S'il existe un terrain particulier qui aide à sa production et dont, de jour en jour, nous découvrons les nouveaux éléments, si des causes multiples sont capables de produire la division mitosique qui est à la base du cancer, si les carbures cancérigènes extraits du goudron et certaines substances ostréogènes ont même formule chimique, si certains produits arsenicaux sont susceptibles de fabriquer des cellules cancéreuses sur un terrain déterminé, si des agents physiques comme les rayons X ou le radium en font autant, il n'en est pas moins vrai qu'aujourd'hui c'est la notion des virus chimiques qui domine la pathologie du cancer. Stanley, un chimiste, précipite le virus du sarcome de Rous ou de certains granulomes sous forme de cristaux. Wykoff, un physicien, trouve une ultra-centrifugeuse nouvelle capable de faire 60.000 tours à la seconde dans le vide et qui permet de précipiter des virus cancéreux directement sous une forme cristalloïde. Ce virus, substance cristallisée, est capable de reproduire la maladie chez l'animal auquel on l'injecte. Ce nouveau centrifugeur permet encore de dissocier les molécules de l'anticorps et celles de l'antigène.

Carrel parvient à faire vivre avec l'appareil de Lindbergh des glandes endocrines comme le corps thyroïde et même les cellules des ganglions sympathiques pendant plus d'un mois avec sa circulation normale et sans modification de sa sécrétion habituelle.

Si je commence par cet exposé c'est pour bien vous démontrer que nul plus que moi n'est convaincu des progrès que les méthodes de laboratoire peuvent et doivent faire accomplir à la Médecine, et vous ne m'accuserez pas de partialité lorsque je vais maintenant jetant un cri d'alarme vous mettre en garde contre les erreurs auxquelles exposent la substitution de ces méthodes à la vieille et saine Clinique et la tendance actuelle de leur attacher pour la constitution du diagnostic et dans l'établissement d'une thérapeutique rationnelle une importance trop considérable.

Je vais essayer dans un tableau rapide de vous faire comprendre par des faits concrets ce que j'entends par là et ferai défiler devant vous un certain nombre d'observations qui serviront d'introduction à l'étude des erreurs auxquelles menacent de vous exposer les Méthodes de laboratoire.

Prenons d'abord les méthodes de sérodiagnostic et rappelons-nous que nous avons été obligés d'abandonner bien des espoirs sur leur valeur dans certaines maladies infectieuses autres que la typhoïde.

Je suis persuadé qu'on trouvera en matière de cancer une bonne réaction de séro-diagnostic. Jusqu'à présent il faut se méfier des renseignements fournis par la réaction de Botelho ou celle de Vernes (floculation de l'acétate de cuivre) ou même celle de Mlle Mendeleieff sur la coagulation du sang, malgré leur réel intérêt et la valeur des recherches qui leur ont donné naissance.

Une réaction de floculation à la résorcine plaide sans doute en faveur d'une tuberculose en évolution, mais pas plus qu'une tache rosée au cours d'une fièvre typhoïde. Quelle erreur ne commettrions-nous pas en qualifiant de tuberculeux un homme dont le sérum

donne une réaction positive à la résorcine quand nous savons que la moindre fièvre, une digestion retardée sont susceptibles de changer le résultat. Et cependant nous fûmes les premiers avec Bocage à montrer l'intérêt de cette réaction.

La réaction de Wassermann, qui est une des meilleures méthodes de sérodiagnostic puisqu'elle donne 100 % de résultats positifs au cours de la syphilis secondaire avec accidents cutanés, a exposé à des erreurs de diagnostic et de thérapeutique.

Que de crimes commis en son nom, que j'ai à peine besoin de vous rappeler. Nous savons tous l'histoire de ces malades dont la hantise est une syphilis qui n'a jamais été démontrée que par une réaction de Wassermann positive. Nous avons présent à l'esprit les désastres causés par des thérapeutiques intempestives à des malades dont l'hérédo-syphilis ou la syphilis acquise étaient douteuses et qu'on a instituées à cause d'un Wassermann positif. Et sans compter les erreurs de technique, que de fois un sérum a-t-il pu manquer de complément. Je vous demanderai encore de n'attacher de valeur réelle à une réaction positive qu'autant qu'elle viendra confirmer ou compléter les données de la clinique, même si les techniques encore se perfectionnent.

Au firmament du ciel biologique apparaissent de jour en jour de nouvelles méthodes de laboratoire propres à éclairer le clinicien, mais y ayant passé plus de 25 années de ma vie et étant à la fois clinicien et homme de laboratoire, que d'astres j'ai déjà vu briller qui, actuellement, ont disparu. La mesure du pouvoir antitryptique du sérum, l'étude des opsonines, les formolo-réactions, recherches sur lesquelles on avait compté et qui nous ont coûté tant d'heures de travail, sont aujourd'hui abandonnées car elles exposaient à trop de mécomptes.

De nos jours on attache grande importance à la mesure du pH des ions calciques, magnésium et potassium dans le sang et nul plus que moi n'est convaincu de l'intérêt de ces recherches, ni du rôle des alcaloses et des acidoses, ainsi que de la calcémie dans la pathologie de certains syndromes morbides et dans les éléments constructifs du terrain ou d'une diathèse. Mais voyez avec les causes d'erreurs possibles.

Voici un individu en apparence normal avec un pH et une réserve alcaline qui montrent de l'alcalose, mais son alcalose ne varie pas au cours de la journée ; que son sang soit recueilli le matin au réveil, le soir au coucher, au cours d'une digestion, dans la veine ou dans l'artère, après ou sans ligature du bras, à l'air libre ou sous huile parafinée, son pH reste entre 7.38 et 7.40 et sa réserve alcaline entre 55 ou 56.

A côté de lui, voici un autre sujet qui, lui aussi, paraît normal et bien portant et qui, en tous cas, suivant le mot célèbre, serait un malade ignoré. Son pH le matin est à 7.40, c'est-à-dire en alcalose, mais après un repas un peu copieux, sous l'influence du soleil ardent, du travail ou d'un exercice physique, le pH tombe brusquement au point de ne même pas atteindre 7.35.

A quel moment allez-vous considérer ce pH comme révélateur de son état constitutionnel et surtout si vous le demandez à un laboratoire qui ignore même à quelle heure a été recueilli le sang ou s'il l'a été avant ou après un repas et dans quelles conditions ?

Nous savons que les ions calcium et même le calcium total suivent la réserve alcaline et le pH. Les mêmes observations peuvent donc s'adresser à leur dosage précis. Il existe des individus dont les humeurs sont plus ou moins stables, nous ne sommes pas tous égaux devant les impondérables de la nature. Nous sommes plus ou moins sensibles et nos humeurs plus ou moins labiles.

Je pourrais citer tant d'exemples si je n'avais la crainte de vous voir considérer cet exposé comme une critique de faits qui gardent leur valeur. En vous signalant les erreurs auxquelles on s'expose je veux seulement vous engager à ne pas attacher trop d'importance aux analyses.

Prenons par exemple la question des globules blancs. Lorsque nous avons décrit avec Widal et Abrami le choc hémoclasique nous avons montré que le déséquilibre sanguin se traduisait d'abord par la chute des globules blancs. Sur toutes nos courbes, lorsqu'on fait des examens 5 minutes par 5 minutes ou 1/4 d'heure par 1/4 d'heure, nous avons vu succéder à la leucopénie initiale ce que nous avons appelé l'hyper-leucocytose réactionnelle. Comment faire alors pour conclure si on ne multiplie pas les examens ? Ce fait explique les résultats contradictoires fournis parfois par différents auteurs. Nous avons vu sous des influences diverses apparaître des éosinophilies transitoires, aussitôt disparues, qui auraient fait penser à une parasitose.

Les chirurgiens connaissent l'histoire de certains malades qui présentent des phénomènes intestinaux, ont d'une façon passagère des leucocytoses telles qu'on pourrait penser à des états leucémiques, et l'un d'eux nous signalait récemment un malade entré à l'hôpital avec 70.000 globules blancs alors que trois jours après sa formule était redevenue normale.

Que vous dirai-je de certaines erreurs provoquées par les recherches du métabolisme basal ? Vous savez tous le gros intérêt que cette recherche présente dans la détermination des déficiences ou des hyperfonctionnements thyroïdiens, mais n'est-ce pas une erreur de conclure à une hyperthyroïdie sur la simple vue d'une augmentation notable du métabolisme de base ?

J'en connais de nombreux exemples et en particulier des malades soignés par des doses considérables de thyroïde sous la prétexte qu'elles étaient obèses et avaient une légère diminution du métabolisme de base, chez lesquelles l'effet de la thérapeutique fut déplorable.

Nous connaissons des maladies de Basedow qui avaient des diminutions du métabolisme alors qu'on aurait pu à la seule vue d'un examen écarter ce diagnostic.

Que d'exemples ne pourrions-nous trouver dans nos observations pour ajouter à cette liste si elle n'était pas déjà suffisante à vous convaincre. Non seulement les causes d'erreurs peuvent venir de nos interprétations, mais elles peuvent aussi résulter de nos méthodes de mesure. Au reste, les savants qui nous apportent de nouvelles méthodes attachent une grande importance à la précision des mesures en grammes, centimètres cubes ou dynes. Nous sommes, comme méde-

cins, plus conscients des relativités, nous n'attachons d'importance qu'aux écarts entre les chiffres considérés comme normaux et les chiffres pathologiques. Le point important est que les défauts de sensibilité des appareils n'accusent pas des différences plus grandes que celles qui existent entre les chiffres considérés comme normaux et ceux classés comme morbides.

Quand il s'agit de méthodes biologiques pour mesurer dans le sang, les hormones en unités ou les substances comme l'insuline, l'adrénaline, les stérols, la folliculine et l'histamine, quand on se base sur l'action du sérum ou du plasma sur un muscle isolé de grenouille, un utérus de cobaye ou de rat, les fibres lisses d'un intestin de chat, vous concevez comme nous qu'il peut y avoir de nombreuses possibilités d'interprétations erronées.

Que dire aussi de la signification différente donnée souvent par les auteurs à certaines expressions comme: la coagulabilité du sang ou la vitesse de sédimentation des hématies ? N'est-il pas nécessaire à ce point de vue que le plus vite possible nous nous mettions d'accord sur les procédés à employer. La même nécessité s'impose pour la plupart des méthodes de laboratoire et pour la dénomination des éléments du sang. Les mêmes éléments portent suivant les Auteurs et les pays tant de noms différents ! Il faut un accord international, et c'est ce que se propose la Société d'Hématologie, sans se dissimuler les difficultés de tels accords, ce qui n'est pas particulier à la Médecine.

Que dirons-nous des hormones en circulation dans le sang, puisque c'est le sujet même de ces Journées Médicales. Ne croyez-vous pas, sans nier la valeur du séro-diagnostic de la grossesse par les dosages biologiques de la folliculine dans les urines, que les méthodes de dosage des hormones sont encore sujet à des erreurs et engendrent des méprises ? Vous vous rappelez qu'Abderhalden avait découvert que tout tissu nouveau formé dans notre organisme conférait aussitôt au sérum un pouvoir lytique vis-à-vis de ces cellules. Vous savez qu'un tel sérum mis en présence d'un tissu, placenta, tumeur, organe glandulaire, agit sur lui dans un filtre de telle sorte qu'il se charge en albumines dyalisables capables de filtrer, et de charger d'albumine où il est facile de les déceler, ces substances albuminoïdes particulières, à l'aide d'un réactif, la Ninhydrine, ou d'un instrument physique, le réfractomètre.

A celui-ci s'est un jour substitué l'Interféromètre, le procédé était simple, vous hésitez sur un diagnostic de tumeur néoplasique, mettez du tissu et du sérum du malade suspect, regardez à l'Interféromètre et le chiffre vous fixera sur la nature. Bien plus ce même appareil vous permettra, avec des tests préparés, de juger s'il y a insuffisance ou hyperfonctionnement thyroïdien, ovarien, hypophysaire ou surrénal ? Aujourd'hui si le principe d'Abderhalden qui a donné naissance au procédé reste vrai, des expériences ont montré qu'il ne fallait pas trop se fier à l'Interféromètre et la preuve c'est qu'en châtrant un animal, ce qui est une façon de provoquer chez lui une insuffisance totale, on voit que son sérum vis-à-vis d'un fragment de testicule ne décèle pas d'insuffisance (1).

(1) Expérience de Simonnet.

Ce qui est vrai, c'est que de ces recherches peut naître une abondante moisson de faits nouveaux. Toutes les sciences se prêtent un mutuel appui. Plus que jamais aujourd'hui il convient que les laboratoires soient en rapport, pour ne pas dire dirigés par des Cliniciens, avec une collaboration constante avec leurs collègues spécialisés, avec tous les savants, biologistes, physiciens, physiologistes, botanistes et vétérinaires.

C'est le seul moyen d'avancer dans la voie du progrès et de faire des découvertes nouvelles. Ainsi la Médecine pourra jouer un rôle de plus en plus considérable qui va si loin, dit Carrel, qu'elle servira de base aux Réformes sociales de toute Société humaine.

C'est en tout cas pour nous autres le meilleur moyen de parvenir à notre idéal qui est, ne l'oublions jamais, de trouver dans chaque découverte un moyen de soulager la souffrance humaine.

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL (1) DE L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE

Vichy, 16-18 septembre 1937

Président : M. le Professeur M. LOEPER ; vice-présidents : MM. les professeurs CADE, GIRAUD, P. MERKLEN et OLMER.

DISCUSSION DES RAPPORTS

Le professeur N. FIESSINGER (Paris), au sujet des rapports de K. Glaessner et M. R. Castex, veut insister sur l'intérêt que présentent les épreuves fonctionnelles pour le praticien.

Inutiles au cours des insuffisances hépatiques graves, où la clinique est par elle-même suffisante, elles prennent toute leur valeur au cours des petites et moyennes insuffisances. Encore faut-il insister sur le fait que les diverses fonctions ne sont aucunement atteintes parallèlement. L'exploration d'une seule ne saurait suffire. L'asynergie fonctionnelle est de règle, et ce n'est que groupées, plurifonctionnelles et répétées qu'elles prennent tout leur intérêt.

M. Etienne CHABROL (Paris) expose ce qu'on peut attendre des épreuves à l'étude desquelles il s'est particulièrement attaché : elles explorent la fonction biliaire du foie. M. Chabrol rappelle que, dans la cirrhose de Laënnec, la bilirubine est abondante dans la bile retirée par tubage duodénal, mais le cholestérol y est fortement baissé, comme aussi les acides biliaires. Mais, comme l'a montré le premier Gilbert, le milieu sanguin subit des modifications intéressantes dans les affections du foie, et il est possible aujourd'hui d'opposer l'augmentation du cholestérol et des acides biliaires dans la cholostase à leur abaissement dans les lésions graves du parenchyme. Les variations des acides gras, d'étude plus récente, font l'objet d'une communication spéciale. Au total, ces différentes épreuves ne permettent peut-être pas de mesurer l'insuffisance hépatique, mais des chiffres franchement anormaux peuvent apporter une aide appréciable au pronostic.

M. KOITCHEFF (Sofia), à propos du rapport du professeur C. I. Parhon, insiste sur l'action du lobe postérieur de l'hy-

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1937, n° 77, p. 1210, n° 78, p. 1233 et n° 79, p. 1245.

pophyse sur le fonctionnement hépatique, plus particulièrement sur les fonctions uréogéniques et hémocrasiques. Expérimentalement, l'injection du lobe postérieur augmente la coagulabilité et la rétractilité du caillot, ce qui ne se produit pas chez les animaux hépatectomisés.

M. B. FORNET (de Debrecen, Hongrie) vante la réaction de Takata, l'épreuve de McClure et le dosage de l'alexine comme simples, rapides et fidèles dans les affections hépatiques.

Le professeur Von BERGMANN (Berlin) rapporte les séquelles durables survenues chez des sujets bien observés après des atteintes bénignes et aiguës du foie.

Par ailleurs, il signale dans l'angiocholite un moyen de diagnostic et de traitement très précis par l'administration d'hémaméthylène tétramine. Dans cette seule affection, ce produit détermine une élévation de température caractéristique et permet un traitement rapidement efficace.

Le professeur LOEPER (Paris) remercie les rapporteurs et ceux qui ont pris part à la discussion. Il se permet d'insister particulièrement sur deux points.

A propos du rapport de M. Binet, il dégage l'importance du soufre comme élément de désintoxication. Ce soufre semble plus agir à partir du glutathion, qu'en tant que glutathion, car si l'on ajoute un produit soufré à un corps toxique (à l'histamine par exemple), l'action de ce dernier est très atténuée ; ajouté à l'insuline il en décuple l'effet.

A propos du rapport du docteur Urbach, il insiste sur le fait que le foie transformant lipides, glucides et protides, chacun se dirige sur diverses voies. Les graisses s'éliminant par les glandes sébacées expliquent les rapports pathologiques du foie et de la peau.

Enfin il conclut, en s'excusant d'y insister, en rappelant l'importance qu'il y a à rechercher le toxique qu'un foie insuffisant peut produire ou laisser passer ; recherche pathogénique qui conduira à une thérapeutique logique.

Le professeur Pierre MAURIAC (Bordeaux) estime qu'en présence d'un œdème, c'est perdre son temps que de chercher le facteur pathologique. Accuser l'hypoprotéinémie, ou le déséquilibre minéral, ou les modifications tissulaires, ou l'accumulation de substances hydropigènes est élémentaire ; élémentaire aussi de chercher une pathogénie univoque aux œdèmes cardiaques, aux œdèmes rénaux, aux œdèmes endocriniens, aux œdèmes hépatiques.

Chacun des facteurs hydropigènes peut agir dans les cas cliniques les plus variés. Ils agissent souvent à la fois, se donnant la main et s'entraînant l'un l'autre.

La pathogénie des œdèmes est un écheveau embrouillé dont il nous est encore impossible de suivre le droit-fil.

En ce qui concerne les œdèmes hépatiques, c'est leur lettre de créance, leur extrait de naissance qu'il s'agit de fournir. En face d'un œdème, avons-nous le droit d'affirmer son origine hépatique ? Certains cas semblent bien apporter leurs preuves cliniques ; tels ceux qui apparaissent avec l'œdème et disparaissent avec lui. Mais au cours de cirrhoses, qui comprennent la grande majorité des cas d'œdèmes, combien grande doit être notre réserve.

Quand une cause toxique agit assez longuement pour produire une cirrhose, c'est beaucoup s'avancer que de dire que la lésion du foie seule est à l'origine de l'œdème. M. Mauriac n'a trouvé que bien rarement des cirrhoses sans lésions microscopiques rénales, et il n'y a pas que le rein, il y a tous les autres tissus. N. Fiessinger a bien mis en évidence ce paradoxe de l'opsiurie dilution chez les cirrhotiques : « l'eau passe bien, c'est le rein qui n'urine pas. » Alors interviennent sans doute le facteur neurohormonal et le facteur similaire.

Prenez garde, dit le professeur Mauriac au cours de ce Congrès, de toucher l'écueil du polyzoïsme qui avait séduit Gœthe : « Tout être vivant n'est pas une unité mais une pluralité ; il est une réunion d'êtres vivants et existant par eux-mêmes. » Pour ma part, conclut le professeur Mauriac, je préfère répéter avec Cuénot : « Il n'y a rien de vivant dans la cellule que l'ensemble. » Il n'y a rien de vivant dans l'organisme que l'ensemble. Il n'y a rien d'absolument insuffisant dans l'organisme en dehors de l'ensemble.

Ramenons l'insuffisance hépatique à l'ensemble.

Le professeur S. LIVIERATOS, d'Athènes, se basant sur des examens fonctionnels du foie au cours du paludisme, montre qu'à la longue cette affection peut provoquer une insuffsance hépatique importante.

Ces faits sont confirmés par une étude anatomique et étiologique, montrant qu'en Grèce 16 p. 100 des cirrhoses ont comme étiologie dominante le paludisme.

Le professeur CORNIL (Marseille) expose le résumé de ses travaux récents sur les rapports hépato-nerveux et neuro-hépatiques. Il insiste sur les carences vitaminiques, étudiées avec des résultats différents qui révèlent un facteur d'espèce, chez le rat, le cobaye et différentes races de pigeons. Par ailleurs, il rappelle l'existence de lésions nerveuses indiscutables dans la glande hépatique au cours des cirrhoses, et montre que, chez l'animal, l'excitation de l'efférent du sympathique entraîne l'accroissement de la teneur en vitamine A du parenchyme hépatique.

M. le professeur CORNIL et M. VAGUE (Marseille) viennent affirmer l'existence et la relative fréquence de l'hyperhépatie, déjà connue dans la spirochétose ictérigène, mais dont le domaine est plus vaste. En dehors de l'hyperplasie du parenchyme, les auteurs signalent des tests biologiques et tout spécialement l'élévation de la créatinine et de la créatine. Enfin, chez l'animal ils ont vu la sympathectomie de l'artère hépatique entraîner une hyperazotémie transitoire.

M. le professeur LOEPER (Paris) termine la discussion en rappelant que l'hyperhépatie, quel qu'en soit l'intérêt, ne doit pas être confondue avec l'insuffisance hépatique. Mais l'intrication des fonctions du foie est telle que celle qui fonctionne à l'excès entraîne souvent la défaillance des autres.

M. le docteur HARISSIADBIS (Coritsa, Albanie) apporte deux cas de grande insuffisance hépatique, ictère, ascite, œdème des membres inférieurs, urobinuries, traités sans succès par la thérapeutique usuelle, guéris en 30 jours par l'extrait hépatique concentré associé à l'extrait pancréatique et aux injections intraveineuses d'une solution de chlorure de sodium.

Le professeur Léon BINET (Paris), intervenant à la suite du rapport de MM. Brulé et Cottet, insiste sur le fait qu'on peut expérimentalement déclencher un choc anaphylactique en dehors du foie, sur des organes isolés et maintenus artificiellement en vie par perfusion. Il a, en particulier, étudié le choc anaphylactique sur un poumon perfusé, observant la tension du sang perfusé et l'apparition des phénomènes broncho-moteurs. Le foie n'est donc pas tout dans le choc anaphylactique, que l'on peut ainsi obtenir en dehors de lui.

Le docteur ALBERT-WEIL (Béziers), à propos du rapport de M. Brulé, insiste sur les œdèmes d'origine anaphylactique au cours de l'insuffisance hépatique. En effet, certains de ces malades semblent présenter une sensibilisation spéciale due à la présence de complexes protéiques, maintenus anormalement instables.

Sous l'influence d'une albuminurie exogène ou celle d'une sécrétion endocrinienne, une dissociation se produit, provoquant l'œdème.

M. le docteur TZANCK (Paris) vient confirmer l'opinion soutenue dans le rapport de MM. Brulé et Cottet, et apporte plusieurs faits positifs : un jeune sujet devait être opéré de l'appendicite, et on étudie à ce propos tests d'insuffisances hépatique et rénale, qui furent normaux. Or il contracte la syphilis et ne se fait pas opérer ; mais après trois

piqûres de novarsénobensol, il présente des accidents d'ictère grave et meurt.

Frappé par ce fait, M. Tzanck recherche dans son service de l'hôpital Broca les antécédents hépatiques chez 845 malades ayant présenté un ictère au cours d'un traitement arsenical ; il n'en trouve que dans 7 cas.

A l'hôpital Saint-Louis, il observe plusieurs cirrhotiques traités pour la syphilis, et dans 5 cas seulement on fut obligé d'interrompre le traitement.

Le professeur MERKLEN (Nancy), à propos du rapport du professeur Piéry, présente des expériences personnelles sur l'action des eaux sulfatées calciques type Vittel sur le débit biliaire.

Il a pratiqué sur le chien une fistule vésiculaire. L'injection d'eau de Vittel, Source Hépar, produit d'abord un ralentissement du débit biliaire, auquel fait suite en une heure à une heure et demie, un débit qui va persister pendant 5 à 8 heures, quadruple du débit antérieur.

Parallèlement se produit une action neurovégétative d'abord d'excitation sympathique, puis vagale. Mais chez le chien à pneumogastrique coupée, l'action biliaire persiste.

La Grande Source et la Source Marie ont une action analogue, bien que moindre.

Si l'on pratique une fistule cholédocienne, un spasme vient fausser, mais seulement en apparence, les résultats. Il conclut à l'action favorisante des eaux sulfatées calciques sur le débit biliaire.

M. le docteur Roger GLÉNARD (Vichy). C'est avec raison que le professeur Piéry reconnaît aux eaux de Vichy la propriété d'être *équilibrantes* pour les fonctions hépatiques, qu'elles tendent à ramener vers la normale, quel que soit le sens de leur déviation pathologique préalable.

Cela implique, dans ces eaux, une action directe sur le système nerveux sympathique, grand régulateur fonctionnel, action prouvée d'ailleurs par bien d'autres phénomènes : réactions vaso-motrices immédiates provoquées parfois chez des personnes sensibilisées, effet souvent remarquable des petites doses, résultats prolongés de la cure.

Ce rôle, sans doute dévolu aux colloïdes métalliques catalysateurs dont la précipitation anime temporairement l'eau à la source, et qui se rapporte tout spécialement au foie, serait susceptible d'intéresser accessoirement les autres glandes endocrines, en perpétuelle collaboration avec lui par voie hormonale et nerveuse.

M. le docteur B. B. Vincent LYON (de Philadelphie) a constaté que beaucoup de malades atteints de diverses affections du foie ont été améliorés par un drainage duodéno-biliaire, qui a été appliqué en 1919 par lui-même.

Nombreuses inflammations, infections et dégénérescences du foie ont été améliorées ou guéries. Il en est de même pour diverses toxémies dans lesquelles le foie joue un rôle important. Enfin les cirrhoses du foie au début, différentes formes d'ictères, et beaucoup de séquelles post-opératoires, ont bénéficié de ce traitement.

M. le docteur LANDSBERG (Varsovie), intervenant à la suite du rapport de MM. Pierre Duval et Gatellier, déclare que lui-même, ignorant les travaux de l'Ecole de Vaugirard, a étudié l'épreuve de galactosurie provoquée, l'azotémie et les effets de l'injection d'extrait hépatique chez les opérés. Il a constaté que l'injection d'une solution de foie frais, préparée en Hollande et contenant 25 gr. d'organe pur par cm³, pratiquée à trois reprises avant l'opération, empêchait l'apparition des vomissements et de la chute de la tension post-opératoire. Il a également étudié la courbe de la polypeptidémie, mais insiste sur le fait que certains chimistes considèrent que ce dosage des polypeptides est une chose très problématique. Il croit que les injections d'extrait hépatique n'agissent pas énormément sur les polypeptides, mais par contre améliorent l'état général ; d'autre part, il a remarqué que les injections massives de costine, 10 cm³ intraveineux, amènent au contraire une chute de la polypeptidémie, mais n'améliorent pas l'état général. On n'est d'ailleurs pas certain que la chute des polypeptides soit la cause de l'amélioration des malades après l'injection d'extrait hépatique, celui-ci agissant surtout comme désintoxicant.

Le professeur N. FIESSINGER (Paris) présente ses résultats expérimentaux touchant l'action du sucre et de l'insuline sur la charge en glycogène hépatique.

Il pratique des perfusions de foie de chien avec du sang citraté. La vie de l'organe est contrôlée par la consommation en oxygène. Il a ainsi constaté qu'une perfusion hyperglycémique et insalivée augmente la glycémie plus fortement que ne le ferait l'adrénaline, sans qu'il y ait augmentation du glycogène hépatique. Ces résultats expérimentaux sont donc en contradiction avec les données classiques. Cependant, en pratique, il préconise l'emploi du sucre et de l'insuline, à condition toutefois de ne manier qu'avec prudence l'insuline et de ne pas dépasser les doses de 15 à 20 unités par jour.

APERÇU GENERAL DES SEANCES DE COMMUNICATIONS

La *section de biologie*, sous l'énergique impulsion du professeur Noël Fiessinger, nous a permis d'entendre de nombreuses publications très intéressantes. Nous retiendrons particulièrement celle du professeur Takata, sur la réaction qui porte son nom ; celle du docteur Lian sur l'importance de l'abaissement de la fibrinémie dans le diagnostic de l'insuffisance hépatique, ainsi que les expériences de H. Roessle, qui détermine une cirrhose expérimentale par injection de silice colloïdale. H. Duperré et ses collaborateurs insistent sur la valeur d'un nouveau test d'insuffisance hépatique, l'épreuve du benzoate de soude ; M. Slatineanu étudie les modifications du métabolisme des phosphates dans l'épreuve de surmenage hépatique. Le professeur Prado Tagle, de Santiago, a pu examiner la bile de sujets normaux, 20 minutes à 3/4 d'heure après une mort accidentelle. Il donne ses résultats et insiste sur les : modifications de la bile des vésicules malades, augmentation de 100 p. 100 de la musine, diminution des sels biliaires qui faciliterait la précipitation du cholestérol, dont le taux reste normal. Le professeur Voit insiste sur la carbonurie intensive qui se produit dans les ictères graves et, d'une façon générale, chaque fois qu'il existe un obstacle à l'oxydation dans l'organisme. M. Van Goidsenhoven, de Louvain, rapporte trois observations d'avitaminose A au cours de l'insuffisance hépatique et suggère la possibilité d'une fragilité particulière dans ce cas. MM. Etienne Chabrol et R. Charonnat (Paris) ont mis au point une méthode colorimétrique qui utilise comme étalon une gamme de solutions de phosphate de cobalt et dont les résultats globaux sont exprimés en cholestérol. Les auteurs ont éprouvé cette technique comparativement avec celle de Grigaut sur 200 sujets normaux ou pathologiques. Les résultats sont loin d'être parallèles, puisque l'on peut trouver dans le sérum sanguin 12 gr. de lipides en regard de 2 gr. 50 de cholestérol, et dans la bile 22 gr. et 0 gr. 50. Ces dissociations ne sont pas sans intérêt pour qui étudie le métabolisme des graisses dans les maladies de la nutrition et au cours des affections du foie. L'oléodémie mérite de prendre place aux côtés de la cholestérolémie. Enfin, M. le professeur Fiessinger termine en montrant tout l'intérêt qu'il y a à ces contacts entre méthodes différentes qui concourent toutes au même but.

Dans la *section de médecine*, les communications furent pareillement nombreuses. Touchant les aspects les plus variés de l'insuffisance hépatique, MM. Perrin et Grandpierre insistent sur l'importance de la diurèse en position couchée et debout chez les ictériques. M. Brull confirme la valeur

de l'épreuve de l'eau chez les ictériques. Plusieurs auteurs, le professeur Livieratos et E. Phocas, M. Ch. de Luna (de Marseille) et MM. Olivier et Rault ont dépisté la défaillance du foie chez les tuberculeux pulmonaires. D'autres envisagent son rôle dans les psychoses. Le professeur Laignel-Lavastine, sans nier l'atteinte hépatique, attache une importance primordiale aux modifications du sympathique abdominal. M. P. Blanchet insiste sur les modifications psychiques observées au cours de l'insuffisance protéopexique du foie. Le professeur Romano, le professeur Einhorn, MM. Binet et Baumann, M. Desgeorges entretiennent l'assemblée des rapports entéro-hépatiques, si considérables en clinique. On peut dire que l'étude de tous les appareils a été faite dans leurs rapports avec le foie : la muqueuse buccale, par MM. Beltrami et Achard ; l'appareil uro-génital, par M. Roucayrol ; les affections exotiques n'ont pas été négligées : le paludisme, la fièvre récurrente, et même la curieuse xanthodermie palmo-plantaire des missionnaires du Congo belge.

La séance des communications de la *section de thérapeutique* débute sous la présidence du professeur Mauriac.

Après un film intéressant de M. Thorek sur l'oblitération électro-chirurgicale de la vésicule biliaire, le professeur Finsterer insiste sur les dangers de l'anesthésie générale chez les hépatiques. Il est impossible de citer toutes les communications ; nous rappellerons le travail du docteur Palmer sur les nécroses hépatiques post-opératoires ; du docteur Stillmunkes sur les indications de la transfusion chez les hépatiques ; du docteur Maignan sur les diastases tissulaires hépatiques. Nous mentionnerons la communication du docteur Netousek, de Bratislava, sur le rôle spasmodique du sulfate de magnésie. Le docteur Chuche montra les résultats heureux des courants de basse fréquence sur le foie, et le docteur Baltaceano étudia le rôle du soufre sur le métabolisme glucidique. Après les communications des docteurs Buzagu, Liagre, Starobinski, Vauthey, Gauthier, Upham (New-York), le professeur Mauriac clôture la séance en insistant sur le rôle primordial de la thérapeutique et sur le fait que l'expérimentation journalière auprès du malade est le critère de la réelle efficacité de celle-ci.

Le professeur Loeper, Président du Congrès, dans le *discours de clôture des travaux*, remercie les rapporteurs, les auteurs des communications et exprime la gratitude de l'Assemblée aux organisateurs si dévoués, MM. Aimard et Feuillade. Il dégage ensuite la philosophie du Congrès, l'importance des bases aminées toxiques dans la genèse des accidents de l'insuffisance hépatique, et aussi la diversité des aspects cliniques, liée à l'atteinte nuancée des différentes fonctions de la glande hépatique. Le professeur Loeper termine en rappelant les indications générales de la cure alcaline justifiée non seulement par un empirisme séculaire, mais encore par nos récentes acquisitions biologiques.

(Association de la Presse médicale française.)

FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

Thèses soutenues pendant l'année 1936-1937 (1)

DOCTORAT D'ETAT. 10. AMIECH. — Les algies abdominales paludéennes et spécialement celles qui simulent l'appendicite aiguë.

15. ARTIGUE. — Les ondes hertziennes ultra-courtes. Contribution à l'étude critique et expérimentale des générateurs utilisables en ultra-diathermie.

26. BARDENAT (Mme), née SEGONDS. — Les irido-cyclites lépreuses.

38. BARONE. — Contribution à l'étude du sarcome primitif du cœur.

13. BONNARD. — Conduite à tenir dans la dystocie du siège.

12. BOURREL. — L'assistance obstétricale en Algérie.

28. BOVÉ. — Kystes pelviens après hystérectomie et castration.

36. CHAPPUIS. — Réflexions à propos des anabactériens.

19. CINTURA. — Contribution à l'étude de l'hydatido-péritonite avec péritonite encapsulante.

3. CORIAT. — Anatomie radiologique de l'articulation sacro-iliaque.

21. FANJEAUX. — La ponction sternale. Sa valeur clinique au cours du paludisme, du kala-azar méditerranéen et de certaines cirrhoses hypertrophiques du foie avec splénomégalie et anémie de la pathologie nord-africaine.

29. FARNY. — Contribution à l'étude du dolichocôlon.

14. GARÈS. — Contribution à l'étude des phlébites.

1. GAUTHIER. — Les complications oculaires des dysenteries.

16. GERSTLÉ. — Les réactions méningées dans les helminthiases.

8. GRANGAUD. — Contribtion à l'étude du cancer du col utérin par la pose de radium intra-abdominale ou par voie profonde précédée d'hystérectomie.

37. GRANGAUD (Mme), née MARTIN. — Contribution à l'étude de la péritonite encapsulante.

20. HAGELSTEEN. — L'acétone en gynécologie.

34. LAFFARGUE. — Classification histologique des ectocervicites.

35. LANTERNO. — Contribution à l'étude de l'hypertension artérielle paroxystique.

25. MANSE. — Contribution à l'étude des tumeurs solides des paranéphrétiques.

5. MATTÉI. — Rechutes et réinfections palustres.

4. MOLANDRE. — Contribution à l'étude clinique et séméiologique des névrites.

17. NAMAN. — Les suppurations cervicales d'origine otitique.

23. PANCRAZI. — L'assistance obstétricale dans la région de Bône.

2. PARROT. — Le problème de l'immunité dans les Ricketsioses.

18. QUINTARD. — Les idées modernes sur l'épidémiologie de la peste.

22. ROBERT D'HESHOUGUES. — La syphilis dans l'étiologie du rétrécissement mitral.

9. ROQUELAURE (Mlle). — Les troubles menstruels de la tuberculose pulmonaire et leur traitement hormonal.

11. SAFAR. — L'agranulocytose et les syndromes agranulocytaires.

24. SALON. — Les helminthiases en gynécologie.

7. SEBAHOUN. — Nanismes et infantilismes parasitaires.

6. SUTTER. — L'épilepsie mentale chez l'indigène nord-africain.

27. TABARLY. — Contribution à l'étude de l'action des tubes de Southey dans le traitement des œdèmes.

(1) Voir *Thèses de Montpellier*, n° 78, p. 1234.

Bourbonne-les-Bains, par le docteur RONOT, préface de M. le professeur DESGREZ, introduction de M. CONSTANTIN-WEYER. — Un volume de 160 pages. Prix : 10 fr. — L'Expansion Scientifique Française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris.

Radiesthésie, science et morale, par le docteur Robert RENDU. Deuxième édition. Petit in-8° de 73 pages, à la librairie Camugli, 6, rue de la Charité, Lyon, 1936.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES PARAPLÉGIES

Schématiquement le diagnostic des paraplégies se discute tantôt devant une paralysie flasque, tantôt devant une paralysie spasmodique des deux membres inférieurs.

I. — PARAPLEGIE FLASQUE.

Diagnostic positif. — La P. F. se caractérise par une diminution ou une abolition de la motilité volontaire. Cette impotence des membres inférieurs revêt au reste un degré variable : de la simple gêne à la marche jusqu'à l'immobilisation complète du malade au lit.

Il s'y joint de l'*Hypotonie musculaire*, et de façon constante une diminution des *Réflexes tendineux* qui peut aller jusqu'à l'Aréflexie totale. Les Réflexes cutanés évoluent parfois dans le même sens ou demeurent inchangés.

A ces symptômes communs s'ajoutent des troubles divers, selon que la paralysie reconnaît une origine *périphérique* — c'est le cas habituel — ou *centrale.*

1) *Atteinte du Neurone périphérique.* — A la paralysie et à l'aréflexie se joignent :

Des Troubles Sensitifs Subjectifs : Douleurs ; Objectifs : Hypo ou Hyperesthésie.

Des Troubles Trophiques : Amyotrophies.

Des Troubles Electriques : Allongement de la Chronaxie, Réaction de Dégénérescence.

Par contre :

Le Réflexe Cutané Plantaire se fait en flexion.

Les T. Sphinctériens et les Réflexes de défense font défaut.

2) *Atteinte du Neurone Central.* — La lésion du *Faisceau pyramidal* s'extériorise par un symptôme capital : le R.C.P. se fait en extension avec phénomène de « l'Eventail » : c'est le signe de *Babinski*, parfois remplacé par ses équivalents.

De plus on observe :

Des T. objectifs de la Sensibilité, jusqu'à l'anesthésie totale à tous les modes de la section physiologique de la moelle.

Des T. Sphinctériens importants susceptibles d'amener la formation d'Escharres, source de complications infectieuses.

Enfin des R. de Défense : phénomène du triple retrait, libération de l'automatisme médullaire.

Diagnostic différentiel. — Il importe surtout de ne point méconnaître une forme *fruste.*

Et l'on ne discute guère :

L'astasie abasie.

Certaines myopathies accusées. Elles ont un caractère familial héréditaire. Et certains auteurs les incorporent dans le cadre des paraplégies. (P. musculaires.)

Diagnostic Etiologique. — En certaines circonstances, la cause d'une paraplégie flasque ne se discute même pas.

Il en est ainsi pour la Paraplégie des *Traumatismes vertébraux.* Ce syndrome d'interruption est patent. Seule l'Evolution permet de discerner la nature intrinsèque des lésions médullaires : hématomyélie, section médullaire véritable ou compression.

Il en va de même pour la Paraplégie flasque qui survient brusquement au cours d'une affection connue : compression brusque ou poussée soudaine de Myélite tuberculeuse au cours d'un Mal-de-Pott.

En dehors de ces circonstances, le Diagnostic, avec l'appui de l'anamnèse et des signes associés, gravite autour du caractère périphérique ou central de la paraplégie.

1. Neurone périphérique. — Il convient de penser d'abord aux :

A) *Paralysies par Polynévrites.*

L'atteinte paralytique y est souvent dissociée, touchant plutôt la loge antéro-externe: pied tombant au lit, steppage à la marche.

Selon les cas, la note motrice l'emporte sur la note sensitive ou inversement.

a) *La Polynévrite alcoolique* est la plus commune des polynévrites *toxiques.*

Très douloureuse — gros troncs nerveux, masses musculaires — elle s'adjoint des T. Trophiques très importants.

Le Diagnostic repose en outre sur les stigmates d'Ethylisme chronique.

A côté de celle-ci, et dans le cadre des Névrites toxiques fort nombreuses, nous mentionnerons seulement les polynévrites :

Diabétique,

Arsénicale et Saturnine,

qui se signalent principalement par les stigmates propres à chaque intoxication.

b) *La polynévrite diphtérique* est celle à laquelle il faut penser quand une angine a précédé la paralysie.

D'ordinaire la paralysie vélo-palatine et la paralysie de l'accommodation ont précédé l'atteinte des membres inférieurs.

Chez l'Enfant c'est à cette dernière que l'on doit aussi penser en présence d'une paraplégie. Toutefois, chez lui plus que chez l'adulte, il faut discuter la *Paralysie Infantile.*

Due à l'atteinte des *Cornes* antérieures de la moelle — et non plus des troncs nerveux — la paralysie infantile s'annonce d'ordinaire par des signes infectieux.

Puis la paralysie s'installe brusquement, débordant souvent sur les muscles de la ceinture abdominale.

Cette paraplégie de caractères périphériques se distingue des névrites par :

L'absence de douleurs et de T. sensitifs objectifs.

Elle s'accompagne de T. vaso-moteurs que suit une *Amyotrophie* précoce.

Notons en passant que ces paraplégies névritiques ou nucléaires peuvent affecter une allure rapidement ascendante et mener à la mort par atteinte bulbaire. (Syndrome de *Landry.*)

Enfin, devant une P. flasque d'allure périphérique, il faut en certains cas discuter aussi :

1) *Les Radiculo-Névrites* ou poly-neuro-myosites à virus neurotrope de Guillain et Barré.

2) *Le Syndrome de la Queue-de-Cheval* qui a pour particularités : L'anesthésie « en selle » ; Les T. Sphinctériens et Génitaux.

2. Neurone central. — Une paraplégie flasque centrale non traumatique indique une lésion médullaire d'allure aiguë ou subaiguë dont le type demeure :

La Myélite transverse syphilitique, accident nerveux précoce : 4-5 ans après le chancre.

Elle débute brutalement — début apoplectique — ou s'installe en quelques heures.

Elle réalise le tableau décrit plus haut, avec de gros troubles sphinctériens et une note sensitive (anesthésie) dont l'importance est un élément du pronostic immédiat.

La Syphilis peut être méconnue, mais l'interrogatoire retrouve dans le passé récent des signes annonciateurs de haute valeur :

Céphalée rebelle.

Troubles génitaux et Urinaires : mictions impérieuses.

(*A suivre.*)

ROGER-JEAN CHEVALLIER.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

SPARTÉINE HOUDÉ



FICHE
DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

Sulfate de Spartéine : $C_{15}H_{26}N_2 \cdot SO_4H_2 + 5H_2O$, *sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarothamnus scoparius).*

Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.

PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine :** *a)* soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ; *b)* supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ; *c)* exerce une action cardio-tonique marquée (3).

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur :** arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.

2° **Cardio-tonique :** maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur tonique cardiaque d'entretien.**

DOSES : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDÉ**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

(1) F. MERCIER et L. J. MERCIER *C. R. Soc. Biol.*, 93 (1925), 339 et 1468.
(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, 25 (1925). 1.
(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. Médecine.* Toulouse (1927)

VENTE EN GROS

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

N° 81. — SAMEDI 9 OCTOBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accord. la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Le concours de la médaille d'or de l'internat (médecine)* s'ouvrira le lundi 17 janvier 1938, à 9 heures, à la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

S'inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, tous les jours, de 14 à 17 heures, du vendredi 5 au lundi 15 novembre 1937 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au bureau du Service de santé au plus tard le lundi 15 novembre 1937, à 17 heures, dernier délai.

— *Le concours de la médaille d'or (chirurgie et accouchements)* s'ouvrira le jeudi 20 janvier 1938, à 9 heures, à la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Pour les inscriptions et la remise du mémoire, les dates sont les mêmes que pour le concours de médecine. (Voir ci-dessus.)

— *Concours de l'internat en médecine.* — Le jury est définitivement composé de la façon suivante : MM. F. Bezançon, Lenormant, Chevrier, Alglave, Comte, Heitz-Boyer, Brûlé, Chiray, Lévy-Valensi, Duvoir, Quénu, Meillère, de Sèze, Velter, Séguy.

Faculté de médecine de Paris. *Travaux pratiques de chimie.* — Une série supplémentaire de travaux pratiques de chimie aura lieu à dater du lundi 11 octobre 1937.

A cette série pourront s'inscrire :

1° Les étudiants dont les travaux pratiques n'ont pas été validés pour une raison quelconque (ancien et nouveau régime) ;

2° Dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en chimie biologique et pathologique avant la session d'examen de fin d'année.

Droit d'inscription : 150 francs.

S'inscrire au Secrétariat, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Nota. — Cette série n'aura lieu que si le nombre des étudiants inscrits est suffisant.

Examens de fin d'année. — Session d'octobre-novembre 1937. — La mise en série des candidats aux différentes épreuves de fin d'année sera affichée aux dates suivantes : mercredi 6 octobre pour les écrits de 1re année A.R. et N.R., et pour les écrits de 2e année N.R.; mercredi 13 octobre ; mercredi 20 octobre.

L'ouverture de la session est fixée au lundi 11 octobre.

Laboratoire d'anatomie pathologique. — Une série de révision de travaux pratiques, comportant douze séances, a commencé le *mercredi 6 octobre* 1937, à 15 heures, dans les salles de microscopie (escalier C, 4e étage). Les inscriptions sont reçues au Secrétariat, guichet 4, les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures.

Les droits à verser sont de 25 francs.

La Tuberculosis Association de Londres, tiendra sa prochaine assemblée à Paris, du 14 octobre au 16 octobre 1937.

CHRONIQUE

LA SÉANCE D'OUVERTURE DU XLVIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Le XLVIe Congrès français de chirurgie s'est ouvert lundi dernier, avec le cérémonial habituel dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Le docteur Georges DUHAMEL, dans son habit d'académicien aux broderies vertes, occupait la présidence d'honneur. A sa droite le professeur Raymond GRÉGOIRE, président du Congrès ; M. le professeur Roussy, qui siège pour la dernière fois comme doyen, ou pour la première fois comme recteur ; M. Baumgartner, président de l'Académie de chirurgie ; M. Mondor, secrétaire général de l'Association française de chirurgie. A la gauche de Georges Duhamel, M. Hartmann, président de l'Association française de chirurgie ; M. Cunéo, M. Léon Imbert (de Marseille), vice-président du Congrès pour 1937, et président du Congrès de l'an prochain.

La salle est comble, voici dans l'hémicycle, MM. van Seemen (Munich) ; Riehl (Vienne) ; les médecins généraux inspecteurs Sieur, Rouvillois, Morvan, Savornin ; le médecin général de 1re classe de la marine Oudard ; le médecin général Paître ; MM. Mac Clure (Detroit) ; Wilson (Edimbourg) ; Gordon Taylor, de Quervain (Berne) ; d'Ernst (Genève) ; Alessandri (Rome) ; Paolucci (Bologne) ; Donati (Milan) ; Jean Verhoogen, Danis, Mayer et Delchef (Bruxelles) ; Siredey, J.-L. Faure, Legueu, Gosset, Auvray, P. Duval, Chevassu, Fredet, E. Michon, Laubry (Paris) ; Lambret (Lille) ; Bégouin et Rocher (Bordeaux) ; Leriche (Strasbourg) ; Abadie (Oran) ; Risler, membre de l'Institut ; Bérard, Tixier, Bonnet (Lyon) ; Jean Fiolle (Marseille) ; J. de Fourmestraux (Chartres).

Je cite ces noms un peu au hasard au milieu de cette foule si dense. En haut de l'amphithéâtre, j'aperçois encore André Chalier (Lyon) ; Brun (Tunis) ; Louis Bazy, puis Georges Labey, Chauvel (Quimper) ; Costantini (Alger) ; Picot, A. Desjardins, Dartigues... Je m'arrête.

Le Président Raymond GRÉGOIRE prend le premier la parole. Après un très joli couplet adressé à Duhamel, il rappelle le souvenir des collègues disparus, en particulier, celui de Michel (de Nancy), récemment président du congrès, et celui de Pauchet, qui disparut avant d'occuper la présidence pour laquelle il avait été désigné. Ce dernier éloge fut particulièrement juste et émouvant.

M. Grégoire aborde alors le fonds de son discours consacré au « *malaise des chirurgiens* ».

Longtemps, le chirurgien a été « le servant dédaigné des médecins », jusqu'au jour où deux découvertes considérables, l'anesthésie et l'antisepsie ont transformé sa condition. Il est devenu alors un héros. Cela ne dura pas longtemps. Bientôt arriva la pléthore chirurgicale. La décentralisation ne la diminua pas : « Là où il y avait un chirurgien, il en vint dix, il en vint beaucoup plus qu'il n'était besoin. »

Et ce fut la première cause du malaise.

La seconde raison est plus grave. Elle est d'ordre spirituel. Absorbé par son travail technique, le chirurgien a laissé à d'autres le soin de la synthèse, et « maintenant que ce travail de prospection et de technique est à peu près achevé, le chirurgien se demande avec tristesse, comme le disait J.-L. Faure, s'il n'est pas arrivé au bout de sa tâche et si son œuvre n'est pas terminée. »

Cependant, précise M. Grégoire : « Le malaise spirituel du chirurgien vient de ce qu'il se rend compte, non pas que sa tâche est finie, mais bien au contraire, qu'il est maintenant à pied d'œuvre... »

Il y a dès lors un essai de redressement à entreprendre. Cet essai doit être orienté à la fois du côté matériel et du côté spirituel. Contre la pléthore, on a pensé à la limitation, d'où l'idée du diplôme de chirurgien.

Un autre moyen serait la limitation des entrées dans l'enseignement secondaire. « Avec les tendances actuelles, on voudrait que tout Français d'intelligence moyenne se précipitât vers les professions les plus intellectuelles, comme s'il n'était pas également nécessaire d'avoir des gens intelligents dans l'agriculture et les usines... »

Cette tendance n'est pas de nature à atténuer les conséquences cruelles au point de vue matériel de la situation actuelle ; nous sommes d'autre part menacés par la fonctionnarisation qui tuerait toute initiative. M. Grégoire pense que nous sortirons néanmoins du malaise de cette époque de transition grâce à ce vieux fonds d'individualisme qui forme l'assise même de notre civilisation, et qui fut caractérisé il y a vingt ans par le *système D*. Le Français, dit-il, « préfère se débrouiller soi-même que d'accepter un bonheur de série... Si jamais l'individu doit reprendre la prééminence, si l'individu doit dominer à nouveau le troupeau par le rétablissement des élites, c'est certainement chez nous que ce phénomène aura lieu d'abord, car c'est pour le défendre que, par une sorte d'instinct racial, le Français est routinier, retardataire, méfiant devant ce qu'on appelle le progrès, comme si son bon sens inné lui faisait attendre, pour avancer, le résultat de l'expérience des autres. L'événement lui a montré qu'il avait eu bien souvent raison... »

Le discours de M. Grégoire a été salué par une ovation dont la chaleur et la longueur étaient significatives.

M. MONDOR, secrétaire général, donne alors lecture de son rapport, rédigé avec son élégance habituelle ; il félicite le nouveau recteur M. Roussy, remercie M. Georges Duhamel d'avoir accepté la présidence de la séance, et exprime enfin à Grégoire les sentiments d'affectueux attachement de tous ses amis.

En se levant, M. Georges DUHAMEL ne cache pas l'émotion qui l'étreint en se retrouvant dans cet amphithéâtre, sur les bancs duquel, naguère, il fut étudiant. Son discours, d'une haute tenue, d'une forme élégante dans sa simplicité, fut un bel hommage rendu à nos maîtres et à leur enseignement.

F. L. S.

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL.D PASTEUR, PARIS (XVe)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS

SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE



DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

les 2 médicaments cardiaques essentiels

REVUE GENERALE

LA CHRYSOTHÉRAPIE DES RHUMATISMES CHRONIQUES

PAR

le docteur ISÉMEIN et le docteur GUÉNON
médecin des hôpitaux ancien externe des hôpitaux
de Marseille

I. Historique. — L'or est un remède employé depuis la plus haute Antiquité. L'origine de son utilisation thérapeutique se trouve dans la corrélation mystique établie par les premiers médecins entre les organes humains et les astres dont les rayons étaient supposés féconder le sein de la terre pour y faire naître les métaux. L'or, issu des rayons du soleil, était le remède du cœur, puisque cet organe était placé sous la dépendance de l'astre-roi.

Ce n'est cependant qu'aux VIIIe et IXe siècles, avec Geber, Rhazes, Avicenne, que nous avons la certitude de l'emploi de l'or comme remède.

Depuis, son histoire est faite d'une suite de gloires et de déchéances. Oublié jusqu'au XVe siècle, il retrouve du XVe au XVIIe des protagonistes ardents (Basile Valentin, Paracelse, Scavius...) et, au XVIIe siècle, il est vraiment à son apogée. En cette époque de mystères où les alchimistes rêvent de la « Pierre philosophale », où les médecins se livrent à la magie tandis que les malades sont voués à la saignée, à la purge et au clystère, l'or devient tout-puissant. On l'emploie sous des formes variées (or « naturel », or « potable », or « fulminant ») à des fins plus variées encore. La Reine Isabeau de Bavière en prend pour maigrir, Louis XIV pour se fortifier... et Marie de Médicis pour calmer un mal de dents. Paracelse (1535) écrit qu'il contient « un bien grand mystère pour repurger, renouveler et restituer ou restablir le sang tant des membres que de tout le corps ».

Ensuite, c'est l'oubli complet jusqu'en 1811 où Chrestien, de Montpellier, fait une nouvelle apologie de l'or, le préconise contre la « maladie Espagnole » (la syphilis) et fait de nombreux adeptes en France et à l'étranger.

On dispose à ce moment de sels d'or qui sont fort employés, mais cette fois encore, la gloire médicale du précieux métal va s'éteindre dans l'oubli jusqu'au début du XXe siècle où naît la chimiothérapie, science qui le replace dans le rang des remèdes.

Les sels d'or vont bientôt se tailler de brillants succès dans la lutte antituberculeuse. Ils sont déjà assurés d'une place importante dans l'art thérapeutique et, s'il est bien vraisemblable que l'or ne retrouvera jamais dans l'esprit des médecins l'omnipotence mystique que lui avait donnée le moyen âge, son action indéniable contre la tuberculose pulmonaire le garantit de l'oubli. D'ailleurs son application récente dans le traitement des rhumatismes chroniques lui a donné un moyen de plus, le meilleur peut-être, de demeurer une arme excellente dans les mains d'un praticien avisé.

C'est en 1928 que J. Forestier préconisa son emploi dans les affections articulaires chroniques, se basant sur les grandes analogies qui existent entre l'évolution de la tuberculose et celle de certaines formes de rhumatismes chroniques, en particulier le mode d'évolution par poussées successives, l'anémie, l'atteinte de l'état général.

II. Justification de la chrysothérapie des Rhumatismes chroniques. — *Pourquoi l'or mérite une place importante dans le traitement des rhumatismes chroniques.*

Parce qu'il est le dernier né de la longue série des antirhumatismaux, l'or ne doit pas être systématiquement le dernier à essayer, pas plus qu'il ne doit faire abandonner ses précurseurs. Le voici introduit dans une lutte où ceux qui ont combattu avant lui n'ont obtenu, quoique fort nombreux, que des résultats médiocres dans l'ensemble et pour le moins inconstants. Il n'est donc pas nécessaire, pour justifier son emploi, qu'il remporte des succès éblouissants.

Avant les sels d'or, et en plus des médications purement symptomatiques qui sont trop souvent employées seules, bien d'autres traitements ont été essayés.

Comme partout ailleurs, *la médication étiologique*, lorsqu'elle est possible, demeure la plus rationnelle, mais elle se heurte ici à de graves obstacles.

En premier lieu, c'est la mauvaise connaissance que nous avons des causes des rhumatismes chroniques. Le grand nombre de celles qui ont été supposées en est la preuve même. Les infections, aiguës ou chroniques, générales ou locales, les intoxications, exogènes ou endogènes, les troubles endocriniens, les traumatismes... ont été accusés. On a beaucoup discuté sur l'action du froid humide, sur les influences atmosphériques. Cette richesse étiologique ne favorise pas le médecin qui cherche, en face d'un rhumatisme chronique, à en établir la cause, et, bien souvent, celle-ci reste inconnue de lui. Il faut toutefois faire une exception pour le rhumatisme goutteux, forme d'ailleurs assez mal isolée et dont l'unité est encore discutée, qui réclame un traitement spécifique et qui est, nous le verrons plus loin, une contre-indication à la chrysothérapie.

En second lieu, même connues, ou fortement soupçonnées, les causes sont fréquemment lointaines. Il semble bien dans un grand nombre de cas que, si elles ont servi à déclencher le rhumatisme chronique, elles n'ont plus, au moment où l'on voit le malade, qu'une bien faible action sur la maladie qui évolue pour son propre compte et demande une thérapeutique pour elle-même.

Aussi la nécessité s'est-elle fait sentir de *médications générales :* crénothérapie, physiothérapie, mécanothérapie, orthopédie, chirurgie, se sont montrées utiles. Enfin, de nombreux médicaments, parmi lesquels l'arsenic, l'iode, le soufre et enfin l'or, constituent la base du traitement des rhumatismes chroniques.

Il est actuellement certain que les sels d'or possèdent une action heureuse dans de multiples manifes-

tations tuberculeuses, en particulier dans la tuberculose pulmonaire et dans le rhumatisme tuberculeux. Or, à travers l'incertitude étiologique des affections rhumatismales chroniques, on a remarqué l'extrême fréquence d'un élément de tuberculose fruste. On insiste sur « l'atmosphère tuberculeuse », qui entoure nombre de rhumatisants chroniques. On parle de « petit tuberculeux ». Nous en sommes arrivés à nous demander si toutes les causes invoquées n'étaient pas simplement déclenchantes d'un rhumatisme chronique sur un terrain favorable parce qu'entaché de tuberculose et sans lequel la maladie n'aurait pas évolué.

Donc, à priori, l'or doit être actif dans le traitement des rhumatismes chroniques en raison de son influence certaine sur l'élément tuberculose et de la fréquence de cet élément dans les affections rhumatismales chroniques.

Nous ne voulons pas tirer d'un tel syllogisme une affirmation absolue, préférant laisser ce soin à l'exposé de résultats pratiques, mais nous pensons que l'or a sa place dans le traitement du rhumatisme chronique, une place au moins égale à celle des autres médications générales.

Les sels d'or ont d'ailleurs donné de nombreuses preuves de leur activité antirhumatismale. J. Forestier sur 12 cas de polyarthrites infectieuses dont les résultats lui furent connus a obtenu, avec les sels d'or, 5 guérisons, 5 améliorations importantes et 2 améliorations légères. Bourderon a eu 70,9 % de cas favorables sur 161 malades. Angeleri, Battistini et Robecchi ont obtenu avec l'or des résultats très satisfaisants et durables dans les maladies polyarticulaires chroniques... Nous-mêmes, à la fin de cet exposé, résumerons les résultats de notre essai de chrysothérapie des rhumatismes chroniques qui nous a donné satisfaction dans près de 86 % des cas.

III. Les accidents de la chrysothérapie. — La chrysothérapie des rhumatismes chroniques est donc une méthode thérapeutique capable de donner des résultats très intéressants : mais *ce n'est pas une méthode exempte de dangers.* On a déjà trop écrit sur les accidents de l'aurothérapie pour que nous en donnions ici une description détaillée. Nous rappellerons que ces accidents sont à craindre chez les rhumatisants chroniques plus que chez d'autres malades tuberculeux et les syphilitiques. Nous insisterons seulement sur la façon dont nous avons classé ces accidents dans le but d'établir aussi nettement que possible quelle est la conduite à tenir en leur présence. Nous les avons divisés en *trois groupes.*

1er Groupe : Accidents ne devant pas, au contraire, faire interrompre la chrysothérapie : *réactions focales et générales.*

Ce ne sont pas des accidents, mais des *incidents* réactionnels traduisant l'adaptation de l'organisme au traitement aurique. Les réactions focales consistent en une exacerbation passagère des douleurs, une exagération temporaire des signes fonctionnels et physiques du rhumatisme. Les réactions générales se manifestent par une fébricule, de la céphalée, de petits troubles gastro-intestinaux. Elles prouvent une sensibilité plus grande du malade. Ces réactions s'accompagnent d'une accélération de la sédimentation globulaire. Leur caractère essentiel est d'être *passagères.* Nous les considérons comme des incidents, non seulement bénins, mais favorables aux points de vue évolution de la maladie et pronostic, car elles sont souvent suivies d'améliorations importantes, et elles ont le mérite de prouver que l'or agit. Elles ont la même signification heureuse que les états de choc post-sériques ou post-protéinothérapiques.

2e Groupe : Accidents devant inciter à de la *prudence,* mais ne devant pas faire interrompre systématiquement la chrysothérapie : les accidents *cutanéo-muqueux* et les *bronchites simples.*

Pour ceux-là pas de règle de conduite fixe. On réduira les doses, on espacera les injections ou même on arrêtera le traitement, provisoirement ou définitivement. Tout dépendra de l'état du malade, de l'intensité de l'accident, de la dose de sel qui l'aura provoqué.

3e Groupe : Accidents devant faire interrompre la chrysothérapie : les *accidents viscéraux.*

Deux choses sont à dire au sujet de ces accidents qui sont les plus graves.

1) Ce ne sont pas à proprement parler des accidents, mais bien l'aggravation d'états pathologiques existant en même temps que le rhumatisme (insuffisance hépatique, cardiopathie, néphrite, hémogénie, etc.) et envers lesquels l'or se montre nuisible.

2) Ces accidents graves sont évitables parce que prévisibles. Il suffirait, pour ne jamais les observer, de ne pas pratiquer la chrysothérapie chez un malade porteur d'une tare organique susceptible d'être aggravée par les sels d'or.

En résumé, si l'on respecte les indications et les précautions que nous indiquerons plus loin, on peut éviter les accidents les plus sérieux. Il reste les réactions du début qui ne sont nullement alarmantes et le deuxième groupe d'accidents qui ne doit pas forcément faire cesser la chrysothérapie. Avant tout, le médecin qui administre de l'or devrait pouvoir, en présence d'un accident, peser la part des risques encourus par le malade du fait de la chrysothérapie, la part des avantages qu'il peut tirer de cette méthode et, en toute équité, choisir. Certaines formes de rhumatisme chronique (rhumatisme chronique déformant progressif) sont très graves : leur évolution se fait inexorablement vers une impotence très douloureuse et absolue et cela, très souvent, malgré de multiples essais thérapeutiques. Il serait aussi coupable de priver le malade, par la crainte exagérée d'accidents, d'un médicament qui pourra peut-être arrêter l'évolution de sa maladie, que de se montrer trop enthousiaste et provoquer par imprudence des accidents graves.

IV. Indications et contre-indications. — Partant de ce principe que l'or agit sur des lésions inflammatoires, évolutives, la plupart des auteurs fixent ses indications parallèlement à la part que l'inflammation

prend dans l'affection que l'on veut traiter. Des nombreuses classifications des formes de rhumatisme chronique qui ont été proposées, nous avons retenu celle de Coste, Forestier et Lacapère qui a servi de base pour les indications classiques de la chrysothérapie. Le tableau suivant différencie des « arthrites » où l'élément inflammatoire prédomine, les « arthroses » où il est minime ou nul.

	ARTHRITES	ARTHROSES
Etiologie.	S'observent à tout âge. Origine le plus souvent infectieuse. (Tuberculose, syphilis, gonococcies.) Cause souvent inconnue.	Ne se voient que chez des individus âgés. Origine non infectieuse. (Troubles endocriniens, artériosclérose, ostéoporose, troubles des métabolismes, déformations professionnelles, etc.)
Anatomie pathologie.	Lésion initiale synoviale. Atteinte tardive des cartilages et de l'os. Ankylose fibreuse. C'est une *arthro-synovite.*	Lésion initiale osseuse. (Néo-formations, calcification ligamenteuse.) Synoviale indemne. Ankylose osseuse. C'est une *ostéo-chondro-arthrose.*
Clinique.	Douleurs. Fluxion. Fins crissements. Atteinte de l'état général. Fièvre légère. Polyarticulaire le plus souvent. Evolution par poussées.	Douleurs. Pas de fluxion. Gros craquements. Etat général indemne. Pas de fièvre. Mono ou oligo-articulaires. Evolution continue.
Radiologie.	Rien, ou décalcification plus ou moins accentuée.	Ostéophytes.
Numération. Formule. Vernes. Sédimentation.	Anémie. Hyperleucocytose. Elevé. Très rapide.	Pas de signes hématologiques.

A côté des manifestations articulaires du rhumatisme chronique, il en existe d'extra-articulaires qui sont à ranger du côté « arthrite » parce que leur pathologie comprend un élément inflammatoire certain : ce sont les algies extra-articulaires d'origine dite rhumatismale (sciatiques, lombalgies, cervico-brachialites, etc...) et le rhumatisme musculaire.

Partant de ces données générales, nous dirons que :

1° Si minime soit-il, si accessoire qu'il puisse paraître, l'élément inflammatoire justifie l'emploi de l'or ;

2° L'absence de tout élément inflammatoire visible n'implique pas d'une façon absolue que la chrysothérapie soit vouée à l'échec ;

3° Le résultat obtenu par les sels d'or ne sera pas forcément en rapport étroit avec l'intensité de l'inflammation, c'est-à-dire que la qualité du résultat ne sera pas obligatoirement fonction du degré de l'indication. En un mot, certaines arthroses tireront de la chrysothérapie plus de bénéfice que certaines arthrites;

4° Nous ne pensons pas qu'il y ait des formes de rhumatisme chronique vrai (mis à part le rhumatisme goutteux) à qui les sels d'or puissent nuire.

L'indication de la chrysothérapie est donc générale, mais *il y a des contre-indications.*

Une première contre-indication est constituée par le *rhumatisme goutteux* dans lequel seuls donneront de bons résultats les dissolvants uriques, le régime, les alcalins.

En second lieu, les *tares organiques* dont nous parlions tout à l'heure. Tout sujet chez lequel on trouvera de l'albumine persistante, de la diarrhée, des signes nets d'une gastro-entérite, une insuffisance hépatique ou cardiaque, des troubles sanguins, sera exempté de la chrysothérapie.

Pour ce qui est des syphilitiques rhumatisants, nous pensons qu'il vaut toujours mieux commencer par un traitement spécifique qui donnera souvent entière satisfaction. Toutefois, l'or est un « antisyphilitique de seconde zone » et, si son indication est ici secondaire, il n'est pas contre-indiqué.

V. Les règles de la chrysothérapie. — *a)* Choix du sel d'or. — Il y a beaucoup de sels d'or. La plupart sont des sels doubles où l'or est combiné à du soufre, du sodium, du calcium. Les différences qui les séparent résident surtout en leur solubilité ou insolubilité dans l'eau ou dans l'huile. Il existe, en effet, des sels *hydrosolubles* (Crisalbine, Allochrysine, etc...), des sels *liposolubles* (Lipaurol) et des sels *insolubles* (Myoral). En outre, les hydrosolubles sont présentés soit en solution aqueuse, soit en *suspension huileuse* (Solganal B Huileux, Oléochrysine...).

Que doit-on demander à un sel d'or ?

En premier lieu, trois facteurs sont importants. D'abord le sel doit être *riche en or.* Ensuite, il doit être le fruit d'une combinaison de l'or *avec un radical organique.* Enfin, il doit être *stable.*

En second lieu, il existe entre les sels d'or des différences capitales au point de vue absorption et assimilation, selon qu'ils sont solubles dans l'eau ou dans l'huile, injectés en milieu aqueux ou huileux, ou insolubles. En effet, alors qu'un sel hydrosoluble administré en solution aqueuse (Ex.: Crisalbine) est absorbé très rapidement, mais par contre éliminé presque immédiatement par la voie urinaire, un sel d'or hydrosoluble en suspension huileuse (Ex.: Solganal B huileux) est absorbé moins vite et éliminé également moins vite, et un sel d'or insoluble (Myoral) subit une absorption très lente et une élimination probablement plus lente encore, constituant dans l'organisme une « réserve » d'or utilisée prudemment. L'avantage de ce dernier sel est de diminuer considérablement les risques d'accident qu'entraîne l'absorption brutale d'une grande quantité d'or.

b) Doses. — Ces risques sont encore diminués si l'on emploie de *petites doses* : or, dans le traitement des rhumatismes chroniques, on n'a aucun intérêt à faire de fortes doses de sels d'or et l'auro-sensibilité particulièrement grande des rhumatisants suffirait à justifier cette règle. Il faudra donc faire des *doses faibles* (variables d'ailleurs avec le médicament employé), des doses espacées et progressivement mais lentement croissantes à mesure que le malade s'habitue à l'or et y réagit par des réactions focales ou générales.

c) Précautions a prendre. — Le diagnostic de rhumatisme est bien vérifié. On a éliminé la possibilité d'une étiologie goutteuse (Uricémie, épreuve de l'uricémie provoquée, radiographie). On a établi par la clinique, par l'étude de la vitesse de la sédimentation globulaire, par la réaction de Vernes à la résorcine (réaction qui est très élevée dans les arthrites même non tuberculeuses), par la radiographie, à quelle forme de rhumatisme chronique on avait à faire et à quel stade évolutif elle se trouvait. On n'a pas de médication étiologique à tenter en premier lieu : l'indication d'une médication générale est posée et on a choisi un sel d'or. Avant de l'administrer, il faudra s'entourer de quelques précautions indispensables.

1) *Avant le traitement.* — Un examen clinique complet du malade s'impose. Il faut voir toutes les fonctions, tous les organes, partir à la recherche des tares organiques susceptibles d'être réveillées ou aggravées par les sels d'or. Ceci constitue une véritable *prophylaxie des accidents viscéraux :* on recherchera le temps de saignement et le temps de coagulation, le signe du lacet. On mesurera la tension artérielle : chez un hypertendu il vaudra mieux traiter d'abord l'hypertension avant de pratiquer la chrysothérapie. Enfin, le laboratoire peut nous révéler un B.W. positif qui appellera un traitement spécifique avant l'emploi de l'or.

2) *Pendant le traitement.* — Tout malade soumis à un traitement aurique devra être surveillé constamment. Le rôle du médecin à ce moment est double. Il doit : 1° *dépister les accidents,* savoir interpréter le moindre prurit qui est peut-être le premier signe d'une auride cutanée, vérifier l'hygiène buccale ; 2° *vérifier l'action de l'or* par la clinique, par le laboratoire, par la radiographie.

Par la clinique : nous avons dit comment les réactions générales ou focales étaient une preuve de l'activité de la chrysothérapie. En outre, les améliorations des signes physiques et fonctionnels du rhumatisme, enfin le relèvement presque constant de l'état général, sont autant de manifestations heureuses et favorables à l'aurothérapie.

Par le laboratoire : l'examen fréquent de la formule leucocytaire peut montrer une éosinophilie passagère qui serait un signe avant-coureur d'accidents ; comme de nombreux auteurs, nous avons pratiqué systématiquement cet examen qui nous a montré qu'il n'y avait aucun rapport entre les accidents et l'éosinophilie. La numération globulaire montre au contraire d'une façon presque constante l'augmentation du nombre des hématies et la diminution du nombre des leucocytes. Enfin, plus intéressante, la *sédimentation globulaire* subit, au cours du traitement, des variations importantes. Nous avons divisé à ce point de vue nos malades en 4 catégories :

a) Dans la première, la sédimentation qui est normale avant le traitement reste normale.

b) Dans la seconde, elle est normale avant le traitement qui la fait s'accélérer, puis elle revient à son taux primitif.

c) Dans la troisième, accélérée avant le traitement elle s'accélère encore avec lui, puis se ralentit.

d) Dans la quatrième enfin, trop rapide avant la chrysothérapie, elle s'abaisse ensuite sans subir d'accélération passagère.

Nous avons remarqué que l'accélération de la sédimentation en cours de traitement aurique correspondait toujours à l'existence d'une réaction focale ou générale.

Par la radiographie enfin qui, montrant par exemple une décalcification qui diminue, fournit un élément de pronostic.

3) *Après le traitement.* — Il sera nécessaire de suivre longtemps les malades aux points de vue clinique, sédimentation, Vernes, numération globulaire, afin de voir si l'amélioration que l'on aura pu constater est définitive ou passagère. On sait, en effet, que le rhumatisme chronique évolue par poussées successives et ce mode d'évolution interdit souvent de prononcer le mot de guérison.

VI. Les résultats dans les cas favorables. — Dans les cas favorables, la chrysothérapie a déterminé :

1° Une diminution ou une suppression des douleurs et la disparition des pseudo-ankyloses, simples limitations des mouvements dues à la contracture de défense occasionnée par la douleur ;

2° Un relèvement à peu près constant de l'état général des rhumatisants qui sont presque toujours des asthéniques, des anémiés.

***

Etude résumée de nos observations personnelles (1). — Nous avons traité de nombreux cas de rhumatisme chronique par les sels d'or ; 22 cas ont été étudiés en détail au point de vue étiologique et hématologique ; nous résumerons brièvement les constatations qui nous ont paru les plus intéressantes :

Sexe : 5 hommes, 17 femmes.
Age : moyen, 45 ans.
Etiologie : fréquence des antécédents tuberculeux, sans tuberculose évolutive actuelle.
Formes cliniques variables :
5 monoarthrites.
1 névralgie brachiale rebelle chez un rhumatisant.
2 monoarthroses.
2 lombarthries.
12 polyarthrites

Numération des hématies (moyenne des résultats) :
Avant traitement : 3.700.000.
Après traitement : 4.400.000.

Numération des leucocytes (moyenne des résultats) :
Avant traitement : 5.600.
Après traitement : 4.200.

Ultra-sons et biologie, par MM. A. Dognon, professeur agrégé de physique à la Faculté de médecine de Paris, et E. et H. Biancani, directeurs de la *Revue de Physiothérapie.* 1 vol. in-8 (23 × 17,5), de 80 pages, avec 22 figures. Prix : 25 fr. Librairie Gauthier-Villars, 55, quai des Grands-Augustins, Paris (6e).

(1) Voir le détail des observations et la bibliographie dans la thèse de Guénon, Marseille, 1936.

XXIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE LÉGALE ET DE MÉDECINE SOCIALE DE LANGUE FRANÇAISE

Paris, 14-27 mai 1937.

Présidence : M. O. Crouzon

A. — Médecine légale générale

I. Les services que peuvent rendre à la médecine légale les recherches biologiques sur le cadavre. — Professeur Palmieri (Bari).

1° *R. microbiologiques.* — Le sujet était-il pendant la vie atteint d'une maladie infectieuse ? La mort a-t-elle été provoquée par cette infection ? P... précise les techniques, discute la valeur des résultats : la présence ou l'absence d'un germe pathogène ne permet pas toujours de conclure. Le germe peut être détruit par les leucocytes (choléra), localisé et introuvable (tétanos), mourir lorsque le cadavre refroidit (méningocoque). Un pouvoir bactéricide du sang peut se développer après la mort. Les mutations d'espèces microbiennes dans l'organisme sont rares mais possibles.

La présence de germes pathogènes doit être évaluée prudemment. Il peut exister un microbisme latent (B. typhique vésiculaire). La putréfaction complique la recherche sans prohiber tout résultat ; car ne s'y développent pas des germes de toutes espèces, mais seulement certains types : *coli, proteus*, etc. La constatations du B. du charbon, par exemple, a de la valeur.

2° *R. immunologiques.* — Le Wassermann, possible avec une technique rigoureuse, n'a d'intérêt qu'avant la putréfaction qui développe un fort pouvoir anticomplémentaire. Passés deux jours, le W. est toujours positif.

Groupe sanguin : les agglutinines anti-A et anti-B peuvent disparaître dans les quinze jours après la mort ; il peut apparaître de nouvelles agglutinines aspécifiques, une panagglutination putréfactive résistant à la dilution qu'on peut éviter par suspension en milieu lécithiné. Ce phénomène d'origine microbienne peut être reproduit par infection du sang frais.

3° *R. physico-chimiques.* — pH après la mort, il vire d'abord vers l'acidité puis, à cause de la putréfaction, revient à l'alcalinité.

La *cryoscopie*, introduite par Carrare en médecine légale pour reconnaître la submersion, comporte plusieurs causes d'erreur, de même que la *réfractométrie*.

Discussion. — M. Simonin a étudié des cas d'intoxication alimentaire.

M. Leclercq, dans une mort par infection puerpérale, a trouvé du streptocoque pur.

M. Balthazard a pu, deux ans après la mort, faire le diagnostic bactériologique sur des coupes histologiques d'un utérus qui avait été bourré de compresses antiseptiques. Elles avaient empêché l'altération.

II. Examen histologique de l'utérus après l'avortement. — M. Melissinos (Athènes).

Après avoir précisé les modifications histologiques de l'utérus lors de la menstruation et de l'implantation de l'œuf, M... étudie les conditions de la pratique médico-légale.

1° *La femme à examiner est vivante.* — Divers modes d'avortement possibles ; généralement, l'avortement criminel est pratiqué dans les premiers mois et en général se fait en deux temps ; le délai entre manœuvres abortives et expulsion varie de quelques jours à quelques semaines. On peut examiner histologiquement des débris spontanément expulsés ou des produits de curettage.

2° *L'examen porte sur un cadavre.* — L'examen macroscopique n'est pas concluant si la mort a lieu longtemps après avortement, l'histologie s'impose alors. Des difficultés naissent des complications entraînées par l'avortement. L'origine d'un abcès utérin n'est pas toujours aisée à déterminer. Les manœuvres abortives ont parfois été pratiquées alors que la femme se croyait à tort enceinte. La mort enfin peut être due à une embolie gazeuse, ou graisseuse par pommade abortive. Les perforations mécaniques ne sont pas rares, non plus que les perforations gangréneuses développées autour d'une plaie.

Discussion. — M. Mondor. — On incrimine trop souvent le streptocoque. Il est fort difficile parfois de faire le diagnostic entre infection et intoxication.

M. Simonin. — Dans les quatre premières semaines de la grossesse, on peut confondre état gravide et état menstruel. Les cellules déciduales sont insuffisantes pour caractériser la grossesse. Les cellules de l'ectoderme sont retrouvées chez les multipares, de même que les cellules gravidiques de l'hypophyse. Il ne reste donc que les villosités choriales, qui n'apparaissent qu'à la fin du premier mois. En somme, dans les quatre premières semaines, il est impossible histologiquement de faire la preuve de la gestation.

M. Huguenin. — Seules comptent les villosités choriales. Les accidents secondaires tardifs de la grossesse peuvent donner lieu à une interprétation anormale et dangereuse.

M. Hausser a tenté de faire le diagnostic biologiquement de la grossesse en partant du sang du cadavre. Les résultats ont toujours été négatifs, en raison de la toxicité du liquide injecté.

M. Moureau émet le vœu qu'après la mort d'une femme suspecte de s'être fait avorter, on prélève systématiquement du sang et de l'urine.

B. — Pathologie traumatique

I. Basedow et traumatisme. — Bremer et J. Stosse (Bruxelles).

1° Il n'existe pas d'observations valables de B. imputables au trauma direct de la thyroïde ou des régions voisines.

2° Les cas ayant fait suite à un trauma (en particulier cranien), ayant déterminé une perte de connaissance immédiate, paraissent d'une extrême rareté. L'hyperthyroïdie, même légère, ne fait pas partie du syndrome commotionnel tardif des blessés du crâne.

3° D'assez nombreux cas de B. ont fait suite, en quelques jours ou quelques semaines, à un trauma quelconque n'ayant pas comporté de perte de connaissance.

4° La gravité et la localisation du trauma paraissent avoir été bien moins importantes que l'intensité et la durée de l'ébranlement émotionnel. Toutes les transitions entre ces cas de B. traumatiques vrais et ceux consécutifs à un « trauma psychique ».

5° Dans la moitié environ de ces cas il y avait prédisposition constitutionnelle thyroïdienne ou névropathique. Toutefois, plusieurs fois aucun signe de ces prédispositions n'a pu être relevé.

6° L'hypothèse pathogénique proposée est la perturbation fonctionnelle d'appareils nerveux centraux, situés vraisemblablement dans le diencéphale, régulateurs de l'hormone thyréotrope hypophysaire.

Discussion. — M. Sainton, en dix-huit ans, n'a vu que 3 cas de B. d'origine traumatique, dont l'un par électrocution. Il est probable qu'il s'agissait de prédisposés, mais le trauma a joué un certain rôle. S... insiste sur le rôle des strictions du cou produisant une congestion du corps thyroïde.

M. Chavanaz. — Des goitres méconnus présentent des poussées après trauma, même minime, qui peut les basedowifier.

M. Huguenin. — Un B. s'est développé en quelques heures spontanément.

M. Mazel insiste sur la rareté du B. traumatique. Les conclusions médico-légales seront différentes en loi de 1898 ou en droit commun.

MM. Muller et Christiaens. — Un syndrome de B. est apparu trois mois après une appendicectomie chez un sujet de dix-sept ans qui affirmait n'avoir pas été ému par l'idée de l'intervention. Les modifications physico-chimiques du choc opératoire ne peuvent-elles être invoquées ?

M. Molin de Teyssieu rappelle l'action des infections déclenchant le B. chez les malades en état de latence.

II. Rhumatismes et traumatismes. — M. Coste (Paris).

1° Séquelles des traumatismes importants. Certaines s'apparentent aux manifestations rhumatismales : aux arthrites aiguës et subaiguës, les syndromes d'ostéoporose aiguë post-traumatique, d'arthrite sympathique réflexe, du type Südeck Leriche, aux ostéoarthroses rhumatismales, les lésions chroniques des jointures qui font suite aux traumatismes articulaires. La fréquence de ces ostéoarthroses secondaires même après fractures articulaires, est très limitée ; elles supposent en général une prédisposition au rhumatisme chronique ou un état arthrosique déjà existant.

2° Influence du grand traumatisme sur les affections rhumatismales : aggravation fréquente et sérieuse des lésions arthrosiques ; influence plus exceptionnelle sur la genèse des arthrites et rhumatismes inflammatoires (R. A. R., pseudo-rhum. infectieux, polyarthrites chroniques évolutives, spondylose rhizomélique).

3° Microtraumatismes générateurs d'arthropathies et de rhumatismes parfois professionnels. C... en donne la liste, en montre la multiplicité. Mais la responsabilité du microtrauma, parfois évidente, reste le plus souvent hypothétique. Il ne représente qu'un élément étiologique parmi tous ceux qui concourent à l'édification des lésions rhumatismales. C... envisage la possibilité de comprendre le risque d'accidents rhumatismaux parmi les affections visées par la loi sur les maladies professionnelles.

Discussion. — M. Sorrel élimine les arthrites infectieuses et, parmi les lésions traumatiques, distingue : *a* la déchirure musculaire qui ne donnera pas d'arthrite ; *b* la lésion articulaire, luxation ou entorse. La guérison est généralement complète s'il n'y a pas de corps étranger traumatisant continuellement l'articulation et provoquant une arthrite sèche. L'ostéoporose aiguë apparaît très rare à S... Elle est différente de l'arthrite chronique ; *c* la fracture : diaphysaire, elle ne donne pas d'arthrite en général, mais si elle est mal réduite, l'articulation portant à faux sera ultérieurement et indirectement atteinte d'arthrite. Lors des fractures para-articulaires ou intra-articulaires, l'arthrite chronique est plus rare qu'on ne pourrait le croire, elle se produit en cas de corps étranger ou de décalage.

S... envisage enfin le trauma portant sur une articulation déjà altérée : coxa plana, scoliose, etc.

M. Etienne Martin. — Les pathologistes constatent une quantité de cas où le trauma peut être une cause des arthrites qu'ils soignent. En médecine légale il faut être plus précis : une crise de R. A. A. peut être déclenchée par un traumatisme, mais faut-il l'indemniser ? Et M... déplore que les radiographies soient pratiquées tardivement et non après le trauma, ce qui gêne l'interprétation médico-légale.

M. M.-P. Weill n'a jamais mis en doute le coefficient personnel dans les micro-trauma. La spondylose rhizomélique traumatique lui paraît indiscutable. P. Marie, Bechterew l'avaient indiqué. En effet, la ligamentite ossifiante ne serait que secondaire, la lésion primitive est une arthrite sacro-iliaque.

M. Rœderer. — Cas démonstratifs d'ostéite atrophiante après trauma. La guérison peut être complète. R... a observé une spondylose après trauma, mais les deux frères du malade en étaient aussi atteints. Dans la scoliose des couturières, il y a très fréquemment en réalité des épiphysites.

C. — Psychiatrie

Le docteur Ceillier, chargé de traiter la prophylaxie criminelle, a fait appel à la collaboration de Mlle Badonnel et du docteur Schiff.

I. Prophylaxie criminelle juvénile. — Marguerite Badonnel (Paris).

Basée sur les facteurs qui interviennent dans la production des délits : ils concernent l'*individu* et son état mental (peu de troubles graves ; dans la majorité des cas, débilité mentale et troubles du caractère) ; le *milieu* et l'éducation. La prophylaxie peut avoir pour but : 1° d'*éviter la récidive ;* 2° de *prévenir le délit.* Dans les deux cas, la décision doit être subordonnée à l'étude de chaque cas individuel : enquête sociale, niveau mental, niveau scolaire, etc. Ce bilan établi, il faudra : 1° instituer un traitement médical si nécessaire ; 2° compléter l'instruction ; 3° pourvoir le sujet d'un métier. Le mineur placé dans un patronage ou une maison d'éducation surveillée doit, après libération, recevoir l'assistance d'un service social.

Des mesures d'ordre général doivent être mises en œuvre : protection des enfants en danger moral, dépistage des anormaux à l'école, classes spéciales pour eux, etc. Le succès est fonction de la précocité des mesures.

II. La prophylaxie criminelle en dehors de la prison, par le docteur P. Schiff (Paris).

S... montre dans la prophylaxie criminelle l'aboutissant logique des diverses conceptions pénales et pénitentiaires : c'est une doctrine éclectique, qui réunit les caractéristiques des diverses écoles, classique, positiviste, sociologique. Parmi les mesures propres à maîtriser *l'imminence criminelle,* il cite un projet de circulaire aux commissaires de police, antérieurement soumis au ministère de la Justice — la proposition de Claude, approuvée par l'Académie de médecine, recommandant une « commission médico-judiciaire pour l'examen des psychopathes dangereux », qui interviendrait sans attendre que les preuves du trouble mental soient fournies précisément par les actes qu'il s'agit de conjurer. Enfin le rapport donne la primeur d'une proposition de loi fort hardie due à l'initiative de M. Louis Rollin, préconisant la création dans le ressort de chaque Cour d'appel d'un service médical de prophylaxie criminelle où les sujets dangereux seront examinés au besoin par voie de réquisition judiciaire.

Des mesures basées sur ce principe ne pourront manquer d'être prises un jour, inspirées de l'une de ces propositions, pour éviter les crimes par des sujets antérieurement reconnus comme dangereux et dont la fréquence et la continuité sont inscrites dans des statistiques qui indiquent un véritable sinon très visible massacre.

S... envisage ensuite les lois de *stérilisation anticriminelle* et de *castration pénale* qui trouvent à l'heure actuelle, dans certains pays, une application grandissante. Il considère que ces lois ont une base scientifique tout à fait insuffisante, que la castration des délinquants sexuels, par exemple, implique pour ce genre d'infraction une surestimation des facteurs endocriniens aussi contestable que la sous-estimation des facteurs psychiques. Plutôt que ces lois draconiennes dans leur application et douteuses quant aux résultats, S... préconise des mesures de charité bien comprise qu'on peut englober sous le nom d'*assistance sociale judiciaire,* dont

les premiers essais se sont montrés fort encourageants. Cette assistance judiciaire est avant tout à développer, car la refonte du Code pénal, qui seule permettra des *mesures* efficaces *de sûreté*, est encore lointaine ; S... conclut en insistant sur la nécessité d'une étroite *collaboration médico-judiciaire.*

II. **La prophylaxie criminelle pénitentiaire.** — Docteur André Ceillier (Paris).

La prophylaxie pénitentiaire s'exerce trop tard pour éviter le premier délit, mais elle peut intervenir utilement pour enrayer les récidives. Or ce sont les récidivistes qui sont les plus nombreux, les plus dangereux.

1° *Dépistage psychiatrique.* — Réclamé longtemps, il se trouve enfin réalisé dans la Seine. Il devrait être appliqué à toute la France et aux colonies. Il s'est montré très utile, indispensable. Malheureusement le nombre considérable d'entrants quotidiens à la Santé (30 à 70) n'a pas permis jusqu'ici le dépistage total. En quelques semaines, sur 22 femmes signalées à la Roquette, 2 seulement ont été déclarées responsables et 17 internées. Ces chiffres démontrent l'utilité du dépistage.

2° *Annexes psychiatriques.* — Celles-ci doivent être de petites infirmeries psychiatriques installées dans la prison, qui permettraient à l'expert d'observer l'inculpé avec toutes les ressources d'un service hospitalier normal.

3° *Réforme du Code pénal et réformes pénitentiaires.* — C... rappelle qu'une commission fort importante, présidée par M. Matter, premier président de la Cour de Cassation, a été chargée de réformer notre vieux code napoléonien. C... remarque — avec amertume — que cette commission n'a consulté aucun médecin, aucune société savante.

De cette absence de collaboration médico-judiciaire il est résulté un certain nombre d'articles inadmissibles au point de vue médical et qui ont été l'objet de sévères critiques, non seulement du docteur C..., mais de la Société médico-psychologique.

Des ces trois rapports ressort l'utilité qu'aurait une collaboration médico-juridique plus étroite, et le fait que l'on ne doit plus, comme jusqu'ici, envisager purement le délit ou le crime, mais la personne du délinquant. Ce que presque tous les médecins demandent, c'est « l'individualisation de la peine » ou plus exactement *l'individualisation du traitement pénitentiaire.*

Discussion. — M. Rollin est choqué par les mots enfants délinquants : il existe des enfants malades. Il y a actuellement carence de la société pour préserver l'*enfance*, nos méthodes de coercition sont fortement en retard sur celles d'autres pays. On commence à réformer les établissements publics, mais certains établissements privés sont déplorables, exploitant la charité destinée à l'enfance malheureuse ; il faut instituer un contrôle rigoureux.

M. Claude rappelle que tous les vœux proposés par les société médicales sont restés inopérants. On se heurte à la notion de « liberté individuelle », à l'incompréhension des familles. Les commissaires de police sont incompétents, ils devraient être assistés de médecins.

M. Fribourg-Blanc envisage le problème au point de vue militaire.

M. Christiaens montre l'action du centre d'examen médico-psychologique des mineurs délinquants à Lille.

M. Andrieu proteste contre l'envoi systématique à l'agriculture, quel que soit le résultat de l'examen d'orientation.

MM. Rollin, Muller, Christiaens s'associent à cette remarque.

M. Palmieri expose le point de vue italien : création de cinq maisons d'aliénés délinquants. Séjour à vie, sauf jugement de guérison et nouveau jugement sous la loi ordinaire.

M. Andrieu voit la solution dans la création d'une inspection des écoles et développe le projet sur le point d'être réalisé.

M. Turlan. — Il existe au Parquet de la Seine un service social de fortune. Il est important de préciser qui délivrera le mandat d'amener. Il faudrait créer un fichier mental.

M. Saunié indique que, facilement, on peut ajouter sur les sommiers un renseignement psychiatrique.

M. Molin de Teyssieu donne l'observation d'un assassin (avec préméditation) âgé de cinq ans. Cet enfant était normal au point de vue psychiatrique.

M. Melissinos. — En Grèce, la délinquance est énorme, la récidive considérable. On s'efforce de donner un métier à ces délinquants.

D. Médecine sociale

La sélection professionnelle en matière de transports en commun. — Professeur Diez (Rome).

D... donne d'intéressantes statistiques et une série de remarques pénétrantes sur les causes des accidents. En ce qui concerne les chemins de fer, le « sens de la discipline » est capital : en Italie, c'est pendant la période des manœuvres, lorsque la circulation est intense, que le nombre d'accidents est le moins grand, parce que la discipline est plus grande. Aux Etats-Unis, les passages à niveau ne sont pas gardés, le nombre d'accidents est ahurissant. Pourquoi ? On a observé 15.000 autos et constaté qu'une seule sur 100 prenait les précautions nécessaires pour s'assurer si la voie était libre. Le rôle des barrières ? Mais il n'est pas rare que des imprudents se jettent sur les barrières fermées, négligeant les signaux. Peut-être le passage eût-il été heureusement franchi si la barrière n'avait pas existé.

D... étudie ensuite les diverses méthodes de sélection employées dans les différents pays. Quelles sont les meilleures ? D... a assisté à des réunions de psychologues et de psychotechniciens et a constaté le désaccord qui règne entre eux. Pour lui la méthode qui utilise les tests mécaniquement est inadéquate pour la sélection, tout comme pour l'orientation professionnelle : on ne peut reconstruire la personnalité des candidats en regard d'un travail déterminé par l'addition ou la soustraction d'une série d'aptitudes. Il faut tenir compte de la *volonté de produire.* Les bases principales de l'activité physique et psychique du travailleur sont : 1° l'éducation, qui développe le talent de la production ; 2° la santé, qui assure la capacité de produire ; 3° la satisfaction, qui détermine la volonté de produire.

Discussion. — MM. Leclercq et Marchand donnent des observations de chauffeurs conduisant des autos malgré tabès, P. G., etc.

M. de Laet. — Les méthodes empiriques utilisées dans la sélection exposent à 30 p. 100 d'erreur.

M. Muller. — Un chauffeur conduisant sa voiture malgré les séquelles d'un état commotionnel antérieur provoqua un très grave accident. Il avait cependant été signalé au tribunal, lors de l'expertise le concernant, comme inapte définitivement à la conduite des autos.

M. Palmieri souligne la nocivité des faibles doses d'alcool.

M. Fabre montre qu'il est possible de doser l'alcool dans la salive. Cette méthode serait facilement applicable en pratique.

M. Marcel Heger confirme les résultats obtenus par Fabre.

Henri Desoille.

Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en urologie, par G. Marion. Un vol. de 62 pages, chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (6e), 1936. Prix : 24 fr.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 5 OCTOBRE 1937)

Ultracentrifugation de l'alexine et des « réagines » des sérums syphilitiques. — M. LEVADITI présente un travail de Mlle DEUTSCH et M. Y. LOMINSKI, d'où il ressort que si l'on soumet à l'ultracentrifugation (champs de gravitation très élevés : 84.000 tours par minute), soit de l'alexine, soit des sérums provenant de syphilitiques à réaction de Wassermann très positive, le principe actif réactivant ou sensibilisant abandonne le sérum pour se déposer sur le papier-filtre qui tapisse les parois de la cupule tournante. On peut transformer, de la sorte, un sérum syphilitique positif en un sérum plus ou moins complètement négatif, par la simple action de la force centrifuge. La réagine peut être récupérée. Elle offre une constitution discontinue et corpusculaire et paraît être rattachée aux globulines, ainsi qu'il ressort des analyses chimiques.

L'apparition de l'allergie tuberculinique après vaccination au B C G par voie parentérale. — MM. WEILL-HALLÉ et SAYE. Le meilleur critérium de l'imprégnation vaccinale par le B C G est l'apparition de la réaction tuberculinique positive ou allergique.

Les auteurs se sont efforcés de préciser les délais d'apparition de cette réaction après vaccination parentérale. Ce délai est capital à connaître pour fixer les conditions d'isolement minimum des nouveau-nés ou des sujets plus âgés pendant la période de prémunition.

De leurs recherches, les auteurs concluent que l'injection parentérale de B C G, soit unique, soit renouvelée, détermine constamment l'allergie.

Les délais varient selon la dose et certaines dispositions individuelles ; ils sont de 7 à 8 semaines pour l'injection de 1/25 de mgr., et peuvent être réduits à 3-4 semaines par des doses plus fortes. Le seul inconvénient de ces dernières est de produire parfois une réaction locale, voire une abcédation, d'ailleurs inoffensive.

La voie intra-dermique semble donner des résultats un peu plus rapides que la voie sous-cutanée.

Au cours des revaccinations, l'apparition de l'allergie s'obtient plus rapidement et les réactions locales sont plus fréquentes.

Les risques de contagion et les conditions de milieu doivent guider le praticien pour apprécier, d'après ces données, dans chaque cas, la durée minimum à assigner à la période d'isolement, dont le rôle est fondamental pour donner à la méthode son maximum d'efficacité.

Nouvelles recherches sur la transmission expérimentale de la maladie appelée « Anasarque des bovidés » (Globidiose cutanée du bœuf). — MM. CUILLE et CHELLE (présentation faite par M. BARRIER).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

Thèses soutenues pendant l'année 1936-1937 (1).

DOCTORAT D'ETAT. — 53. BASTIEN. — Les tumeurs malignes de la clavicule.

50. BAUDRY. — La neurolyse intercostale dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (méthode Léotta).

32. BELBENOIT. — Contribution à l'étude des festons diaphragmatiques.

35. BERDEAUX. — Utilisation thérapeutique de l'ester ortho-crésotique de l'acide phényl-cinchoninique dans la goutte et les manifestations rhumatismales avec hyperuricémie.

54. BIGOTTE. — Contribution à l'étude des odontalgies sinusales maxillaires et sphénoïdales.

33. BRUNET. — Rapport entre l'indoxylurie et les colibacilluries.

68. BUTRUILLE. — Pronostic éloigné de l'hémoptysie.

18. CAPIAUX. — La maladie gélatineuse du péritoine.

23. CAPIAUX (Mme), née DELACOURT. — Contribution à l'étude des rhumatismes endocriniens.

56. CARREZ. — Contribution à l'étude des fièvres traînantes cryptogéniques du nourrisson.

2. CARRIN. — Traitement conservateur des grosses hydronéphroses suppurées ou non suppurées.

26. CHAUCHOY (Mme), née WALTZ. — Trois formules d'assistance infantile : pouponnière modèle, placement familial surveillé, centre de donneuses de lait ; leur groupement réalisé au Centre maternel et infantile de Mme Lorthiois, à Tourcoing.

39. COORNAERT. — Contribution à l'étude de la décision opératoire dans l'appendicite aiguë. Présentation d'une statistique de 666 cas opérés chez les enfants de moins de quinze ans.

62. COUCKE (Mme), née DELSENCERIE. — Etude critique sur la tuberculose pulmonaire du vieillard.

20. CUVELIER. — Sur les variations de la répartition globulo-plasmatique de l'eau du sang.

46. DAUTHUILE. — Contribution à l'étude des accidents oculaires du travail. Essai de statistique, étude du pronostic et de la prévention des blessures de l'œil.

67. DEBERDT. — Le tétanos post-abortum.

29. DEBONNE. — Etude sur un cas de pneumo-péritoine spontané.

42. DÉCAMPS. — La dysostose cléido-cranienne (maladie de Pierre Marie et Sainton).

69. DE CHAMPS. — Cancer de la vulve et curiethérapie.

14. DELAHAYE. — Accidents nerveux et psychiques de l'aurothérapie.

24. DELAHOUSSE. — Contribution à l'étude de l'artérite diphtérique et de son traitement par l'artériectomie.

11. DELANNOY. — Les foyers congestifs tuberculeux rapidement curables.

15. DELERUE. — Contribution à l'étude anatomique de l'articulation du coude.

60. DÉMAREZ. — Les régénérations costales après thoracectomie.

34. DENTIER. — Les éclatements traumatiques du testicule.

36. DESWARTE. — Apnée du nouveau-né avec cyanose.

64. DÉTREZ (Jean). — Les métastases ovariennes des épithéliomas digestifs.

31. DEWAILLY. — Les abouchements extravésicaux de l'uretère chez la femme.

6. DIEULOUARD. — Contribution à l'étude de l'ostéochondromatose synoviale et musculaire.

25. DORÉMIEUX. — La rééducation des mineurs délinquants anormaux à l'Institut médico-pédagogique d'Armentières.

5. DUC. — La péricardite calcifiante.

63. DUPONCHEL. — L'acrodynie infantile.

59. FAUCHEUX. — Les scissurites non tuberculeuses de l'enfant.

41. FAUQUET (Jean). — Cancer primitif du vagin et curiethérapie.

30. FAUQUET (Michel). — Sur un cas d'anévrisme jugulo-carotidien.

10. FIÉVET. — Le traitement des états parkinsoniens post-encéphalitiques par le sulfate neutre d'atropine à haute dose.

(1) Voir *Thèses de Montpellier*, nº 78, p. 1234 — *Thèses d'Alger*, nº 80, p. 1268.

43. FRANCHOMME. — Sur un procédé de mesure numérique du réflexe irien à la lumière.
38. FRANCKE. — Kératite interstitielle et accidents du travail.
22. GARET. — A propos de douze observations de chirurgie parathyroïdienne.
44. GERVOIS. — Le bacille de type bovin dans la tuberculose humaine. Revue de la documentation actuelle.
1. GINESTE. — Les paradiabètes sucrés, étude clinique et pathogénique.
52. GOUSSET. — La réaction de Bordet-Wassermann dans le sérum débarrassé de la fraction précipitable par l'acide chlorhydrique.
12. GOUY. — Contribution à l'étude des kystes de l'ovaire compliquant la puerpéralité.
9. GRAILLES. — Contribution à l'étude des septicémies colibacillaires.
37. HONORÉ. — Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité supérieure du radius chez l'enfant.
55. HUBIN. — De l'avenir des paralysies obstétricales.
48. ISRAËL. — La syphilis sans chancre.
51. KUNTZ. — Etude radiologique des cavernes pulmonaires en position de profil.
40. LABENNE. — Etude expérimentale de l'intoxication par le chloro-méthylate neutre de diamino-acridine.
19. LECLERCQ. — Application thérapeutique de vues biologiques nouvelles sur le brome.
61. LEJEUNE. — L'intoxication professionnelle par le manganèse.
58. PANNEQUIN. — Contribution à l'étude de la vaccination par l'anatoxine staphylococcique. Etude immunologique et clinique.
3. PANNIER. — Les pleurésies contro-latérales après pneumothorax artificiel.
47. PESIN. — L'anatoxine staphylococcique. Résultats de son emploi dans le traitement spécifique des affections dues au staphylocoque.
28. PICHAULT. — Contribution à l'étiologie de certaines psychoses dites séniles.
49. PINCHART. — Le cœur sénile. Etude clinique, radiologique et électro-cardiographique.
65. PLATEL. — Les névrites optiques dues aux arsenicaux pentavalents.
7. POUBELLE. — Contribution à l'étude de la pneumoconiose des mineurs et de ses rapports avec la tuberculose.
8. RETAILLEAU. — Contribution à l'étude du facteur héréditaire dans la genèse de certaines psychoses juvéniles.
13. RIVIÈRE. — Du tétanos post-opératoire.
17. SABRE. — Contribution à l'étude des abcès puerpéraux de l'utérus.
16. SALMON. — Recherches expérimentales sur l'assainissement des coquillages contaminés dans un port de pêche.
21. SCHULTZ. — La néphrose lipoïdique chez l'enfant.
57. VAN AERDE. — Syphilides tertiaires des muqueuses à forme pseudo-tuberculeuse.
27. VANGERMÉE. — De l'intérêt de la cuti-réaction à la tuberculine en pratique médicale infantile.
4. VANSTEENBERGHE. — Contribution à l'étude des hybrides lupo-syphilitiques.
45. VAQUETTE. — Les lésions pulmonaires tuberculeuses aérogènes d'extension chez l'adulte.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 66. POPOFF. — L'hypertrophie du thymus au cours de la leucémie aiguë de l'enfant.

Radiothérapie gynécologique, curie et roentgenthérapie, par R. MATHEY-CORNAT. 370 pages avec 81 figures, à Paris, chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain (6e). Prix : 60 fr.

LIVRES NOUVEAUX

L'Institut du Cancer de la Faculté de médecine de Paris et du Département de la Seine. (Université de Paris, Paris, 1936.)

Brochure luxueusement présentée et illustrée d'admirables photographies, à la fois descriptives et documentaires, où sont réunis tous les renseignements techniques et administratifs relatifs à l'Institut du Cancer de Villejuif.

Il s'agit là d'un organisme conçu dans un esprit entièrement original et qui supporte sans en souffrir la comparaison avec les créations étrangères les plus admirées. La largeur de la conception s'alliant au soin dans les moindres détails, le souci de la perfection et de l'adaptation au but principal, le concours de tout ce qui peut rendre au chercheur sa tâche plus aisée, tant dans l'outillage technique que dans la création d'une ambiance de paix laborieuse et de confort, sont les traits les plus marquants d'un organisme encore trop peu connu en France et hors de France.

On pourrait avoir quelque embarras pour savoir qui admirer le plus, du savant qui en est l'âme ou du réalisateur qui a su mener à perfection une tâche d'une telle ampleur, si l'un ou l'autre ne se confondaient.

Il n'est en tout cas que de stricte justice d'admirer sans réserves une œuvre qui fait honneur à celui qui l'a conçue, à la science française qu'elle encourage et à des dons nationaux d'organisation dont on fit souvent trop peu de cas.

L. BABONNEIX.

PRATIQUE MÉDICALE

CONSIDÉRATIONS SUR LA PATHOGÉNIE ET LE TRAITEMENT DU PRURIT VULVAIRE

d'après le docteur J. COULON (1)

Les travaux de Zondek ont prouvé que la folliculine pouvait être absorbée par voie percutanée et qu'administrée de la sorte elle donnait des résultats souvent inespérés. Aussi, à côté des prescriptions générales visant la suppression des excitants et la sédation du système nerveux, on doit conseiller, comme traitement local, l'onguent d'Oestroglandol « Roche » qui est une pommade à laquelle est incorporée de la folliculine (1 gramme = 1.000 U.I.).

Facilement résorbé par la peau et les muqueuses, l'onguent d'Oestroglandol « Roche » réalise ce traitement local qui, à lui seul, a son importance, que la malade réclamerait d'ailleurs si on ne le lui prescrivait pas, car c'est de lui qu'elle attend un soulagement rapide et il présente l'avantage de traiter en même temps les troubles ovariens existant chez nombre de femmes atteintes de prurit vulvaire. Il s'emploie en onctions suivies d'un léger massage sur les régions prurigineuses, renouvelées deux à trois fois par jour ; la résorption du médicament produit une amélioration considérable. Dans une affection aussi pénible que le prurit vulvaire dont le traitement s'avère si souvent décevant, où toutes les méthodes préconisées comptent des succès et des échecs, cette technique simple et commode est intéressante à connaître. On peut aussi compléter le traitement local par l'administration buccale de comprimés ou sous-cutanés d'ampoules d'oestroglandol.

(1) *Concours médical*, Paris, nº 14, avril 1937.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 82. — MERCREDI 13 OCTOBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-91.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de médecine de Paris. — *Travaux pratiques supplémentaires de parasitologie.* — Une série de travaux pratiques supplémentaires en vue des examens de fin d'année aura lieu à partir du mardi 12, jusqu'au lundi 18 octobre, de 13 h. 30 à 15 h. 30.

Cette série supplémentaire, qui comprendra une révision de tout le programme, est destinée :

1° Aux étudiants qui n'ont pas leurs travaux pratiques validés. Ces étudiants devront s'inscrire avant le lundi 11 octobre, au Secrétariat, guichet 4, les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures.

Droit d'inscription : 250 francs.

2° Dans la mesure des places disponibles, à tous les étudiants ayant accompli leurs travaux pratiques, mais désirant compléter leurs connaissances en parasitologie avant l'examen.

S'inscrire les lundis, mercredis et vendredis, guichet 4, de 14 à 16 heures.

Droit d'inscription : 100 francs.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Dejean, institué agrégé en 1936, est nommé agrégé d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Montpellier. Il est chargé pour l'année scolaire 1937-1938 du cours de clinique ophtalmologique, en suppléance de M. le professeur Villard, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— M. Harant, chef de travaux d'anatomie pathologique, est nommé chef de travaux de parasitologie et d'histoire naturelle médicale et chargé du cours complémentaire de pharmacologie et histoire naturelle médicale.

— Sont nommés chefs de laboratoire pour l'année 1937-1938 : MM. Parès et Bétoulières (radiologie), M. Guibert (anatomie pathologique), Mlles Giraud et Labraque-Bordenave (microbiologie), Mlle Nicolas et M. Cayla (chimie).

— Sont nommés, pour l'année courante : prosecteur : M. Passebois ; aides d'anatomie : MM. Godlewski et Courty.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Auvigne, professeur de physiologie, est nommé professeur de clinique d'urologie (emploi créé.)

— M. Gabriel-Pierre Sourdille, ancien chef de clinique ophtalmologique de la Faculté de Paris, ophtalmologiste des hôpitaux de Nantes, est nommé professeur de clinique ophtalmologique, en remplacement de M. le professeur Gilbert Sourdille.

Ecole de médecine de Rennes. — M. Bourdinières, professeur d'hygiène générale et appliquée, est nommé professeur de pathologie générale et interne (dernier titulaire . M. Millardet, retraité).

Guerre. — *Mutations.* — Médecin colonel : Guibert, de l'hôpital militaire Legouest, à Metz, est maintenu et désigné comme médecin-chef.

Médecin commandant. — Besnoit, du Val-de-Grâce, à l'hôpital militaire Legouest, à Metz.

Médecins capitaines. — Garric, stagiaire à l'Ecole supérieure de guerre, affecté au 309e d'artillerie ; Igert, de la garde républicaine, aux troupes du Maroc ; Adam, du service de santé de la 8e région, à la garde républicaine ; Masson, du 309e d'artillerie, à l'infirmerie-hôpital de Modane ; Vanhems, de la base aérienne, Dijon, à la direction du

Service de santé de la 8e région, Dijon ; Evrard, du 401e de défense contre aéronefs, au 39e d'artillerie.

Médecins lieutenants. — Viennot-Bourgin, des troupes du Maroc, au 94e régiment d'infanterie ; Fontalirant, du 121e d'infanterie, au 15e régiment de tirailleurs algériens ; Bacqué-Mouret, du 15e de tirailleurs algériens, au 70e bataillon alpin de forteresse ; Guillot, du 70e bataillon alpin de forteresse, aux troupes du Maroc ; Faveret, du 94e d'infanterie, à la base aérienne, Dijon ; Caillard, de l'hôpital militaire Bégin à Saint-Mandé, au 401e de défense contre aéronefs.

Ministère de la Santé publique. — Un poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique départemental de Hoerdt (Bas-Rhin) est actuellement vacant, par suite du départ de M. le docteur Adnes.

1er congrès international de la conserve. — Ce congrès aura lieu à Paris, du 14 au 16 octobre 1937. La séance d'ouverture aura lieu le 14 octobre, à 9 heures, salle des Arts-et-Métiers, 9 *bis*, avenue d'Iéna.

Deux des questions à l'ordre du jour intéressent particulièrement les médecins : la valeur alimentaire des conserves et les garanties offertes aux consommateurs.

Renseignements et inscriptions auprès du secrétaire général, M. P. Peissi, 25, rue du Général-Foy, à Paris (8e).

COURS ET CONFÉRENCES

Cours de médecine légale. — M. Piédelièvre, agrégé, commencera son cours le mercredi 5 janvier 1938, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine ; le cours aura lieu les lundis, mercredis et vendredis de janvier et février.

Sujets du cours : Attentats à la pudeur. — Viol et perversions sexuelles. — Hermaphrodisme. — Avortement criminel et infanticide. — Coups et blessures. — Le problème de l'identité. — Anthropométrie et dactyloscopie. — Examen des taches, poils, etc...

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu (Professeur : M. F. Terrien). — Enseignement des stagiaires mardis, jeudis et samedis à 10 heures (amphithéâtre Dupuytren) : leçons pratiques avec projections, suivies d'exercices techniques et d'examens de malades. Lundis et mercredis : consultation expliquée. Vendredis, à 10 h. 1/2 : leçon clinique.

Un examen obligatoire et portant sur les matières enseignées aura lieu à la fin du stage.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine (Professeur : M. Raymond Grégoire). — M. le professeur Grégoire commencera ses leçons cliniques le jeudi 4 novembre 1937, à l'hôpital Saint-Antoine, à 9 h. 30.

Programme de l'enseignement. — Lundi, 9 h. 30 : leçon clinique au lit du malade. — Mardi, 11 heures : leçon clinique à l'amphithéâtre. — Mercredi, 9 h. 30 : démonstrations opératoires. — Jeudi, 9 h. 30 : leçon clinique au lit du malade. — Vendredi, 9 h. 30 : démonstrations opératoires. — Samedi, 9 h. 30 : examens de laboratoire. — Séméiologie des maladies de l'appareil urinaire.

Nécrologie. — Le docteur François Bredier, à Saint-Victurnien (Haute-Vienne).

— Mme Tobolowska, médecin de l'Institut prophylactique à Paris.

— Le docteur Henri Noiré, radiologiste à Paris, victime du devoir professionnel.

— Le docteur Emile Magnin, à Paris.

— Le docteur Louis-François Blanchard, directeur de l'Institut municipal d'hygiène, à Toulon.

Émile DETOT

(1874-1937)

...Un de ces hommes rares qui ne font que traverser sans bruit la vie en laissant une trace ineffaçable dans quelques cœurs... Lamartine, *Recueillements poétiques.*

Il était arrivé jeune à l'internat. Elève des professeurs Marfan et Roger, chef de laboratoire aux Enfants-Malades, auteur de recherches ingénieuses et qui, toutes, portaient l'empreinte de l'originalité la plus sûre, il paraissait appelé au plus brillant avenir. Il préparait avec ardeur le concours des hôpitaux. Et voilà que sa santé lui donne des inquiétudes.. Bientôt, il doit renoncer à toute fatigue et vivre au ralenti. Ces deux dernières années, il était confiné à la chambre. Depuis six mois, il ne quittait plus le lit. Il y a attendu la mort avec la sérénité du sage.

Dès son internat, il s'était acquis de solides amitiés, dont celles d'A. Baumgartner et de H. Grenet. Elles lui seront restées fidèles jusqu'au bout. C'est qu'il ne pouvait pas ne pas inspirer la sympathie, avec son grand front surmonté d'abondantes boucles noires, son air sérieux et réservé, sa haute taille un peu voûtée, son aspect presque immatériel qui le faisait ressembler à Joubert, cette « âme qui avait rencontré par hasard un corps ». Une fois qu'on était entré dans son intimité, on était séduit par « la grâce, par le charme et par le rayonnement doux et à demi-jour de son esprit » ; on admirait son jugement, son équilibre et, plus encore, sa vaste culture. Sa prodigieuse mémoire « embrassait tout, l'antique comme le moderne, l'histoire, la philosophie, la théologie la plus sublime et les arts avec les sciences. » Il lisait dans le texte Dante et Shakespeare. Il avait visité la plupart des musées d'Europe. Ayant médité sur beaucoup de questions, il était capable de les discuter toutes et de proposer, pour chacune d'elles, une solution. Plus attirantes encore étaient ses qualités de cœur : une telle modestie, un tel amour de l'ombre qu'il « considérait comme étant dans le tourbillon tous ceux qui sont dans la lumière » ; un sens exquis des nuances ; une délicatesse presque féminine ; une largeur d'esprit qui respectait toutes les opinions, à condition qu'elles fussent sincères, et, surtout, le culte de la famille. Que de fois, au cours des visites qu'on lui faisait, parlait-il, les larmes aux yeux, de son père, l'ancien secrétaire de Lamartine ; de sa mère, qu'il avait eu le bonheur de garder longtemps ; de son petit-neveu, qu'il aimait comme un fils et qui, si tôt, avait été ravi à son affection ! Ne s'est-il pas longtemps efforcé de cacher les progrès de son mal, pour ne pas causer de peine aux siens ? Hier encore, ne les remerciait-il pas de toute la tendresse qu'ils lui avaient témoignée et de leurs soins pendant sa lente et cruelle agonie ?

Le voilà maintenant au séjour des justes. Dans les prairies fleuries d'asphodèles où erre son ombre pensive, il songe à ceux qu'il a laissés. Et comment eux-mêmes pourraient-ils perdre son souvenir ? Ne leur a-t-il point suffi de respirer un moment son suave parfum pour que leur mémoire en reste à jamais embaumée ?

L. Babonneix.

LA CLINIQUE DU RÉFLEXE SINO-CAROTIDIEN

Par MM. Maurice LOEPER et Jean-Louis PARROT

Depuis quelque temps déjà nous recherchons systématiquement le réflexe sino-carotidien au cours des affections les plus diverses : maladies générales ; maladies des artères, hypertension artérielle avec ou sans lésion rénale, etc.; et nous nous efforçons de tirer des diverses réponses que nous recueillons, des conclusions pratiques.

Nous voudrions dire aujourd'hui quelle fut notre technique et quels sont nos résultats.

Il y a quelque 70 ans, en 1866, un auteur étranger, Czermak, s'était aperçu qu'une légère compression du cou, à la partie moyenne, devant le sterno-cléïdo-mastoïdien, était suivie d'un ralentissement du pouls. Il avait attribué ce ralentissement à la compression du pneumogastrique.

Quelques années plus tard, Concato, en 1872, étudia lui aussi les résultats de la compression du cou : il précisa que cette compression doit être exercée en un point qui répond à la bifurcation de la carotide primitive, et non pas sur la ligne de projection du pneumogastrique ; mais Concato n'alla pas plus avant.

C'est au travail de Hering en 1905 que l'on doit vraiment la connaissance exacte de ce réflexe sino-carotidien et en particulier de son origine : pour la première fois se trouve clairement formulée cette affirmation que le réflexe sino-carotidien ne correspond pas à la compression du pneumogastrique, mais bien à la compression de la carotide. Dans des travaux qui s'échelonnent de 1923 à 1927, ce même auteur maintient sa première conclusion, à savoir que ce qui détermine le ralentissement du pouls, c'est la compression du sinus de la carotide primitive à l'endroit où elle se divise en carotide interne et en carotide externe.

Une thèse intéressante a été soutenue sur ce sujet en 1933 par un de nos élèves, le Dr F. P. Merklen, et d'autres travaux publiés par lui en collaboration avec MM. Bénard, Carnot..., confirmèrent ces données classiques.

La compression du sinus ne provoque d'ailleurs pas seulement un ralentissement du pouls, mais un abaissement de la tension artérielle. Les premiers auteurs s'étaient attachés à l'étude du ralentissement du pouls; les auteurs modernes considèrent que l'hypotension est la réponse la plus constante et incontestablement la plus utile dans la régulation de la circulation.

La recherche du réflexe. — La recherche du réflexe sino-carotidien est facile. On trace une ligne imaginaire prolongeant vers le sterno-cléïdo-mastoïdien le bord supérieur du larynx, et l'on repère le point où cette ligne vient croiser la carotide. On a quelquefois certaines difficultés à faire exactement ce repérage parce que les doigts glissent sur les téguments, sont refoulés par l'artère, ou déplacés par les mouvements du larynx au moment d'une déglutition ; il y faut un peu d'habitude. Ce point répond au sinus de la carotide ; et sa compression détermine les deux réponses spécifiques du réflexe sino-carotidien : le ralentissement du pouls et l'hypotension.

La double réponse. — Le *ralentissement du pouls* n'est pas immédiat ; il se produit après trois ou quatre pulsations. Parfois il succède à une pose de près de 4 ou 5 secondes, après lesquelles le pouls reparaît ralenti. Dans la majorité des cas, la fréquence du pouls se trouve abaissée d'un tiers environ, c'est-à-dire qu'à la suite de la compression, elle s'abaisse de 80 à 60. Par contre, il est des cas où le ralentissement est plus marqué ; d'autres à l'opposé où il n'existe pas.

L'*hypotension artérielle* est plus constante que le ralentissement du pouls ; cependant, dans la majorité des cas, on observe à la fois hypotension et ralentissement. L'abaissement de la maxima peut atteindre chez certains sujets 2, 3 ou 4 cm. de mercure. Il est d'ailleurs beaucoup plus marqué chez les hypertendus que chez les hypotendus. Il se maintient en général pendant 15 à 20 minutes ; mais, quelquefois, il dure bien au delà.

L'hypotension est renouvelable, c'est-à-dire qu'une nouvelle compression du sinus provoque un nouvel abaissement. Nous avons vu un malade chez lequel la première pression avait abaissé la tension maxima de 24 à 22 ; la seconde pression, de 22 à 19 et la troisième de 19 à 17, ce qui fait une chute de 7 dans un espace de temps de 10 minutes avec des paliers successifs.

Il semble que le réflexe sino-carotidien soit plus marqué à droite qu'à gauche. Cette affirmation de beaucoup d'auteurs semble exacte. On a pourtant prétendu le contraire.

Le ralentissement du pouls et l'hypotension ne sont pas toujours proportionnels ; chez certains sujets le pouls se ralentit beaucoup et la tension baisse peu ; chez d'autres au contraire, et le cas est plus fréquent, l'hypotension est considérable et le ralentissement peu marqué. Certains auteurs expliquent cette discordance par les variations du seuil d'excitation qui serait plus bas pour la réponse hypotensive que pour l'autre.

Un certain nombre de phénomènes secondaires accompagnent l'hypotension et la bradycardie : chez le chien, l'excitation du sinus carotidien comme du nerf de Hering détermine d'abord une accélération de la respiration, puis un ralentissement. Le ralentissement est le seul phénomène observé chez l'homme.

Un de nos collègues, le Prof. Danielopolu (de Bucarest) a constaté en outre certaines manifestations viscérales telles qu'un accroissement des contractions gastriques, que l'on observe d'ailleurs aussi à la suite de la compression des globes oculaires.

Les accidents provoqués par la recherche du réflexe sino-carotidien. – On a dit que chez l'homme la recherche du réflexe sino-carotidien était capable de provoquer des accidents. Personnellement, nous n'avons vu qu'un léger incident et dans des conditions particulières. Il faut reconnaître cependant que des vertiges et même des syncopes sont assez fréquents et il faut rappeler l'observation de M. Mahaine (de Lausanne) que nous résumons : Un malade que j'avais examiné, dit-il, un employé de banque, se

plaint d'avoir très fréquemment des vertiges quand il se baisse, se renverse en arrière, par exemple chez son coiffeur, ou se met à genoux pour prendre quelque chose en bas de son armoire et il présente même un état syncopal. Ces vertiges se produisent aussi bien quand le malade plie le cou ou l'étend d'une façon anormale et l'auteur attribue le phénomène à l'occlusion de la carotide et au rétablissement subit de la perméabilité du sinus.

A cette observation de M. Mahaine, il faut joindre deux cas aujourd'hui classiques de M. Roskam (de Liége) et de M. de Brun, qui montrent bien que la compression du sinus carotidien est capable chez certains sujets de provoquer une syncope.

Un malade de M. Roskam, un homme de 53 ans, n'avait jamais présenté aucun malaise particulier, lorsque, un jour, ayant mis un col trop étroit, il glisse le doigt entre le cou et le col et tombe en syncope. Au début d'octobre, cet homme, essayant de gravir à la course un talus escarpé, perd de nouveau brusquement connaissance. Pendant cette syncope, il s'ouvre le cuir chevelu sur une longueur d'une dizaine de centimètres sans éprouver aucune douleur. Revenu chez lui, il présente une nouvelle syncope.

Le 3 novembre, nouvel accident chez un coiffeur : celui-ci, tendant la peau du cou, provoqua par ce geste intempestif une syncope brutale et prolongée. La syncope se renouvela lorsque le sujet, sorti de son évanouissement, essaya de se redresser.

Par la compression du cou et du sinus, Roskam n'eut pas de peine à provoquer, lui aussi, une syncope.

L'examen n'a montré aucune autre modification grave.

Si le réflexe sino-carotidien détermine parfois des vertiges, et des syncopes durables, qui peuvent être provoquées à volonté par l'expérimentateur, il provoque plus souvent des accidents bénins : ainsi, dans l'observation de M. de Brun, un homme de 67 ans, en mettant son faux-col, est pris d'un malaise subit qui dure deux secondes à peine. M. de Brun lui-même comprima légèrement la carotide en arrière du bord supérieur du larynx, un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire et provoqua la syncope et la chute. Fait curieux, l'état syncopal déterminé ici par la compression du sinus gauche ne survenait pas après compression du sinus droit.

Ces deux observations sont intéressantes. Nous avons noté nous-mêmes, il y a quelques jours, un fait assez particulier qui rappelle les précédents. Il s'agit d'un malade dont la tension maxima était à 16 ou 17. Il vint nous trouver pour quelques troubles digestifs sans grande importance ; mais en outre il racontait que parfois, après la toux — et il toussait souvent — il était pris d'une syncope qui durait quelquefois dix minutes. L'examen du cœur et du système nerveux ne révéla rien de particulier. Mais une compression sino-carotidienne provoqua un ralentissement marqué du pouls dont la fréquence par minute passa de 64 à 40 ; le malade se releva d'ailleurs sans aucun malaise, il s'assit, toussa une fois et fut pris instantanément d'une syncope. La compression sino-carotidienne avait certainement préparé cet accident, car il ne se produisait d'ordinaire qu'à la suite de nombreux accès de toux.

Il ne faut donc pas comprimer le sinus carotidien sans avoir pris certaines précautions : éviter surtout la compression bilatérale, et faire étendre le malade avant de pratiquer cette recherche.

Le réflexe sino-carotidien chez l'homme normal. — Quels sont les *résultats* fournis par l'étude du réflexe chez l'homme normal ? De nombreuses statistiques ont été faites : celle de Koch, assistant de Hering, porte sur 250 explorations du sinus carotidien ; il n'a observé qu'une seule fois l'absence de bradycardie. Par contre, il a vu manquer l'abaissement de la tension artérielle 22 fois sur 50 cas. Ce chiffre nous paraît supérieur à la réalité.

Regniers a fait une statistique analogue.

Dans la statistique de Merklen, qui porte sur 8 observations, l'abaissement de la pression est constant, ainsi que la diminution des pulsations cardiaques.

Certains auteurs ont constaté que dans certains cas la compression de la région sino-carotidienne restait sans réponse : Quincke l'observe 33 fois sur 80 malades ; Weill 50 fois sur 78 malades ; Kleimcen, 83 sur 127 ; Henry 13 fois sur 100. Il semble donc que, chez des individus normaux, la compression de la région sino-carotidienne soit suivie d'une réponse dans 75 % des cas environ.

Dans notre statistique personnelle, qui porte sur 27 cas complètement étudiés, nous avons constaté 21 fois un ralentissement du pouls allant de 4 à 16 pulsations par minute et 26 fois un abaissement de la tension artérielle compris entre 1 et 3 cm. de mercure.

Il faut insister sur le fait que cet abaissement de tension est toujours plus marqué chez les hypertendus que chez les hypotendus. La remarque a été faite par Regniers, par Merklen, et, dans la statistique de celui-ci, nous voyons des cas où la tension maxima reste stable, alors que la fréquence du pouls s'abaisse de 8 pulsations par minute (1). Parfois la tension maxima est à 20, et elle y reste, alors que le ralentissement du pouls est de 10. Le plus souvent la tension à 25, 28, 22, s'abaisse de 2 à 3 cm. de mercure et le pouls se ralentit de 16, 28 et 20 battements par minute. On voit ainsi apparaître déjà l'importance considérable de l'hypertension dans l'accentuation du réflexe sino-carotidien. Ajoutons que l'âge a une certaine importance et que le réflexe sino-carotidien, à mesure que le sujet vieillit, donne des réponses plus énergiques.

Le sexe ne paraît pas avoir d'intérêt. Pourtant les réponses à la compression du sinus ne sont pas les mêmes aux différents stades du cycle menstruel. Sur une de nos malades le réflexe sino-carotidien est exagéré dans l'intervalle des règles, complètement inversé la veille de celles-ci. L'expérience fut faite plusieurs fois et nous pouvons affirmer que les menstruations modifient nettement le réflexe sino-carotidien.

Nous avons recherché le réflexe oculo-cardiaque que nous avons introduit en France avec Mougeot dès 1910 en même temps que le réflexe sino-carotidien.

(1) Merklen, Thèse, Paris, 1933.

Nous avons l'impression qu'il y a concordance entre la bradycardie que détermine le réflexe oculo-cardiaque et celle que détermine le réflexe sino-carotidien. Mais il n'y en a aucune entre l'hypotension provoquée par la compression du globe oculaire et celle que provoque la compression du sinus carotidien : celle-ci est toujours plus marquée ; il y a même dissociation entre ces deux réflexes chez les athéromateux et les hypertendus : et la réponse du sinus sino-carotidien est chez eux plus constante et plus marquée que celle de la compression oculaire.

Il y a par contre grande corrélation entre la compression du sinus et celle de l'aorte à la fourchette sternale. Lorsqu'on peut atteindre l'aorte derrière le sternum, sa compression chez certains malades provoque un ralentissement du pouls et une hypotension analogue à celle du sinus carotidien ; les réponses des deux réflexes sont remarquablement concordantes.

Le réflexe sino-carotidien en pathologie. — Y a-t-il des affections, locales ou générales, capables de modifier la bradycardie ou l'hypotension qui succèdent normalement à la compression de la région sinusienne ?

Dans la majorité des cas, c'est la compression du sinus droit qui donne les réponses les plus vives. Il faut donc se montrer très prudent avant d'admettre que les réponses du réflexe sino-carotidien droit sont exagérées, ou que celles du réflexe sino-carotidien gauche sont diminuées. A vrai dire, il est quelquefois difficile de les comparer exactement, mais certains cas ont la valeur d'une expérience.

Nous avons eu l'occasion d'examiner un malade atteint d'une volumineuse tumeur médiastinale dont l'existence était affirmée par la percussion, l'auscultation et la radiographie. Or, le réflexe sino-carotidien droit était normal, comparable à celui d'un sujet normal, mais le gauche était absolument supprimé.

Nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher cette observation d'une autre, faite avec Mme Brouet-Sainton il y a un an, chez un homme atteint d'un cancer de l'œsophage : la compression du globe oculaire droit ne modifiait pas la fréquence du pouls et la compression de la région sinusienne restait également sans réponse. A l'autopsie, du côté droit le pneumogastrique était pris, écrasé et détruit par la masse cancéreuse.

Le réflexe sino-carotidien peut donc dans certains cas être utile au diagnostic de certaines lésions médiastinales et à leur localisation, mais il faut avouer la rareté de modifications aussi schématiques, correspondant à une destruction du pneumo-gastrique par une lésion médiastinale.

Dans certains cas, également rares, d'ailleurs, de pleurésies, de lésions pulmonaires tuberculeuses, il existe quelques différences entre le réflexe carotidien du côté atteint et celui du côté sain.

Nous avons pu examiner récemment un malade qui avait subi une énervation du sinus droit et qui n'avait plus de réflexe de ce côté. Le fait devrait être constant et pourtant une observation de deux auteurs allemands signale la réapparition du réflexe, et même son accentuation, après énervation du sinus. Sans doute le nerf lui-même est-il dans ces cas enserré, irrité par une bride cicatricielle, et réagit-il de façon plus exquise et anormale.

Dans les maladies générales, on ne peut encore dire quelles sont les modifications particulières du réflexe sino-carotidien. Il semble qu'il soit, comme le réflexe oculo-cardiaque, d'une instabilité très grande, qu'il s'agisse de maladies générales infectieuses ou toxiques. Les intoxications aiguës et chroniques par le gardénal, l'atropine, diminuent le réflexe sino-carotidien ; l'ictère l'augmente ; la maladie de Basedow fait l'inverse ; c'est du moins ce que j'ai observé dans un cas. Trois cas de Merklen ont donné une réponse inverse.

En ce qui concerne les maladies nerveuses, nous avons remarqué que le tabès amenait parfois une modification du réflexe : l'hypotension persiste mais la bradycardie ne se produit plus. La paralysie générale n'agit guère. L'encéphalite, le parkinsonisme l'atténuent. Ces résultats sont tout à fait en accord avec ceux que donne le réflexe oculo-cardiaque : Danielopolu, comme Merklen dans le tabès, a vu l'hypotension persister alors que la bradycardie faisait défaut.

Dans les affections cardiaques, l'étude du réflexe sino-carotidien a donné des résultats variables et nos recherches dans le service n'ont pas encore apporté grands éclaircissements à ce sujet. Cependant, lorsqu'il y a tachycardie, la réponse du réflexe est généralement accentuée et lorsqu'il y a bradycardie, la réponse est en général négative. Nous avons vu récemment un malade atteint de bradycardie par dissociation auriculo-ventriculaire, chez lequel la pression du sinus carotidien restait, ce qui s'explique, sans effet. Il nous a paru que dans quelques cas on pouvait voir survenir des extrasystoles à la suite de la compression du sinus. D'autres auteurs, au contraire, ont constaté que l'excitation du sinus faisait précisément disparaître les irrégularités cardiaques. Il y a là une contradiction, d'explication assez difficile.

Certaines arythmies peuvent être améliorées, au moins momentanément, par la compression des sinus. Mais il faut se défier des extrasystoles rythmées qui donnent à la radiale un rythme régulier alors que l'auscultation du cœur dénote de l'irrégularité.

*
* *

L'*hypertension et l'athérome* sont les affections vasculaires les plus intéressantes pour l'étude du réflexe sino-carotidien. De nombreux auteurs ont signalé l'accentuation du réflexe chez les athéromateux, et ils opposent même ce résultat aux réponses de la compression oculaire. Il nous a semblé que les hypertendus simples, chez lesquels les artères semblent normales, réagissaient mieux que les autres.

Rappel de quelques notions de physiologie. — Mais, avant de donner quelques indications sur la valeur clinique de cette exploration, nous voudrions dire quelques mots de la physiologie du réflexe sino-carotidien.

Nous avons dit déjà que l'origine du réflexe était le sinus carotidien lui-même ; de là partent deux nerfs :

l'un rejoint le glosso-pharyngien directement, l'autre se mêle d'abord aux filets du pneumogastrique. Ces nerfs, dits de Hering, constituent la voie centripète du réflexe et prennent naissance à l'intérieur même de la paroi artérielle.

Certains auteurs ont signalé dans cette paroi un très grand nombre de filets nerveux qui semblent plus abondants que dans les autres parois artérielles. De Castro et Plasmann ont décrit avec soin ces éléments nerveux : fibres à revêtement de myéline très épais, avec un très fin reticulum, et qui sont extrêmement nombreuses dans la zone du sinus. Les auteurs distinguent deux variétés différentes de fibres : les fibres en vrille et les fibres en massue ; par ailleurs ils reconnaissent l'existence de cellules, semblables aux cellules ganglionnaires et sympathiques, qui sont si rares dans les parois vasculaires. Voilà les trois éléments que contient la paroi du sinus : ce sont les champs récepteurs de l'artère qui transmettent vraisemblablement l'incitation aux nerfs de Hering. Puis, après réflexion dans le bulbe, l'incitation suit la voie centrifuge qui est surtout le pneumogastrique. La réponse du réflexe est double : d'une part vasodilatation avec hypotension, de l'autre bradycardie.

Expérimentalement, on peut mettre en jeu le réflexe de deux façons : soit en excitant mécaniquement ou électriquement le nerf de Hering, soit, au contraire, en provoquant une augmentation de pression à l'intérieur du sinus. Dans le premier cas, le point de départ est l'excitation du nerf, elle est exovasculaire ; dans le second, l'excitation adéquate est représentée par l'hypertension intrasinusienne : elle est endovasculaire. Il faut insister sur cette distinction car nous sommes forcés, en clinique, de considérer que dans la majorité des cas, l'excitation n'est pas proprement du vaisseau, mais plutôt du nerf par tiraillement ou compression. Assurément c'est la pression intrasinusienne qui intervient physiologiquement dans la régulation de la pression artérielle générale et la réponse vasodilatatrice et hypotensive semble être, au moins à l'état normal, bienfaisante. On a pu prétendre ainsi que, grâce à l'action du sinus carotidien, grâce à l'amortissement, à l'étalement qu'elle permet, l'ondée sanguine ne donnait pas de grands à-coups de pression intracranienne. On a supposé également que le fonctionnement normal du sinus, en atténuant les coups de bélier dans la circulation générale, préservait dans une certaine mesure l'organisme de la sclérose viscérale. On a même dit que, lorsque celle-ci apparaissait, au rein d'abord puis ailleurs, elle résultait de l'insuffisance du réflexe sino-carotidien.

Chez l'animal, en effet, certains auteurs, en particulier Nordmann, ont énervé le sinus, et coupé les nerfs cardio-modérateurs qui viennent de l'aorte, et ils ont constaté dans un délai de quelques mois une sclérose considérable des reins ; une atrophie scléreuse des glomérules et de la substance corticale, et cela, chez le chien, comme chez le lapin.

On peut donc supposer que le rôle du sinus est capital puisque certaines constatations cliniques, comme certaines expériences sur l'animal, montrent qu'il est à l'origine de modifications très importantes des vaisseaux et même de la sclérose viscérale.

La valeur clinique du réflexe sino-carotidien. — Certes, même si le silence du sinus carotidien ne peut être la seule cause des néphrites chroniques, son importance paraît bien grande dans la régulation de la tension artérielle. Il y a lieu de distinguer deux catégories d'hypertension : les hypertensions graves où le sinus insuffisant ne protège plus le rein de la sclérose et le cerveau des accidents vasculaires ; et les hypertensions bénignes où le sinus joue son rôle protecteur même au cours des poussées hypertensives très marquées. Depuis longtemps nous cherchons à établir cette distinction, mais les conditions cliniques rendent le travail long et difficile.

Nous avons pourtant déjà remarqué que l'hypertension de la ménopause, qui peut atteindre 23, 24, s'accompagnait d'une augmentation extrêmement marquée du réflexe sino-carotidien. Or cette hypertension est généralement bénigne, passagère et guérit d'habitude spontanément au bout d'un an ou un an et demi. Il faut donc établir entre l'évolution de ces hypertensions et l'intensité du réflexe sino-carotidien une certaine relation. Le fait est déjà capital. Par contre il ne semble pas, d'après les examens que nous avons pu faire, qu'il y ait de grandes différences entre les hypertendus, sans lésion artérielle marquée, et ceux au contraire dont les artères sont très indurées.

Ne peut-on se demander si la raison de certaines variations ne se trouve pas dans la lésion même du sinus ? Nous avons cherché dans les observations des vieux auteurs, dans Brault, Gouget et d'autres, la fréquence de la sclérose et de l'athérome du sinus carotidien ou de la carotide par rapport à celle des autres artères, mais nous n'avons rien trouvé de précis. Pourtant en étudiant les travaux de Benek, de Plasmann, nous avons relevé quelques examens importants. Ce dernier auteur a étudié le sinus carotidien chez un grand nombre d'athéromateux et il a remarqué qu'il était peut-être plus fréquemment touché que ne le sont les artères en général. Il a étudié la lésion de ce sinus et a observé dans certains cas de véritables couronnes de calcaire sur l'artère.

A l'examen histologique, il lui a semblé que les nerfs n'étaient pas très touchés, mais interrompus par ces plaques calcaires qui les isolent de la surface interne du sinus. Il en conclut que les nerfs gardent leur intégrité, mais qu'ils ne reçoivent plus les incitations normales et qu'ils sont isolés par cette plaque calcaire de la tunique interne du vaisseau du sinus, par conséquent des incitations *endo*artérielles.

Il semble donc possible que chez certains athéromateux, le réflexe ne puisse plus dépendre d'une excitation endocarotidienne et qu'il ne dépende plus que du tiraillement extérieur, bien artificiel. Malheureusement, nous sommes encore incapables de déceler en clinique une telle lésion. Nous devons pourtant chercher à étudier le réflexe d'origine endosinusienne non par compression au niveau du sinus, mais par compression au-dessous de lui, afin de réaliser d'abord une hypertension par suppression de l'excitation pure, puis une hypotension par décompression et contact normal. La manœuvre est difficile à réaliser, un peu risquée, et peut provoquer des accidents. De sorte qu'on ne peut pas donner de nombreux résultats.

Dans la compression de la région sinusienne il semble en tout cas qu'on agit sur les filets nerveux qui naissent du sinus et que l'exploration étant extérieure à l'artère, le réflexe est d'origine *exo*-vasculaire. On comprend que celui-ci puisse donner une réponse normale, alors que l'incitation endoartérielle, la seule qui entre en jeu physiologiquement, reste sans aucune réponse. Et cette discordance enlève à l'exploration une partie de sa valeur pratique.

Nous avons l'impression pourtant que les hypertendus dont *le réflexe est fortement hypotensif* après simple compression digitale, *sont* malgré leur tension artérielle élevée, *mieux protégés* contre les accidents que ceux qui, dans les mêmes conditions, ne font pas ou font peu d'hypotension. Dans les observations que nous avons pu recueillir nous relevons des lésions cérébrales ou des crises d'angine de poitrine chez des sujets dont le réflexe sino-carotidien donnait des réponses faibles ou nulles. De telles lésions font défaut au contraire au cours de l'hypertension de la ménopause, par exemple, là où le réflexe sino-carotidien donne des réponses intenses. C'est pourquoi nous espérons, malgré la difficulté de ces recherches, que le réflexe sino-carotidien nous permettra de différencier les *hypertensions artérielles tolérées* des *hypertensions malignes* capables de déterminer des accidents.

Conclusion thérapeutique. — D'ores et déjà nous avons étudié les divers agents pharmaco-dynamiques qui favorisent ou qui inhibent la réponse hypotensive du réflexe ; les uns sont indiqués dans le traitement de l'hypertension artérielle et les autres doivent être évités. L'atropine diminue le ralentissement du pouls, mais ne modifie pas sensiblement la réponse hypotensive. De même le gardénal, les somnifères, le numal, la quinine déterminent surtout du ralentisement. L'yohimbine, l'ergotamine modifient les réponses du réflexe et plus peut-être les réponses bradycardiques que les autres. Récemment, nous avons pu vérifier le fait chez une malade qui s'était intoxiquée accidentellement en ingérant 40 à 50 cgr. d'yohimbine et qui présentait des douleurs dans le bassin, un gonflement des seins, une tachycardie marquée avec hypotension artérielle. Le réflexe était supprimé. Par contre, deux médicaments augmentent la réponse du réflexe, surtout bradycardique, ce sont l'ésérine et la pilocarpine. Dans l'ordre des bases aminées pathologiques nous avons étudié l'histamine, et la réponse hypotensive s'est maintenue bien plus longtemps que celle d'un sujet normal et prolongée près de deux heures.

Un tel fait a un intérêt pathogénique indéniable dans certaines intoxications digestives, à tropisme vasculaire nerveux ou cutané.

Au point de vue pratique les malades doivent être divisés en quatre catégories : les uns sont des hypotendus, des syncopaux dont le réflexe sino-carotidien semble donner des réponses excessives : on pourra, peut-être, essayer chez eux l'atropine. D'autres sont des cardiaques qui se plaignent de palpitations, qui à l'examen présentent des extrasystoles et qui bénéficie-

ront certainement du gardénal. Les hypertendus dont les réflexes sino-carotidiens sont faibles et qui sont exposés aux accidents pourront être traités par l'ésérine. Enfin les hypertendus, dont le réflexe sino-carotidien est bien marqué, doivent s'abstenir de tout médicament. Chez ces malades, en effet, le réflexe sino-carotidien doit être respecté, car il est bienfaisant et peut les préserver des accidents graves viscéraux ou cérébraux de leur hypertension.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LA SÉROTHÉRAPIE ANTIDIPHTÉRIQUE CHEZ L'ENFANT

par M. L. Babonneix,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Lorsqu'on injecte à un animal approprié une dose convenable de cultures de bacille diphtérique dont on a pris soin d'atténuer la virulence, il apparaît, dans son sérum, une *antitoxine* (Behring, 1890), qui, mélangée *in vitro* à la toxine, la neutralise et qui, expérimentalement comme cliniquement, jouit de propriétés préventives et curatrices. Depuis la retentissante communication d'E. Roux, L. Martin et Chaillou, au Congrès de Budapest (août 1894), elle est universellement employée dans le traitement de la diphtérie.

Indications et contre-indications. — Sérothérapie curative. — Les premières sont représentées par la *diphtérie sous toutes ses formes :* pharyngée, nasale, buccale, cutanée, nerveuse, avec paralysies. Pratiquement, deux cas :

La diphtérie est évidente. Il n'y a pas à hésiter : tarder pour procéder à l'injection constitue une faute inexcusable.

Elle n'est pas évidente. Le cas est beaucoup plus délicat et la solution est surtout une question d'espèce. S'il s'agit d'un nourrisson, si l'on ne peut procéder aux examens bactériologiques nécessaires (frottis, donnant parfois des résultats positifs), si l'on est en milieu épidémique, si l'état général paraît gravement touché, si, pour une raison quelconque, on ne peut multiplier les visites, etc., l'injection est recommandable. *En cas de doute, ne pas s'abstenir* (E. Roux). Une *vaccination antérieure* ne constitue, en aucun cas, une contre-indication.

Quant aux secondes, ce sont :

1° L'*asthme :* injecter du sérum antidiphtérique à un asthmatique, c'est l'*exposer à la mort subite ;*

2° Un *état de sensibilisation* dû à une injection antérieure de sérum animal : on emploiera alors la méthode de Besredka ;

3° L'existence d'une *néphrite aiguë :* la sérothérapie ne devra être effectuée, dans ce cas, qu'à toutes petites doses et avec les plus grandes précautions.

Sérothérapie préventive. — A petites doses, le sérum antidiphtérique immunise, *pour un mois environ*, les enfants auxquels on l'a injecté (Netter).

Technique. **I. Les sérums.** — En principe, on a le choix entre les différents sérums, préparés soit par l'Institut Pasteur, soit par des laboratoires privés.

Les *premiers* sont :

Le sérum *ordinaire*, qui contient 300 unités antitoxiques par cm^3 ;

Le sérum *fort*, qui contient 500 unités antitoxiques par cm^3 ;

Le sérum *concentré*, qui contient 1.000 unités antitoxiques par cm^3 ;

Le sérum *purifié*, qui contient 200 à 500 unités antitoxiques par cm^3 ;

Le sérum *desséché :* 1 g.=10 cm^3 de sérum à 300.

Nous utilisons surtout :

A *titre curatif*, le sérum concentré, qui permet d'injecter de fortes doses d'antitoxine tout en n'introduisant dans l'économie que de faibles quantités d'albumine étrangère ;

A *titre préventif*, le sérum purifié, qui, débarrassé de certains de ses protides, occasionnerait moins d'accidents.

Nous avons eu aussi de bons résultats avec les *seconds* (Clin).

II. La **voie d'injection** est la *voie sous-cutanée* et la *voie intra-musculaire :* celle-ci d'action plus rapide, mais plus fugace. Inutile d'ajouter que toutes les *précautions d'asepsie* doivent être prises.

III. **Les doses.** — Pour la *sérothérapie préventive*, 1.000 à 5.000 U.A.

Pour la *sérothérapie curative*, la formule du prof. L. Lereboullet : *vite, fort et longtemps* a été admise par tous jusqu'à ces dernières années. Aujourd'hui, si le troisième terme est discuté, les deux premiers sont encore unanimement acceptés. Il ne faut pas oublier, en effet, que, 1° par définition, l'antitoxine est toujours introduite, dans l'économie, après la toxine ; 2° que celle-ci a déjà créé des lésions nerveuses et parenchymateuses en se fixant sur les tissus ; 3° que l'antitoxine ne peut rien sur les lésions déjà constituées, mais s'oppose à la formation de nouvelles. Le sérum, disait E. Roux, agit comme l'eau dans un incendie : il empêche l'extension du mal, mais il ne répare pas les dégâts.

Certains auteurs (L. Debré, Ramon et Bernard) recommandent l'*injection unique et massive*, la dose variant de 15.000 à 50.000 U.A.

Pour la majorité des autres, l'injection doit être *renouvelée 3 à 4 jours de suite*, à des doses variant avec la gravité des cas et avec l'âge. Nous faisons volontiers, chez un enfant de 8 ans atteint d'une diphtérie d'intensité moyenne:

5.000 U.A. (5 cm^3 de sérum concentré) matin et soir, les deux premiers jours ;

5.000 les troisième et quatrième jours.

Conformément aux instructions de l'Institut Pasteur, nous ne dépassons jamais 40.000 U.A., soit 40 cm^3 de sérum concentré.

Résultats thérapeutiques. — Au bout de 36 à 48 heures, les fausses membranes se détachent et tombent ; l'état général s'améliore ; ces résultats sont d'autant plus nets que l'antitoxine a été injectée plus tôt. Ajoutons qu'après une injection unique et massive (R. Debré, Ramon et J. Bernard), aussi bien qu'après les injections répétées, la teneur antitoxique du sang se maintient longtemps (au delà du 40e jour) à un taux élevé.

Accidents. — *Accidents immédiats.* — La *douleur locale*, atténuée par des applications chaudes, est, somme toute, négligeable. Il n'en est pas de même des phénomènes d'*anaphylaxie*, uniquement observés chez des sujets sensibilisés, le plus souvent par une injection antérieure de sérum animal, qui peuvent aboutir à la mort en quelques minutes, et dont préserve la méthode de Besredka : elle consiste à injecter préventivement, sous la peau, une heure auparavant, 1 cm^3 de sérum : ne se produit-il aucun accident, on peut, au bout de ce délai, injecter lentement la dose thérapeutique. De cette anaphylaxie générale, il faut rapprocher le *phénomène d'Arthus :* gangrène sèche survenant à l'endroit de l'injection seconde, et qui est considérée comme une manifestation d'anaphylaxie locale.

Accidents tardifs. — Ils sont constitués par l'apparition, au bout de quelques jours (8 à 10), d'accidents divers : arthralgies, urticaire, fièvre, prurit, caractérisant la *maladie du sérum* de V. Pirquet et que l'on attribue à la précipitation, dans les mailles du tissu conjonctif, sous l'in-

fluence des précipitines élaborées par l'organisme, de l'antigène représenté par l'albumine étrangère introduite par voie parentérale.

Pour réduire au minimum les accidents sériques, nous avons essayé le chlorure de calcium (A. Netter), les benzoate et salicylate de soude associés (H. Vincent). Les résultats ont été bons, mais inférieurs, nous a-t-il semblé, à l'éphédrine : un comprimé une heure avant la première injection, puis un toutes les 8 heures jusqu'au 14e jour, les comprimés étant d'un, de deux et de trois centigr. selon l'âge (Pierre-Paul-Lévy).

Quels que soient les inconvénients de la sérothérapie, ils ne sont pas à mettre en balance avec ses avantages : peu de méthodes peuvent se vanter d'avoir économisé plus de vies humaines.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Thèses soutenues pendant l'année 1936-1937 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 48 (de 1936). ADRIAN (Mme), née GONIN. — L'évolution de la mortalité estivale du nourrisson.

28. BLAVIN. — Les suites éloignées des fractures du bassin au point de vue médico-légal.

27. BOHN. — A propos de deux cas de cancer suppuré du poumon.

22. BURY. — Contribution à l'étude de la lobite supérieure droite tuberculeuse.

45 (de 1936). CALIHMANN. — Traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés et résultats immédiats.

23. ELSTER. — Evaluation médico-légale de l'incapacité de travail des tuberculeux.

13. HEINRICH. — Contribution à l'étude médico-légale des cas latents d'intoxication oxycarbonée.

12. HESSLOEHL. — Le syndrome de Volkmann de cause vasculaire.

18. KAHN. — Contribution à l'étude de la prophylaxie des accidents infectieux post-opératoires.

15. KLEIN. — Etude physiologique des réflexes tendineux, basée sur les documents classiques et sur des documents personnels.

31. KOEGLER. — Morts subites et autopsies blanches en médecine légale.

1. KUHLMANN (Mlle). — Le contrôle hématologique du Centre de transfusion sanguine d'urgence de l'Hôpital civil de Strasbourg.

21. LAUGEL. — Les ictères émotifs en médecine légale.

19. LAUGIER. — Contribution à l'étude de l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse arsenicale.

33. LEDOUX. — Contribution à l'étude des maladies professionnelles des soudeurs.

14. MARTZ. — Signalement médico-légal et médico-social des jeunes enfants.

30. MEHL. — Cancer et traumatisme.

51 (de 1936). MOSSER (Mlle). — La recto-colite ulcéreuse.

17. PHELIZOT (Mlle). — Contribution à l'étude de la bilatéralisation au cours du pneumothorax artificiel.

7. RAEIS. — La transfusion sanguine en obstétrique et en gynécologie. Indications et résultats à la Maternité de Strasbourg.

25. RENNERT. — Eugénique, stérilisation et médecine légale.

4. SACREZ. — Contribution à l'étude de la vitamine C dans la thérapeutique des anémies de l'enfant.

8. SCHMITT. — Contribution à l'étude de la lithiase rénale consécutive à une fracture.

11. WAEGELÉ. — L'enchevillement par greffon osseux dans le traitement des fractures.

52 (de 1936). WILLEMANN. — Les traumatisés du crâne aboutissent-ils à l'asile ? Contribution à l'étude médico-légale des troubles mentaux post-traumatiques.

10. WOLFF. — Etude sur la vente au public de divers appareils au radium.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 16. BIRGER. — Contribution à l'étude des complications pulmonaires chez les traumatisés craniens.

49 (de 1936). ICYKOVICIUS. — Contribution à l'étude des nodules rhumatismaux. Lipomatose nodulaire au cours du rhumatisme chronique déformant.

5. IVANOFF. — Les phlébites consécutives à des traumatismes fermés. Interprétations médico-légales.

26. KANTOR. — Contribution à l'étude de la tératogénèse des cyclocéphales et des arhinencéphales.

20. KARAITIDIS. — Le cancer du larynx. Etude anatomo-pathologique.

46 (de 1936). LEWITAN. — Rupture traumatique de l'artère méningée moyenne sans fracture du crâne.

32. MULLER. — Recherches cliniques et expérimentales sur un nouveau traitement du diabète sucré par voie buccale.

6. MUNSTER (Mlle). — Conceptions étiologiques sur la pellagre d'après les derniers travaux effectués en Roumanie.

53 (de 1936). RACHMIELIS. — Contribution à l'étude du séro-diagnostic typho-paratyphique chez les vaccinés. La réactivation du pouvoir agglutinant par les infections intercurrentes.

50 (de 1936). ROSENFELD. — Le traitement des septicémies à staphylocoques.

9. RUBILAR-SEPULVEDA. — La surdité envisagée au point de vue social.

29. SAUBERMANN. — La valeur de l'épreuve de sédimentation des globules rouges du sang et son application dans le cadre d'un dispensaire antituberculeux.

47 (de 1936). SHATINSKY. — Les eaux minérales des Etats-Unis d'Amérique.

24. SYNEPHIAS. — Le retard de consolidation des fractures en médecine légale.

2. ZWILING. — Contribution à la question de l'histamine.

3. ZYMAN (Mlle). — Contribution à l'étude des dysfonctionnements de l'hypophyse.

(1) Voir *Thèses de Montpellier*, n° 78, p. 1234 — *Thèses d'Alger*, n° 80, p. 1269. — *Thèses de Lille*, n° 81, p. 1284.

PRATIQUE MÉDICALE

RECHERCHES SUR LA TOXICITÉ ET L'ACTION PHARMACODYNAMIQUE D'UN NOUVEAU MÉDICAMENT ANTISPASMODIQUE SYNTHÉTIQUE

d'après les docteurs L. JUNG, M. PIERRE et P. MADÉLÉNAT (1)

Ces auteurs, grâce à une expérimentation physiologique sévèrement conduite, ont pu constater que le syntropan qui est un ester synthétique de l'acide tropique présente des propriétés spasmolytiques de premier ordre tout à fait superposables à celles de l'atropine. Mais, fait très intéressant, aux doses où le syntropan se montre antispasmodique puissant, son action est très faible ou même nulle sur les autres appareils. Comme d'autre part, il se présente sous trois formes particulièrement maniables : ampoules, comprimés et suppositoires, il devra être préféré à l'atropine, médicament plus dangereux et dont les effets sont si désagréables pour le patient : enfin il permettra tout traitement intensif avec le minimum d'inconvénients.

(1) *Pratique médicale française*, Paris, n° 12, nov. B., 1936.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES PARAPLÉGIES (1)

L'Examen relève très inconstamment des signes d'atteinte haute : Paralysies oculaires extrinsèques. Signe d'Argyl-Robertson.

Le Diagnostic s'affirme par :

1) Le Wasserman sanguin.

2) L'analyse du liquide céphalo-rachidien. Hyperalbuminose. Hyperlymphocytose. W fortement +. Précipitation du benjoin colloïdal dans la zone syphilitique.

Tous ces signes attestent une F. Evolutive sur laquelle le traitement spécifique aussitôt institué peut avoir une action remarquable.

L'Evolution en est variable :

Régression sous l'influence du traitement

Mort par complications infectieuses.

Passage à la Spasticité.

La paraplégie par myélite aiguë s'observe en dehors de la S.

Tantôt elle complique une affection connue (typhoïde-variole).

Tantôt elle reconnaît pour origine un virus neurotrope indéterminé (Encéphalitique, Poliomyélitique ?).

Dans le doute, le traitement spécifique doit être mis en œuvre.

Tout autre est le tableau d'une

II. — PARAPLEGIE SPASMODIQUE.

Diagnostic Positif. — Liée toujours à une lésion du neurone central, la P. S. associe à la paralysie une contracture pyramidale pour réaliser divers tableaux cliniques.

A. *Forme de P-S en extension, tendinéo-réflexe.*

Troubles moteurs :

1) *La Paralysie* prédomine sur les raccourcisseurs et se recherche par la mesure de la force segmentaire. On interrogera toujours la force des Abducteurs et des Adducteurs.

2) *La Contracture pyramidale* non plastique, exagérée par les mouvements, prédomine sur les Allongeurs.

L'ensemble entraîne des troubles variables de la marche : sautillante, de gallinacé, pendulaire.

Au pire, le malade est immobilisé au lit : forme hyperspasmodique avec spasmes toniques.

Troubles des Réflexes :

a) Les *R.T.* sont exagérés : vifs, amples, polycinétiques et diffusés, avec R. contro-latéral de Guillain. *Clonus* inépuisable du pied et de la rotule.

b) Les *R. Cutanés* sont variables.

Le R.C.P. en extension : *S. de Babinski.*

Les R. de Défense sont à rechercher : ils indiquent la libération de l'automatisme médullaire.

c) *Les T. Sensitifs* dépendent de la variété.

d) *Les T. Sphinctériens*, presque constants, ont une importance pronostique.

e) *Les T. vaso-moteurs et sympathiques* sont fréquents : œdème, cyanose, refroidissement, disparition localisée du R. pilo-moteur.

B. *Forme de P-S en flexion, cutanéo-réflexe.*

Souvent forme d'aboutissement.

Fixe le phénomène du triple retrait.

Fait du malade un infirme.

Cette F. traduirait une compression sans dégénérescence de la voie pyramidale.

C. *Forme Flasco-Spasmodique.*

Définitive ou passagère (F. de début).

Absence de contracture.

Hyperéflectivité tendineuse et S. de Babinski.

— *Diagnostic différentiel.*

Devant une P-S caractérisée, il est d'ordinaire aisé d'écarter :

Les T. moteurs consécutifs aux Rétractions tendineuses.

La Contracture parkinsonienne extra-pyramidale, plastique, généralisée, prédominant sur les muscles de la statique, avec R. de posture exagérés, sans S. de Babinski.

Les T. M. des Cérébelleux.

La paraplégie hystérique : elle peut réaliser un tableau assez analogue. Mais s'en distingue par l'absence de tout symptôme organique.

Tout l'effort de discussion, en face d'une paraplégie spasmodique, se résume à faire la preuve de son Etiologie.

D. *Etiologique.*

Hormis les cas indiscutables — tel un Mal de Pott avéré — la recherche étiologique doit s'aider de diverses investigations.

1) Examen neurologique complet : Paires craniennes. Réactions pupillaires. Membres supérieurs.

2. Symptômes cliniques associés : S. de *Syphilis* en particulier. Examen du Rachis.

3) Examen radiologique de la colonne vertébrale.

4) P-L qui doit cependant n'être pratiquée qu'à bon escient.

5) Recherches humorales (Sang. Liquide C-R.).

6) Enfin les épreuves tensiométriques de *Queckenstedt-Stookey* et le *Radio-Lipiodol* sont souvent d'un précieux concours.

Les P. S. reconnaissent, de façon schématique deux grandes causes qui seront successivement examinées :

Les compressions médullaires,

Les myélites et affections systématisées.

I. — SYNDROME DE COMPRESSION MÉDULLAIRE. — L'établissement de la P. S. est précédé d'une *phase prodromique* retrouvée par *l'interrogatoire* et marquée par des signes radiculaires :

Les douleurs radiculaires (signes lésionnels).

Douleurs en ceinture, bilatérales.

Douleurs le long d'un trajet nerveux (sciatique).

Douleurs exacerbées par les mouvements, la toux. Leur topographie était nettement radiculaire. Il s'y ajoutait parfois des rachialgies vagues ou des douleurs à distances (douleurs cordonales ou douleurs sympathiques).

Parfois on retrouve dans le passé récent un zona.

A la phase de paraplégie, l'examen met en évidence deux ordres de signes :

Les uns lésionnels,

Les autres sous-lésionnels.

Dont l'ensemble caractérise la compression.

1. Les radiculagies persistent ou s'estompent.

2. La paraplégie en extension ou en flexion, où deux ordres se signes sont à relever :

1° L'importance des T. de la *sensibilité objective :* hypo- ou anesthésie dont il faut bien préciser la limite supérieure et qui porte sur les 3 modes, à moins qu'il n'existe une dissociation.

(*A suivre.*) HENRI CHEVALIER.

Erratum. — La première partie de cette note a été attribuée par erreur à M. Roger-Jean Chevallier.

(1) Suite. Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1937, n° 80, p. 1270.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 83. — SAMEDI 16 OCTOBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Voir page 1318 les questions données à l'épreuve écrite.

Faculté de médecine de Paris. — CHEFS DE CLINIQUE — Sont maintenus pour un an à dater du 1er octobre :

Cliniques médicales. — Hôpital Cochin : MM. Antonelli, Ménétrel. — La Pitié : MM. Sterne, André.

Clinique de thérapeutique médicale. — La Pitié : MM. Bachman, Sallet.

Cliniques chirurgicales. — Hôtel-Dieu : MM. Beuzart, Zagdoun, Jomain, Milhiet. — La Salpêtrière : M. Boudreaux (J.). — Cochin : MM. Calvet, Pergola.

Thérapeutique chirurgicale. — Vaugirard : M. Aboulker.

Cliniques obstétricales. — Baudelocque : M. Coen ; adjoint : M. Leblanc.

Cliniques spéciales. — *Hygiène de la première enfance.* — Enfants-Assistés : M. Joseph, Mme Wertheimer.

Médicale infantile. — Enfants-Malades : M. Brisset.

Clinique des maladies infectieuses. — Claude-Bernard : MM. Mahoudeau, Laplane ; adjoints : MM. Friedmann, Meilhaud.

Maladies mentales et encéphale. — Asile Sainte-Anne : M. Micoud.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Saint-Louis : M. Boudin.

Maladies nerveuses. — Salpêtrière : MM. Hesse, Delay.

Oto-rhino-laryngologie. — Lariboisière : M. Gaston.

Clinique cardiologique. — Broussais : M. Royer de Véricourt, Mlle Landowska.

Clinique gynécologique. — Hôpital Broca : M. Guillot.

Sont nommés pour un an à compter du 1er novembre chefs de clinique à la Faculté de médecine :

Cliniques médicales. — Hôtel-Dieu : MM. Rambert, Bensaude, Mallarmé, Baumgartner. — Saint-Antoine : MM. Bioy, Netter, Perreau, Mmes Loewe-Lion, Brouet née Sainton. — Cochin : MM. Olivier, Sambron, Livieratos (à titre étranger). — La Pitié : M. Macrez.

Clinique thérapeutique médicale. — La Pitié : M. Ferroir.

Cliniques chirurgicales. — Hôtel-Dieu : MM. Varangot, Adrianopoulos (à titre étranger). — La Salpêtrière : MM. Chigot, Fontaine, Simon, Yovanovitch (à titre étranger). — Saint-Antoine : MM. Rodier, Delinotte. — Cochin : MM. Bréhant, Leuret.

Thérapeutique chirurgicale. — Vaugirard : M. Miaïlaret.

Cliniques spéciales. — *Ophtalmologie.* — Hôtel-Dieu : MM. Halbron, Voisin.

Hygiène et clinique de la première enfance. — Enfants-Assistés : MM. Bernard, Willot.

Clinique médicale infantile. — Enfants-Malades : MM. Hurez, Tilitchef (à titre étranger) ; adjointe : Mlle Morel.

Maladies mentales et encéphale. — Asile Sainte-Anne : MM. Nodet, Fortineau, Adnes, Belay.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Saint-Louis : MM. Boulle, Brouet.

Maladies nerveuses. — Salpêtrière : MM. Gabriel, Guilly.

Urologie. — Necker : MM. Martin, Malgras, Viala.

Oto-rhino-laryngologie. — Lariboisière : MM. Lemaître (Yves), Coussieu, Salomon.

Clinique cardiologique. — MM. Malinsky, Dugas.

CHEFS DE LABORATOIRE DES CLINIQUES

Cliniques médicales. — Hôtel-Dieu : MM. Deval, Coquoin, Lavergne, Dioclès, Dognon, Cachera, May. Moniteurs : MM. Lagarenne, Duhem. — Saint-Antoine : MM. Lesure, Perrault (Marcel), Duchon, Cottet, Mlle David (déléguée).

Clinique chirurgicale. — Hôtel-Dieu : M. Feyel.

Clinique ophtalmologique. — Hôtel-Dieu : M. Hudelo, chef de laboratoire, M. Kisslevsky, préparateur ; MM. Vatran, Lecrom, moniteurs.

Clinique chirurgicale. — Cochin : MM. Beauvy, Perrot.

Clinique urologique. — Necker : MM. Chabanier, Colombet, Mlle Kogan, M. Truchot.

Clinique chirurgicale. — Salpêtrière : M. Rouché, Mme Delaunez, M. Jahiel (attaché médical). — Saint-Antoine : Mlle Desmonts (chef de laboratoire).

Clinique médicale infantile. — Enfants-Malades : M. Pretet, chef de laboratoire ; Mme Laroche, M. Brouet, moniteurs. — Service de la diphtérie : chef de laboratoire : Mme Laffaille ; moniteur : Mlle Landowska.

Clinique neurologique. — La Salpêtrière : MM. Bertrand, Lereboullet (Jean), Schmite, Mathieu, Bernou.

Clinique des maladies mentales. — Sainte-Anne : M. Cuel, Mlle Bonnard, MM. Blondel, Lehmann, Dubar, Cuzin, Piot, Rubenovitck, Mme Michon.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — Mlle Eliascheff, MM. Desgrez, Duché, Peyre, Dechaume (attaché de stomatologie).

Clinique obstétricale. — Baudelocque : MM. Giraud, Sureau, Laporte (attaché médical).

Clinique médicale thérapeutique. — La Pitié : MM. Doubrow, de Traverse.

Hygiène et clinique de la première enfance. — Enfants-Assistés : MM. Detrois, Donato (préparateur).

Clinique des maladies infectieuses. — Claude-Bernard : M. Reilly.

Clinique thérapeutique chirurgicale. — Vaugirard : MM. Moutier, N..., chefs de laboratoire ; Goiffon (attaché de chimie) ; Dupouy (attaché de radiologie) ; Beloux (attaché médical) ; Vilenski (attaché de stomatologie).

Clinique oto-rhino-laryngologique. — Lariboisière : MM. Ardoin, Rachet, chefs de laboratoire ; Moulin, Szwarc, moniteurs.

Stomatologie. — M. Dechaume, chef de laboratoire.

Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte. — MM. Letulle, chef de laboratoire ; Ducroquet et Strohl, assistants d'orthopédie.

Pathologie chirurgicale. — M. Wolfrom, Mlle Saint-Cène.

Clinique médicale. — La Pitié : M. Paris, Mlle Gauthier-Villars. — Cochin : MM. Busy, Callais, Thierry, Baudelot.

Clinique cardiologique. — Broussais : MM. Heim de Balsac, Deglaude, Senèque, Jaubert.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie. — Enfants-Malades : chef de laboratoire : M. Saint-Girons ; préparateur : Mme Rémond. — Laboratoire de médecine expérimentale et comparée : moniteur: M. Dermer.

Clinique de la tuberculose. — Laënnec : chefs de laboratoire : MM. Guillaumin, Braun, Delarue.

Clinique gynécologique. — Broca : chef des travaux : M. Palmer ; chef de laboratoire : M. Moricard ; préparateur : Mlle Gothie.

ASSISTANTS

Sont renouvelés pour un an, dans les fonctions d'*assistant à la Faculté :*

M. Callot (Laboratoire de parasitologie).

M. Lewin (Laboratoire de pathologie médicale et générale).

Mlle Bochet (Laboratoire de physiologie).

M. Perrot, chargé des fonctions d'assistant, est maintenu à l'Institut du cancer (Fondation de l'Université).

PRÉPARATEURS :

Préparateurs temporaires :

Bactériologie : MM. Gallerand, Fabre.
Chimie : MM. Jarrige, Jayle, Mlle Chevallier.
Histologie : Mlles Demay, Champy, M. Leblond.
Parasitologie : MM. Brumpt (Lucien), Farreras, Seyboun (Paul).
Médecine légale : M. Dessoille.
Pathologie expérimentale et comparée : M. Merklen.
Pathologie médicale et générale : M. Azerad.
Pathologie médicale : M. Fauvert.
Pharmacologie : M. Cahen.
Physiologie : MM. Maleyrie, Bargeton.
Physique : MM. Piffault, Djourno.

Préparateurs de cours et conférences :

Chimie : Mlle Glaume.
Hygiène et médecine préventive : MM. Lantz, Villaret.
Médecine légale : M. Hausser.
Physique : Mlle Martin Bellet.
Puériculture : Mme Loewe-Lion.
Stomatologie : MM. Lambert, André, Hénat, moniteurs.
Hydrologie et climatologie : M. Charles Debray.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. Charles Oberling, agrégé, pérennisé à Paris, est nommé professeur titulaire d'hygiène et de bactériologie. Chaire vacante. M. Borrel, dernier titulaire.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. le professeur Mériel est nommé assesseur au Conseil de l'Université.

Association française de chirurgie. — Le 47e congrès français de chirurgie aura lieu à Paris le lundi 3 octobre 1938, sous la présidence de M. Léon Imbert (de Marseille). Le vice-président sera M. Albert Mouchet (de Paris).

Les questions à l'ordre du jour pour 1938 sont : 1° les septicémies à staphylocoques d'ordre chirurgical (formes cliniques et traitement.) Rapporteurs : MM. Patel (Lyon) et Moiroud (Marseille).

2° Traitement des fractures récentes et fermées du rachis. Rapporteurs : MM. Sicard (Paris) et Charbonnel (Bordeaux).

3° Tumeurs conjonctives, primitives, malignes des parties molles des membres (téguments exceptés). Rapporteurs : MM. Moulonguet (Paris), Pollosson (Lyon).

Question pour 1939 : troubles des fonctions thyroïdiennes et leur traitement. Rapporteurs : MM. Petit-Dutaillis (Paris) et Peycelon (Lyon).

(*Voir la suite des Informations p. 1318.*)

REVUE GENERALE

LE 4e VENTRICULE

Anatomie — Physiologie — Physiopathologie

PAR

M. Maurice LECONTE
interne des hôpitaux psychiatriques
de la Seine

et

Mme Suzanne LECONTE
interne des hôpitaux
de Paris

Le 4e ventricule ou ventricule bulbo-cérébelleux est une cavité comprise entre le bulbe et la protubérance d'une part, le cervelet d'autre part. Son étude s'est enrichie des progrès de nos connaissances physiologiques et cliniques sur les fonctions et les syndromes bulbo-protubérantiels. Elle touche à la fois à la physiologie de ces organes, à celle du cervelet et aussi à celle du liquide céphalo-rachidien ; cavité importante, il ne nous a pas paru inutile de grouper les différentes notions anatomiques et physiologiques qui concernent cet important réservoir de liquide céphalo-rachidien et dont la connaissance permet de comprendre la symptomatologie des syndromes observés en clinique, notamment dans les tumeurs qu'on a particulièrement étudiées ces dernières années.

EMBRYOLOGIE

Le 4e ventricule se développe aux dépens de la vésicule cérébrale postérieure ou rhombencéphale qui donne à son tour naissance à deux vésicules secondaires :

— L'une postérieure ou myélencéphale qui constituera le bulbe ;

— L'autre antérieure ou métencéphale d'où dériveront la protubérance et les pédoncules cérébelleux moyens en avant, le cervelet en arrière.

Au cours des inflexions que subit le tube neural, la cavité ainsi limitée par ces deux vésicules prend la forme d'un losange ou d'un rhomboèdre ; ce qui lui a valu le nom de cavité rhomboèdrique et a fait donner à la vésicule cérébrale postérieure le nom de rhombencéphale (de rhombe ou losange).

Chacune des formations du rhombencéphale présente une paroi ventrale ou plaque basale, — une paroi dorsale ou plaque recouvrante, et deux parois latérales.

L'élargissement de la cavité épendymaire est formé par suite de la courbure pontique. His, par son expérience sur un tube de caoutchouc représentant le tube neural, et fendu à sa partie dorsale, parallèlement à son axe, a montré qu'en imprimant une courbure analogue à la courbure pontique on pouvait se faire une idée des modifications des parois provoquées par l'apparition de cette cavité. Par suite de ce fait la plaque basale et les parois latérales augmentent d'épaisseur et ces dernières sont déjetées en dehors. La PLAQUE RECOUVRANTE dans le même temps, distendue, élargie, s'amenuise, s'amincit et constitue *la membrana obturatoria de Kölliker, ou membrana tectoria.* C'est elle qui, mince revêtement épithélial dans sa partie médiane, demeure plus épaisse *latéralement* où elle constitue par son union aux parois latérales *la ligula* avec ses deux branches et l'*obex* au niveau de l'extrémité inférieure du ventricule. Ainsi s'expliquent la disposition des parois du IVe ventricule et ses communications avec l'aqueduc de Sylvius en haut, le canal médullaire de l'épendyme en bas.

ANATOMIE

Généralités. — Le quatrième ventricule est large d'environ **16 millimètres, haut de 35 à 38 millimètres,** sa partie protubérantielle étant la plus haute.

On peut en étudier l'aspect général à l'aide des *deux coupes* conseillées par Testut.

L'une, sagittale, passe dans toute l'épaisseur du cervelet, de la protubérance et du bulbe. Elle met bien en évidence la cavité ventriculaire, particulièrement développée à sa partie moyenne et directement continue avec le canal de l'épendyme et l'aqueduc de Sylvius par ses deux extrémités.

L'autre, sagittale également, *n'intéresse que le cervelet* dont on écarte et incline latéralement les deux moitiés ainsi découpées. On voit alors la forme losangique, le plancher et les limites du 3e ventricule. (Schéma 1.)

Une 3e *coupe* peut être pratiquée qui montre alors la constitution du toit, c'est *celle du cervelet* au niveau de son hile et *selon un plan* non plus sagittal, mais *frontal.*

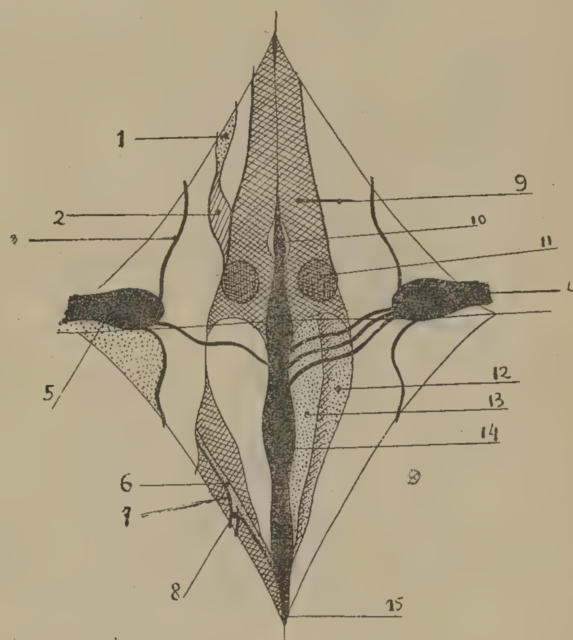


Schéma 1. — Le plancher du IVe ventricule, d'après Testut.

1. Locus coeruleus. — 2. Fovea superior. — 3. Baguette d'harmonie. — 4. Tubercule acoustique. — 5. Aile blanche externe. — 6. Fasciculus séparans. — 7. Area postrema. — 8. Fasciculus postremus. — 9. Funiculus teres. — 10. Fovea media. — 11. Eminentia teres. — 12. Area lateralis (n. de Stadcrini). — 13. Area medialis XII. — 14. Tige. — 15. Bec et obex.

Description. — Le 4e ventricule présente à considérer :

Deux parois, l'une antérieure ou plancher, l'autre postérieure ou toit ; 4 bords ; 4 angles, que nous étudierons successivement.

I. Paroi antérieure ou plancher (Schéma 1). — A. ANATOMIE MACROSCOPIQUE. — En forme de losange, à grand axe médian, à petit axe transversal, oblique d'arrière en avant et de bas en haut, faisant un angle de 10° avec la verticale, le plancher du IVe ventricule peut être divisé en deux triangles, l'un bulbaire, l'autre protubérantiel. Nous les envisagerons successivement pour suivre la description classique. De constitution homogène, le plancher diffère bien en cela du toit dont les éléments constitutifs varient avec la partie étudiée.

1° *Triangle inférieur bulbaire.* — Sa limite est donnée par une ligne transversale joignant les deux angles latéraux. Il présente :

a) Une zone centrale : le calamus scriptorius ;

b) Des triangles latéraux : les 3 ailes.

a) La zone centrale, ainsi que le rappellent Testut et Latarjet, est ce qu'Hérophile appelait le calamus scriptorius.

Le sillon médian en est la tige, l'extrémité inférieure le bec et les stries acoustiques en sont les barbes.

La tige est une dépression linéaire qui augmente au fur et à mesure qu'elle descend et répond à la portion bulbaire du sillon médian du plancher ventriculaire.

Le bec est le petit espace triangulaire qui résulte de l'écartement des deux faisceaux de Goll. Il est situé au niveau de l'angle inférieur du plancher du 4e ventricule.

On trouve à ce niveau un petit cul-de-sac nommé **ventricule d'Arantius.**

Quant à l'obex, formé en arrière du bec par la commissure grise de la moelle, c'est une petite lame transversale légèrement concave en avant, qui appartient à la paroi postérieure, car elle est sur un plan postérieur au bec qu'elle recouvre comme la commissure grise recouvre le canal de l'épendyme.

Les *barbes du calamus*, ou stries acoustiques, sont des tractus blanchâtres tendus transversalement et situés à droite et à gauche de la tige du calamus. Elles sont en nombre variable (3 à 5), et varient également dans leurs dimensions, parfois grosses, parfois fines et dans leur origine, quoique en général elles naissent de la moitié supérieure de notre triangle.

Elles représentent la voie cochléaire centrale. La plupart gagnent le tubercule acoustique en se portant en dehors, d'autres ont un trajet aberrant. Notamment celle que Bergmann a appelée baguette d'harmonie (ou conducteur sonore) qui monte verticalement dans le triangle protubérantiel. Elle gagnerait le cervelet par le pédoncule cérébelleux moyen (Popoff).

b) Les triangles latéraux. Les trois ailes. — La surface du plancher bulbaire n'est, ni uniformément colorée, ni uniformément plane, ce qui permet de lui décrire trois portions triangulaires ou ailes.

Aile blanche interne ou encore « trigone du XII ». Elle répond à l'aire somato-motrice de Kappers. C'est une saillie triangulaire à base supérieure et à sommet inférieur.

Elle est divisée en deux segments par un sillon longitudinal :

L'un interne ou area medialis, qui répond au noyau du XII ;

L'autre externe ou area lateralis (Testut et Latarjet) ; son appellation par Retzius « d'Area plumiformis » n'étant pas assez justifiée en raison du peu de fréquence de son aspect ridé, telle une plume d'oiseau. Ce segment répond au noyau intercalé de Staderini.

Aile grise (area cinerea). — On l'appelle encore *fovea inferior* ou *fovea vagi*. C'est une dépression triangulaire à sommet supérieur, comprise entre l'aile blanche externe et l'aile blanche interne. Elle correspond à l'aire viscéro-motrice et viscéro-sensible de Kappers.

Son angle interne s'effile vers le bas du calamus constituant le *fasciculus cinereus*. Quelquefois il existe au-dessous de l'obex un petit pont de substance grise joignant les deux fasciculi cinerei qui constitue la **commissure intercinéréale.**

De l'aile blanche externe au bec du calamus est tendu un petit sillon clair : le fasciculus separans de Retzius, simple repli épendymaire qui individualise au sein de l'aile grise une petite région plus postérieure : l'area postrema, elle-même divisée en deux parties : externe et interne par un sillon, le fasciculus postremus.

A l'aile grise répondent :

— Dans sa partie interne, le noyau vago-spinal ou noyau dorsal du X (viscéro-moteur);

— Dans sa partie externe, les noyaux sensitivo-végétatifs du X : le noyau rond et le noyau sensitif dorsal du X.

Quant au noyau ambigu plus profond dans la substance réticulée il n'intéresse pas le plancher du IVe ventricule ;

— Dans l'area postrema, dont la signification est discutée (formation névroglique, Staderini), (amas de tissu vasculaire, Streeker), — elle paraît répondre à la partie la plus élevée du noyau de Goll, ainsi que l'admet Van Gehuchten.

Aile blanche externe, ou Trigone de l'acoustique. — Elle est triangulaire, à sommet inférieur répondant à la partie moyenne du bord du pédoncule cérébelleux inférieur ; sa base supérieure dépasse la base du triangle bulbaire et s'étend sur la partie adjacente du triangle protubérantiel.

C'est là qu'aboutit la branche vestibulaire du nerf auditif.

Au-dessus et en dehors de cette aile se voit une saillie oblongue, disposée transversalement et prenant naissance dans le triangle protubérantiel, qu'on appelle tubercule acoustique et qui n'appartient pas au plancher ventriculaire. C'est là qu'arrive une partie de la racine cochléaire.

Pour les auteurs modernes le faisceau solitaire se trouve à la partie interne de cette aile.

2°. *Triangle supérieur protubérantiel.* — Il forme en partie la face postérieure de la protubérance. Il présente également à considérer :

Un sillon médian ;

Trois zones latérales.

Le sillon médian longitudinal continue la tige du calamus et se prolonge en haut par l'aqueduc de Sylvius. Il s'élargit parfois à sa partie moyenne (fovea media).

De chaque côté les trois formations à étudier sont, de dedans au dehors : l'éminentia teres, la fovea superior, la partie supérieure de l'aire acoustique.

Eminentia teres. — C'est une saillie ovoïde de 4 millimètres de diamètre située au-dessus de l'aile blanche interne. Elle se prolonge en haut par un cordon longitudinal, le funiculus teres, gagnant l'aqueduc de Sylvius. De signification obscure, Latarjet avec Streeker le nomme nucleus incertus.

Elle répond au noyau du VI, d'où son nom par lequel elle est encore parfois désignée « d'éminence du moteur oculaire externe » ou « eminentia abducentis ». Des fibres, venues du noyau plus profond du facial, contournent le noyau du VI à ce niveau.

Fovea superior, ou *fovea trigemini*. — Elle est à peu près située dans le prolongement de la fovea inferior et répond au noyau masticateur situé au-dessous d'elle.

Elle est prolongée, en haut par le locus coeruleus qui répond aussi au noyau accessoire du V.

Partie supérieure de l'aire acoustique. — C'est à la partie externe et à ce niveau que siège le tubercule acoustique, noyau d'origine du nerf cochléaire dont nous avons déjà parlé.

B. Structure interne. — L'étude histologique, pratiquée à l'aide de coupe, la méthode anatomo-clinique a montré que 3 sortes d'éléments participaient à la constitution du plancher du 4e ventricule :

1° L'épendyme et la substance grise péri-épendymaire ;

2° Les noyaux des nerfs craniens bulbo-protubérantiels les plus profonds de la calotte ;

3° Des fibres nerveuses et des faisceaux.

1° *Ependyme*. — C'est un épithélium cilié à une seule couche. Il tapisse de ses cellules la paroi ventriculaire et est soutenu par une mince couche de substance grise péri-épendymaire. Cette couche est faite d'un feutrage névroglique contenant : des *fibrilles névrogliques*, des *vaisseaux artériels et veineux*, des astrocytes et des cellules de Hortega de la microglie jouant un rôle dans la phagocytose.

2° *Noyaux d'origine de certains nerfs craniens* (Schéma 2). — Nous avons déjà indiqué leur topographie quant à la surface du plancher ventriculaire. Ces noyaux sont disposés en colonnes homologues des colonnes médullaires. On sait que la formation de ces noyaux est due au morcellement des colonnes grises médullaires par des éléments perturbateurs qui sont : la décussation des pyramides, ou entrecroisement du faisceau pyramidal, la décussation piniforme ou entrecroisement sensitif, la formation du 4e ventricule, et enfin l'apparition de fibres arciformes. On peut distinguer ainsi trois colonnes :

Une colonne interne, avec :

— *Dans sa portion bulbaire*, au niveau de l'aile blanche interne :

Le *noyau du XII* dans l'area medialis. Il s'agit là du segment supérieur de ce noyau, son segment inférieur étant logé dans la portion fermée du bulbe. Il donne naissance en avant à ses filets. Il répond à la base de la corne antérieure et est constitué de grosses cellules motrices.

Le noyau intercalé de Staderini est situé dans l'area lateralis.

— *Dans sa portion protubérantielle :*

Le noyau du VI qui correspond à la base des cornes antérieures et occupe l'eminentia teres ; le noyau du facial, qui répond à la tête des cornes antérieures, est plus à l'intérieur dans la protubérance.

Une colonne moyenne. — Dans la portion bulbaire, on trouve sous l'aile grise des noyaux végétatifs :

— *Viscéro-moteur :* le noyau vago-spinal, quant à sa partie supérieure ventriculaire qui appartient au X. Il répond à la zone interne de l'aile grise. Il est situé entre noyau intercalé en dedans et noyau du faisceau solitaire plus en dehors.

Histologiquement, alors que chez le *lapin*, par exemple, il est constitué de *petites cellules*, chez l'homme il est fait de deux parties : l'une interne, noyau parvo-cellulaire ; l'autre externe, magno-cellulaire. C'est un noyau bulbaire sympathique de la partie centrifuge de la Xe paire.

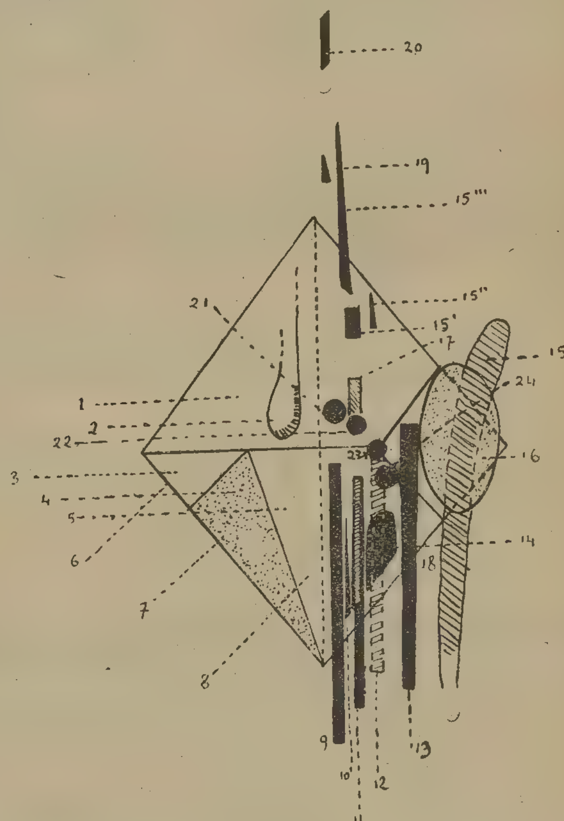


Schéma 2.— Disposition des noyaux sur le plancher du 4e ventricule (in P. Mesquin et J. O. Tulles).

1. Fovea superior. — 2. Em. teres. — 3. Aile blanche externe. — 4. Aile grise. — 5. Aile blanche interne. — 6. Trigone du VIII. — 7. Trigone du X. — 8. Trigone du XII. — 9. XII. — 10. L. intercalaire. — 11. N. vago-spinal. — 12. N. ambigus. — 13. N. du faisceau solitaire. — 14. N. sensitifs sous-épendymaires du X, — 15. V. 15' V. masticateur, 15 V. locus cœruleus. N. mésencéphalique. — 16. VIII. Vestibulaire. — 17. VII. — 18. X. — 19. IV — 20 III — 21. VI. — 22. N. lacrymal. — 23. N. salivaire sup. — 24. N. salivaire inf.

— *Viscéro-sensibles*. — Pour Winkler, la plupart des fibres sensitives végétatives, fibres centripètes amyéliniques, se termineraient plus en dedans et en arrière que le noyau du faisceau solitaire, dans la partie externe de l'aile grise, au niveau de deux noyaux qu'il isole : le noyau rond et le noyau sensitif dorsal.

— *Secrétoire*. Le noyau salivaire inférieur. — Ce noyau occupe la partie supéro-externe de l'aile grise en arrière et en dedans de la partie du faisceau solitaire qui appartient au glosso-pharyngien. Ses fibres, destinées à la sécrétion parotidienne, sortent avec celles du glosso-pharyngien.

Dans la portion protubérantielle se trouvent :

α) *Les noyaux du trijumeau*.

a) Le noyau masticateur qui correspond à la fovea superior. Il représente la tête des cornes antérieures

de la moelle, mais est plus postérieur que le facial. Il est composé, comme les noyaux moteurs craniens, de **grosses cellules multipolaires radiculaires.**

b) Le noyau accessoire ou noyau mésencéphalique.

Longue traînée grise qui s'étend d'un point situé au côté interne des tubercules quadrijumeaux antérieurs à un point situé un peu au-dessus du noyau masticateur. Il est constitué de *cellules vésiculeuses et sphériques*. Sa signification est des plus discutées; moteur pour les uns, sensitif pour d'autres, il s'agit d'un noyau végétatif pour Winckler.

c) Le noyau du locus coeruleus de signification également discutée.

β) *Deux noyaux parasympathiques secrétoires.*

— Le noyau salivaire supérieur, qui donne naissance au rameau organique du VII *bis*. Ses fibres centrifuges para-sympathiques gagnent les glandes sous-maxillaires et sublinguales. Ce noyau est situé au-dessus du noyau salivaire inférieur, à la jonction des deux triangles bulbaire et protubérantiel du plancher, en dedans de la portion du VII *bis* du noyau du faisceau solitaire.

— Le noyau lacrymal qui donne naissance au rameau organique du VII. Il sépare le noyau du VII du plancher. Ses fibres s'échappent de la protubérance avec celles du tronc du facial.

Une colonne externe. Elle comprend :

— Le *noyau du faisceau solitaire* dans les deux tiers inférieurs. Il correspond aux bases des cornes postérieures. C'est un noyau qui flanque sur toute sa hauteur le faisceau solitaire. Il s'étend de la partie inférieure de la protubérance jusqu'en deçà de l'entrecroisement des pyramides.

Il reçoit les fibres centripètes intra-bulbaires, de haut en bas de l'intermédiaire de Wrisberg, du glosso-pharyngien et du vague. Ses cellules se groupent en trois amas différents :

— *Le noyau interstitiel*, qui est situé dans l'épaisseur du faisceau et appartient au VII et au IX ;

— Le *ganglion descendant* qui est une longue colonne appartenant aux trois nerfs, dont les fibres viennent s'appliquer sur la face externe ;

— Le *ganglion commissural*, impair, qui est formé par la réunion sur la ligne médiane des deux noyaux descendants. Il n'appartient qu'au vague et recevrait surtout pour Winckler des fibres végétatives centripètes.

— *L'aire vestibulaire.* — Elle correspond à l'aile blanche externe et contient quatre noyaux :

Le *noyau de Deiters ou noyau dorsal externe.*

Il est situé entre le corps restiforme et la racine du V au-dessous de l'angle externe du IVe ventricule. Il est *constitué de cellules multipolaires de grandes dimensions.*

Le *noyau dorsal interne* ou noyau triangulaire.

Il est situé en dedans et un peu en arrière du précédent, occupant l'aile blanche externe au niveau de la portion bulbaire et la partie externe du plancher ventriculaire protubérantiel sur une zone étendue. Il est constitué de *cellules étoilées ou fusiformes.*

Le *noyau de Bechterew.* — Celui-ci est situé en dehors et en arrière du Deiters.

Le *noyau descendant*, colonne grise qui prolonge en bas le noyau de Deiters.

Ces noyaux servent de terminaison aux fibres ascendantes du nerf vestibulaire, à l'exception du noyau de Deiters au niveau duquel ne se terminerait aucune fibre périphérique. Ce noyau ne serait qu'un noyau secondaire en relation avec des fibres issues des autres noyaux et de la racine inférieure de l'acoustique.

3° *Fibres nerveuses* et *faisceaux.*

α) *La voie cochléaire dorsale.*

On sait que la voie centrale est formée de deux racines distinctes, l'une passant en avant, l'autre en arrière du corps restiforme. La voie cochléaire dorsale constitue les stries acoustiques que nous avons vues. Elles naissent du tubercule latéral puis, par paquets, passent par derrière le corps restiforme à la surface du plancher du 4e ventricule en constituant les barbes du calamus.

Ces stries pénètrent ensuite dans la calotte pontique sur la ligne médiane du ventricule et s'entrecroisent avec leurs homologues du côté opposé. Elles vont ensuite aboutir derrière l'olive où elles rejoignent la voie ventrale et vont se couder à angle droit avec elle pour constituer le lemniscus latéral qui gagnera plus haut les T.Q.P. et le corps genouillé interne. Le faisceau de Held, qui est constitué de fibres nées du noyau antérieur, a un trajet momentané derrière le corps restiforme avant d'aller constituer le corps trapézoïde. Il est en rapport pendant un court instant avec le plancher du IVe ventricule.

β) Les *fibres radiculaires* d'un des coudes que fait la racine du facial autour du noyau du VI ; c'est-à-dire son genou qui coiffe le noyau du VI et fait relief sous le plancher du 4e ventricule.

Le noyau du facial plus antérieur donne donc naissance à une racine présentant trois branches et deux coudes dont le deuxième, ou genou, est en rapport avec la partie pontique du plancher ventriculaire.

γ) Deux *faisceaux longitudinaux.*

La *bandelette longitudinale postérieure*, ou faisceau longitudinal postérieur.

Elle est située au-dessous du plancher du 4e ventricule de chaque côté de la ligne médiane. Elle présente une forme différente selon le niveau de la coupe où on l'observe. Elle a la forme d'une poire à grosse extrémité interne au niveau de la protubérance. Elle est tendue de la commissure postérieure du cerveau (noyau de Darkchevitsch) à la moelle. Elle représente un important faisceau d'association. Elle est constituée de fibres ascendantes et descendantes. Elle associe les noyaux oculo-moteur, vestibulaire, acoustique, trigéminal. On lui rattache les faisceaux tectaux (tectospinal, bulbaire, olivaire, protubérantiel) qui cheminent dans l'ensemble à sa partie antérieure.

Le *faisceau longitudinal dorsal de Schultz.* — Il s'agit d'un faisceau descendant associant les formations végétatives du tuber aux noyaux du X. Au niveau du bulbe il est situé en arrière du noyau du XII,


LR

II. Paroi postérieure ou toit (Schéma 3). — On constate sur une coupe sagittale que le toit apparaît formé de deux plans inclinés réunis en forme de tente par un sommet angulaire.

On peut ainsi distinguer trois parties ;

Une partie supérieure ;

Une partie moyenne ;

Une partie inférieure.

a) *Partie supérieure.* — Elle est formée par des formations réunissant le cervelet à la lame quadrijumelle, c'est-à-dire : la valvule de Vieussens au centre, les pédoncules cérébelleux latéralement.

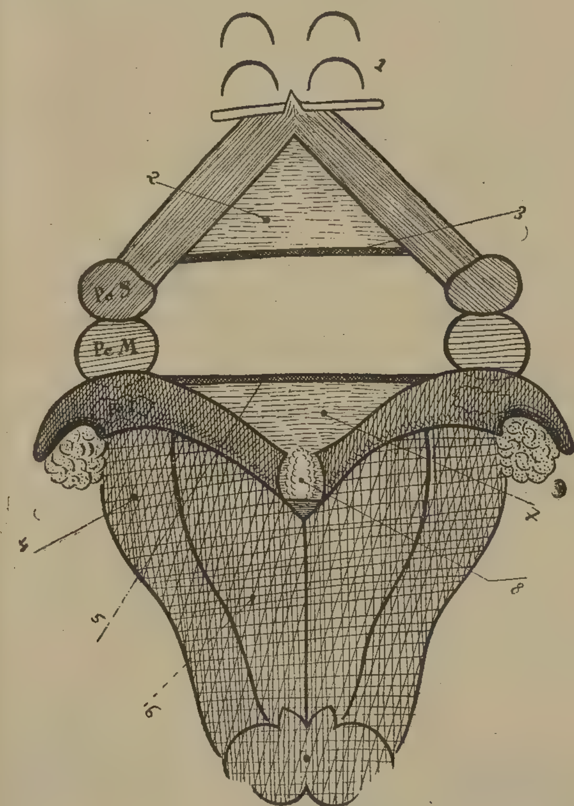


Schéma 3. — Formation du toit du IVe ventricule. (La position moyenne couverte par le hile du cervelet a été enlevée.)

1. Lame quadrijumelle. — 2. Valvule de Vieussens. — 3. Lame d'attache avec la ligula. — 4. Corps restiforme. — 5. Ligne d'attache avec la valvule de Tarin. — 6. Clava. — 7. Membrana tectoria. — 8. Trou de Magendie.

Valvule de Vieussens. — La valvule de Vieussens est une formation nerveuse triangulaire tendue entre les deux pédoncules cérébelleux supérieurs qu'on peut rattacher au cervelet. Sa base est inférieure. Sa face postérieure est en rapport avec le vermis dont elle est séparée par un repli pie-mérien. Sa face intérieure, recouverte par l'épendyme, est séparée par un petit cul-de-sac de la face supérieure de la luette. Elle est prolongée en avant par le frein de la valvule qui va s'implanter entre les deux tubercules quadrijumeaux postérieurs et de chaque côté duquel naissent les deux nerfs pathétiques.

Structure. — La valvule est constituée d'une lame blanche antérieure et d'une lame grise renfermant des cellules semblables à celle de l'écorce cérébelleuse.

Pédoncules cérébelleux supérieurs. — Ils s'étendent du hile cérébelleux aux tubercules quadrijumeaux. Obliques en haut et en avant, ils s'enfoncent en avant de ceux-ci gagnant dans la profondeur les pédoncules cérébraux. Seule la partie interne de leur face antérieure participe à la constitution de la voûte du 4e ventricule, tandis que la partie externe est confondue avec la protubérance et le pédoncule cérébral. Le sillon latéral de l'isthme sépare son bord externe de la protubérance.

Structure. — Les fibres des pédoncules cérébelleux supérieurs représentent essentiellement le contingent hémisphérique du cervelet. Elles vont d'un hémisphère cérébelleux au noyau rouge et à la couche optique du côté opposé. Elles naissent de la concavité du noyau dentelé et vont s'entrecroiser dans le mésencéphale, dans la commissure de Wernekinck avant de gagner le noyau rouge du côté opposé.

Deux faisceaux sont encore en rapport avec les pédoncules cérébelleux supérieurs, ce sont :

— Le faisceau de Gowers, ou cérébelleux croisé qui, né dans la moelle, a cheminé dans le faisceau latéral du bulbe, dans la protubérance, puis a gagné, immédiatement en arrière des tubercules quadrijumeaux postérieurs, les pédoncules cérébelleux supérieurs en passant sur leur face supérieure.

De là, par un trajet rétrograde il pénètre dans le cervelet par le bord interne de ces pédoncules et la valvule de Vieussens, pour gagner, après entrecroisement total, la partie ventrale du vermis.

Le *faisceau en crochet de Russel.* — Celui-ci, issu du noyau du toit, contourne en dehors le pédoncule cérébelleux supérieur à son émergence du noyau dentelé et va par un trajet inverse du Gowers se terminer dans le noyau de *Deiters.*

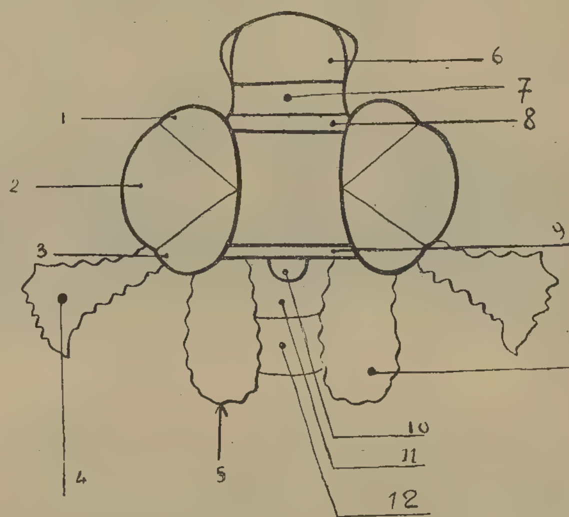


Schéma 4. — Le diverticule ventriculaire du IVe ventricule.

1. PCS. — 2. PCM. — 3. PCI. — 4. Floculus. — 5. Amygdale. — 6. Colmen. — 7. Lobule central. — 8. Ligula. — 9. Valvules de Tarin. — 10. Luette nodule. — 11. Luette uvule. — 12. Pyramide de Malacarne.

b) *Partie moyenne.* — Elle répond au hile du cervelet et constitue un *diverticule ventriculaire* (Schéma 4) que limitent :

— Latéralement, la masse des pédoncules supérieurs, moyens et inférieurs ;

— A la partie supérieure, la partie antérieure du vermis supérieur ou ligula, que deux freins latéraux prolongent latéralement jusqu'aux hémisphères correspondants. En avant la valvule de Vieussens continue cette partie du toit.

— A la partie inférieure, la partie antérieure du vermis inférieur, c'est-à-dire le nodule de la luette que prolongent de chaque côté les valvules de Tarin.

Les valvules, ou plus justement les *membranes de Tarin* encore appelées par les Allemands : *voile médullaire postérieur,* ont la forme d'un croissant à concavité antérieure dont le bord antérieur flotte dans la cavité ventriculaire et se continue à angle droit avec la membrana tectoria et dont le bord postérieur fait corps avec la substance blanche cérébelleuse. Elles sont tendues entre le nodule et le floculus.

Leur face supérieure est recouverte par l'épithélium épendymaire et répond à la cavité ventriculaire. Leur face inférieure, extra-ventriculaire, répond à l'amygdale ou lobule amygdalien.

3° *Partie inférieure* ou plafond du myélencéphale. — Deux plans la constituent. Le premier plan est formé par une membrane épithéliale épendymaire très mince et discontinue : la membrana tectoria ou obturatoria.

Membrana tectoria. — Elle est triangulaire, à base supérieure. Elle s'attache latéralement sur les clava et les corps restiformes, se continue en bas avec l'épendyme du canal médullaire, et adhère par sa base aux éléments constituant la limite inférieure du diverticule ventriculaire : nodule, valvules de Tarin.

C'est une membrane :

— Mince en son centre où elle présente une solution de continuité : le trou de Magendie.

— Renforcée par des formations nerveuses : les ligula, latéralement ; l'obex à son sommet.

Le trou de Magendie est situé sur la ligne médiane. Irrégulièrement arrondi ou ovalaire il mesure 7 à 8 mm. de long, 5 à 6 mm. de large. Il intéresse la membrana tectoria et la toile choroïdienne. Aussi fait-il communiquer le 4e ventricule et la cavité sous-arachnoïdienne.

L'obex, ou verrou, représente la partie la plus élevée de la commissure grise postérieure. C'est une lame grisâtre tendue, un peu en arrière du bec du calamus entre les clava des deux faisceaux de Goll.

Rappelons l'existence d'un petit cul-de-sac, rétro-obexien.

Les ligula. — Elles sont au nombre de deux. chaque ligula, encore appelée taenia ou ponticulus, est une petite lame latérale de substance blanche en forme d'équerre présentant ainsi deux branches à étudier.

— Une branche interne, verticale : la ligula interne ou postérieure. Elle est située entre l'obex et la partie moyenne du corps restiforme. Son bord externe s'insère sur la pyramide postérieure, son bord interne est libre et irrégulièrement découpé.

— Une branche externe, transversale : la ligula externe ou antérieure. Elle atteint le sillon des nerfs mixtes. Son bord inférieur adhère au corps restiforme. Son bord supérieur est libre. Sa partie toute externe a reçu le nom de corne d'abondance, car elle s'enroule en hélice en formant une gaine à concavité antérieure d'où émerge les plexus choroïdes qui semblent sortir de son extrémité externe comme un bouquet sort d'un cornet.

Tel est le premier plan constituant la partie inférieure du toit ventriculaire. Le deuxième plan est constitué par un prolongement membraneux de la pie-mère : la toile choroïdienne inférieure qui vient s'insinuer entre la voûte ventriculaire et les formations cérébelleuses qui la recouvrent et que nous avons vues : nodule et luette au centre, valvules de Tarin, amygdale et floculus latéralement.

Toile choroïdienne. — De forme triangulaire à base supéro-antérieure répondant au bord libre des valvules de Tarin, à sommet répondant au bec du calamus, elle est constituée par deux feuillets :

— Le feuillet antérieur recouvrant la membrana tectoria ;

— Le feuillet postérieur tapissant la face inférieure du vermis et des tonsilles.

Des tractus fibreux réunissent ces deux feuillets en circonscrivant des poches qui contiennent le liquide céphalo-rachidien. C'est la partie la plus antérieure du lac cérébelleux inférieur.

Les artères cérébelleuses postérieures et inférieures cheminent dans l'épaisseur de ces feuillets.

Au niveau de leur extrémité antérieure, où ces deux feuillets se continuent l'un avec l'autre, sont annexées des formations cellulo-vasculaires en forme de touffes : les *plexus choroïdes.*

Plexus choroïdes du 4e ventricule. — On les divise, selon leur direction, en deux formations symétriques:

— Les plexus transverses, d'une part, qui forment un cordon peu épais, étendu transversalement jusqu'à la partie moyenne du floculus. Les plexus longitudinaux qui partent de la partie médiane du cordon précédent et qui sont disposés longitudinalement de chaque côté de la ligne médiane jusqu'à l'angle inférieur du ventricule.

Structure des plexus choroïdes. — Macroscopiquement ils sont composés de villosités vasculaires groupées en grappes et se divisant en lobes et lobules comme un mode d'inflorescence. Microscopiquement chacune de ces villosités apparaît comme formée d'un tissu conjonctif lâche, centré par une anse capillaire contournée et revêtu d'un épithélium cubique à une seule couche cellulaire. Une bordure en brosse occupe le bord libre de la cellule. Le noyau central est net. Au pôle basal on observe un réseau de chromatine.

III. Les Bords. — Ils sont au nombre de quatre. Deux supérieurs ; deux inférieurs.

Bords supérieurs. — Ils sont obliques en haut et en dedans vers les tubercules quadrijumeaux postérieurs. Ils répondent à la ligne de réunion des pédoncules cérébelleux avec la protubérance. Nous avons vu la signification et la structure de ces pédoncules.

Bords inférieurs. — Ils sont obliques en bas et en dedans. Ils longent la pyramide postérieure et le corps restiforme au niveau de l'insertion de la membrana tectoria du plancher. Le corps restiforme, origine du pédoncule cérébelleux inférieur, se continue par ce pédoncule et gagne ainsi l'échancrure antérieure du cervelet pour s'y terminer.

Structure. — C'est un cordon cylindroïde qui contient en son centre :

— Le contingent médullaire du Pédoncule cérébelleux inférieur, c'est-à-dire le faisceau cérébelleux direct de Flechsig dont les fibres nées de la colonne de

Clarke gagnent la partie antérieure et supérieure de l'écorce du vermis supérieur.

— Le contingent bulbaire de ce même pédoncule dont les fibres occupent la périphérie du corps restiforme. Ces fibres sont nées : des noyaux de Goll, du noyau arqué, du noyau latéral du bulbe, du noyau de von Monakow et de la substance réticulée bulbaire, mais surtout de l'olive (fibres olivo-cérébelleuses), celles-ci après leur trajet pré-inter- et retrogéminal, gagnent aussi la périphérie du corps restiforme, et enfin le cortex de l'hémisphère cérébelleux et l'olive cérébelleuse du côté opposé à leur origine. On trouve encore dans ce pédoncule cérébelleux : des fibres *vestibulo-cérébelleuses ascendantes* qui gagnent le **noyau du toit** ; des *fibres cérébello-vestibulaires* qui, nées des noyaux du toit, passent en dedans du noyau dentelé, côtoient le 4e ventricule et vont aboutir au noyau de Deiters du même côté.

IV. Angles. — L'angle supérieur répond à l'aqueduc de Sylvius par lequel le 4e ventricule communique avec le 3e ventricule.

L'angle inférieur se continue par le canal de l'épendyme.

Les angles latéraux sont situés un peu plus bas que la zone de réunion des trois pédoncules cérébelleux. Ils sont continués par des diverticules ; les *recessi latéraux*, par lesquels le 4e ventricule se prolonge latéralement. Ils se terminent au niveau du sillon des nerfs mixtes et, s'ouvrant par les trous de Luschka, ils laissent communiquer le 4e ventricule avec l'espace sous-arachnoïdien.

Vascularisation. — *Artères.* — Les deux vertébrales et le tronc basilaire en sont l'origine. On ne peut que suivre les travaux illustres de Foix et Hillemand sur cette question. D'après eux ce tronc vertébro-basilaire donne naissance à trois ordres d'artères qui vascularisent le tronc encéphalique :

— Des paramédianes ;
— Des circonférentielles courtes ;
— Des circonférentielles longues.

Ce sont ces artères qui irriguent le 4e ventricule.

Nous distinguerons :

A. La vascularisation du plancher.
B. La vascularisation du toit et des bords.

A. *Vascularisation artérielle du plancher.*

Elle est différente selon le triangle considéré.

Au *niveau du triangle inférieur* : les *paramédianes*, nées du tronc *basilaire ou de la partie toute terminale des vertébrales*, par leur groupe supérieur du trou borgne et du sillon médian, vont vasculariser la partie interne du plancher : Noyau du XII et bandelette longitudinale postérieure.

Les *circonférentielles courtes*, par de fins rameaux de territoire peu étendu vont irriguer la partie correspondant à l'*aile grise* (noyaux végétatifs).

La *circonférentielle longue*, représentée ici par l'artère cérébelleuse inférieure, née de la vertébrale, va irriguer la partie externe du plancher (noyaux vestibulaires et corps restiforme).

Au *niveau du triangle supérieur.* — Il faut considérer deux zones :

1. *Une partie haute* où la vascularisation est semblable à celle du triangle bulbaire ;

Les paramédianes protubérantielles vont jusqu'aux noyaux moteurs. Elles naissent du tronc basilaire — par sa face postérieure — au nombre de 4 à 6 ;

Les circonférentielles courtes naissent de la partie latérale du tronc basilaire et vont irriguer la partie externe du plancher protubérantiel ;

Les circonférentielles longues, qui comprennent la cérébelleuse moyenne et la cérébelleuse supérieure n'irriguent pas le plancher.

2. *Une partie basse*, mal connue :

Les paramédianes n'atteignent pas le plancher protubérantiel, mais seules les circonférentielles courtes.

Vascularisation du toit et des bords.

Ces éléments sont vascularisés par les circonférentielles longues, c'est-à-dire les cérébelleuses supérieure et moyenne nées du tronc basilaire, inférieure née de la vertébrale.

La *cérébelleuse supérieure* par sa branche interne irrigue *la vulvule de Vieussens* et les *pédoncules cérébelleux supérieurs ;* — la cérébelleuse inférieure : le corps restiforme.

Les circonférentielles courtes irriguent le pédoncule cérébelleux moyen.

Les artères nourricières des plexus choroïdes proviennent de la cérébelleuse inférieure et d'une branche ascendante de la spinale postérieure.

Veines. — Elles sont satellites des artères et gagnent les troncs collecteurs, soit vers les veines vertébrales en bas, soit vers les veines de Galien en haut.

Lymphatiques. — Aucune particularité importante n'est à signaler à leur propos, ici.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 SEPTEMBRE 1937)

L'isochronisme comme condition de la transmission intercellulaire de l'excitation. — M. Louis LAPICQUE.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1937)

M. LE PRÉSIDENT fait part du décès de M. Etienne Rollet (de Lyon), correspondant national depuis 1925. M. Rollet, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lyon, a longtemps occupé la chaire de chirurgie ophtalmologique.

Fistules anales. — M. COLOMBANI a présenté au nom de M. CABANIE, une communication sur l'anatomie pathologique des fistules anales.

Maladie d'Aujesky. — M. ZEKIAI MUAMMER TUNGMAN rapporte le premier cas asiatique observé chez le chien, d'une variété de la rage, la maladie d'Aujesky.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 19 octobre. — Jury : MM. Cunéo, président ; Mocquot, Basset, Moure. — M. LOBRICHON. Contribution à l'étude des variations de la voûte plantaire au cours du cycle menstruel et leur rapport avec le système endocrinien. — M. DELORT. Contribution à l'étude du pronostic et du traitement des hémorragies rétroplacentaires. — Mlle GRINDA-BLAIRON. Notes sur le traitement des fractures cervicales vraies du col fémoral. — Mlle SOUDANT. De la valeur de la conservation des trompes et ovaires dans les hystérectomies pour fibrome utérin.

Jury : MM. Carnot, président ; Tannon, Joannon, Mouquin. — M. GARRAUD. Résultats de la cure à La Bourboule dans quelques séquelles respiratoires des affections de l'enfance. — M. LEBOFF. Néphrose lipoïdique et pyrétothérapie. — M. MARCHAIX. Contribution à l'étude et au traitement de la maladie d'Addison. — M. BLANQUIER. Les ictères au cours des septicémies colibacillaires de l'adulte. — M. CORENFELD. L'industrie frigorifique et son retentissement sur l'hygiène alimentaire. — M. COSTE. Historique de l'hygiène urbaine à Paris des origines à 1789. — Mlle VIDAL DE LA BLACHE. La santé des enfants de la grande ville.

(*A suivre.*)

INFORMATIONS

(*Suite de la page 1306.*)

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Séance du 13 octobre. Composition écrite : *Anatomie.*

Question sortie : Anatomie macroscopique des artères de l'estomac (sans physiologie).

Questions restées dans l'urne : 1. Le canal inguinal. — 2. Le nerf grand hypoglosse à partir de sa sortie du crâne (anatomie, sans histologie, ni physiologie). — 3. (Question sortie). — 4. Anatomie de l'articulation du coude (sans physiologie). — 5. Artère carotide interne (sans embryologie ni physiologie). — 6. Anatomie macroscopique et rapports de la capsule surrénale gauche, physiologie des surrénales. — 7. Anatomie descriptive et rapports de l'œsophage thoracique. — 8. Les muscles péroniers latéraux (anatomie et physiologie). — 9. Vésicule biliaire et canal cystique (anatomie, histologie et physiologie).

— Séance du 14 octobre. Composition écrite : *Pathologie médicale.*

Questions sortie : Maladie bronzée d'Addison.

Questions restées dans l'urne : 1. Etiologie, symptômes et diagnostic du pneumothorax spontané. — 2. Formes cliniques des endocardites malignes. — 3. (Question sortie.) — 4. Symptômes et diagnostic des polynévrites alcooliques .— 5. Formes cliniques et diagnostic des cancers du foie. — 6. Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — 7. Œdème aigu du poumon — 8. Causes et symptômes des ictères graves. — 9. Symptômes et complications du rétrécissement mitral.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

1° Internes :

MM. Dechavanne Didier, Geay R., Roux, Bardonnet, Lafeuille, Ballivet, Chattot, Bertoye, Perreau, Béraud, Garmier, Francillon, Barrié, Fabre, Riondet, Rebatel, Grenot, Vialaron, Jeanjean, Eyssautier, Hugonnier, Desblez, Savet.

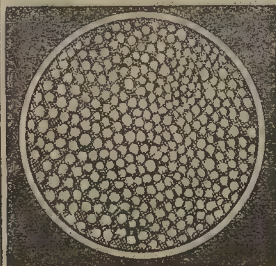
2° Suppléants :

MM. Duroux, Carrier, Blondet, Goursolle, Rabaste, Lévy, Pellanda, Gallet Maurice, Longet, Michaud, Peyrache, Mazaré, Angel, Naudin, Marion, Trouiller Michel, Moinecourt, Clert, Mlle Dechavanne, Accassat, Maillet, Servelle, Neyra, Grange, Durand, Mlle Lacaze, Garnier, Boutin, Stagnara.

Hospices civils de Bône. — Un poste d'interne est actuellement vacant. Conditions : nationalité française. Seize inscriptions au moins. Logement, nourriture, chauffage, éclairage, indemnité : 500 à 800 fr. par mois et frais de voyages. Pour inscriptions et tous renseignements, s'adresser au Directeur des hospices civils de Bône.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.



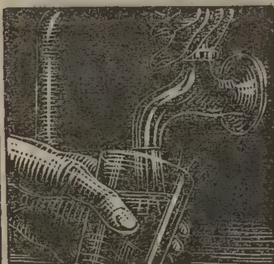
Goutte de Loraga dans laquelle on se rend compte de la ténuité et de la régularité des globules d'huile de paraffine, constituant une véritable émulsion très homogène.

LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine

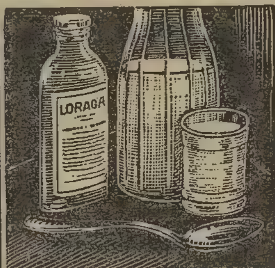
Régulateur physiologique de l'intestin

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.



Pour les malades aimant absorber leur médicament dans de l'eau : une cuillerée à soupe de Loraga dans un verre, ajouter de l'eau et boire le tout.

INDICATIONS : Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.



Pour les enfants qui répugnent, par principe, à prendre des médicaments : une ou deux cuillerées à café dans du lait.

TOLÉRANCE PARFAITE - AUCUNE ACTION SECONDAIRE
PAS D'ACCOUTUMANCE NI DE SUINTEMENT HUILEUX

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS

LABORATOIRES SUBSTANTIA
M. GUÉROULT, Pharmacien
13, Rue Pagès
SURESNES (Seine)



"Une émulsion doit couler aisément", dit le bon pharmacien. Le Loraga satisfait à cette exigence sous tous les climats.





N° 84. — MERCREDI 20 OCTOBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie chirurgicale.*

Question sortie N° 4. — Causes, signes et diagnostic des rétrécissements non cancéreux du rectum.

Questions restées dans l'urne : 1. Les fractures diaphysaires des deux os de la jambe au tiers inférieur sans le traitement. — 2. Formes cliniques et diagnostic de l'arthrite blennorragique du genou sans le traitement. — 3. Signes, diagnostic, évolution de l'anévrysme artériel circonscrit poplité. — 4. (Question sortie). — 5. Tuberculose testiculo-épididymaire sans le traitement. — 6. Cancer du corps de l'utérus sans le traitement. — 7. Invagination intestinale aiguë du nourrisson. — 8. Signes et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire. — 9. Signes et diagnostic du cancer du rein chez l'adulte.

(Pour les questions d'anatomie et de pathologie médicale, voir *Gaz. Hôp.*, N° 83, 16 octobre 1937.)

Anatomie. — Composition du jury : MM. les docteurs Chevrier, Comte, Meillère, Velter, Brûlé.

Séance de lecture : 49, rue des Saints-Pères (salle des concours).

MM. les membres du jury se réuniront en principe chaque semaine, le mardi ou le mercredi, de 16 h. 30 à 23 heures, le jeudi, de 16 h. 30 à 23 heures, le vendredi soir à 20 h. 30 et le samedi, à 9 heures du matin.

1re séance : lundi 18 octobre 1937, à 20 h. 30.

Pathologie médicale. — Composition du jury : MM. les docteurs Chiray, de Sèze, Lévy-Valensi, Besançon, Duvoir.

Séance de lecture : amphithéâtre de M. le professeur Bezançon, à l'hôpital Laënnec.

En principe, les séances auront lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine à 17 heures jusqu'à 23 h. 30. 1re séance : mardi 19 octobre 1937, à 17 heures, à l'hôpital Laënnec.

Pathologie chirurgicale. — Composition du jury. — MM. les docteurs Seguy, Lenormant, Alglave, Heitz-Boyer, Quénu.

Séance de lecture : hôpital Necker.

En principe, les séances auront lieu les lundi à 20 h. 30, mardi à 16 h. 30, mercredi à 20 h. 30, jeudi à 20 h. 30 et samedi matin, à 10 heures. — 1re séance : lundi 18 octobre, à 20 h. 30.

— Liste alphabétique des candidats ayant remis trois copies :

MM. Adam, Aharfi, Albert, Albou, Alhomme, Alison, Allain, Alpérine, Amado (Georges), Amado (René), Mlle Ancel, MM. Ancelin, Anquetil, Mlles Antoine, Arditti, MM. Ardouin, Arnaud, Arnavielhe, Aslanian, Attali, Aubouy, Audoly, Aupinel, Aurégan, Azaïz,

MM. Bachet, Ballade, Ballerin, Barbier, Bardon, Bareau, Barré, Barrier, Bastard, Bastin, Bauchart, Baudon, Mlle Bellelettre, M. Ben-Haïm, Mme Benoit née Muller, Mlle Bentkowski, MM. Bernard, Berthet, Berthon, Bertier, Bertrand, Berveiller, Bessière, Blanc, Blancard, Blanchon, Blinder, Bloch Mirtil, Blondé, Boeswilwald, Bolivar, Bolo, Bonnet Jacques, Bonvallet, Boreau, Boudon, Mme Bouillié, née Jury, MM. Bouillié Raymond, Bourdeau, Bourgine, Bourguet, Bourlière, Mlle Bournisien, MM. Bouygues, Brault, Brennier, Bricaire, Mlle Brisac, MM. Brisset, Brochenin,

Brunat, Buchenaud, Butet, Butzbach Jacques, Butzbach Jean,

MM. Cabrières, Cahen, Cahn, Callerot, Campagne, Capron, Carballo, Carlotti, Carton, Casalta, Castaigne, Catalogne, Caufment, Mlle Caulliez, MM. Coury, Ciaudo, Ciechanowicz, Chabasseur, Chabert, Chaouli, Chappe, Chappelart, Chardack, Chartrain, Chauvin, Chavarot, Chenille, Chessebeuf, Chigot, de Chirac, Clamegeran, Clerfeuille, Cluzeau, Cœuilliez, Colsenet, Compagnon, Conge, Mlle Corre, MM. Cotillon, Cossart, Couder, Coulon, Courchet, Courjaret, Coville, Crépin,

MM. Dailly, Dana, Danel, Danion, Danset, Mlle Darhovsky, MM. Darricau, Darris, Daumet, David Daniel, Lévy André, Debusschère, Decouflé Pierre, Delair, Delatour, Delcambre, Delouche, Demassieux, Demetriadès, Denis, Denoyelle, Mlle Depitre, M. Deprez, Mlle Desclaux Geneviève, MM. Desclaux Pierre, Desfossés, Deslandes, Devaux, Devieux, Didier, Diengott, Dos-Ghali, Mlle Doumic Alice, MM. Douville, Dreyfus Jean, Drylewicz, Mlle Dubois, MM. Dubost, Duchêne, Ducournau, Dufour, Dufresne, Dumas, Mlle Dumont, MM. Dupas, Dupuy, Durand Maurice, Durand Victor, Durupt, Duval René,

MM. El-Haïk, Eman-Zadeh, Enel, Erlich, Etienne, Eudel,

M. Fayein, Mlle Feder, MM Feldmann, Fénelon, Ferrand Guy, Ferrand Pierre, Ferrari, Feuillette, Filippi, Mlle Fillon, MM. Flandin, Fortin, Mlle Fossier, MM. de Fourmestraux, François Pierre, Fraquet, Frinault, Froidefond, Froissant, Fronville,

MM. Galand, Galey, Gallimard, Galmiche, Gandeul, Gandrille, Mlle Garnier, MM. Gaulier, Gauthey Maurice, Gauthier Raymond, Geffriaud, Genthon, Gerain, Gertzberg, Gibert, Gibon, Gibrat, Gillet, Gimault, Giraud Paul, Girauld Marie-Albert, Girauld Marie-Jean, Girod Raymond, Godlewski, Gorin, Gorse, Gosselin, Goupy, Goury-Laffont, Mlle Granier, MM. Granjon, Grel, Grémont, Gross, Mlle Grould, Grumbach Guéraud, Guéroult, Guimezanes, Guyot,

MM. Habas, Hadengue, Haguet, Mlles Hahn, Haller, MM. Haquin, Hardel, Hauser, Haussmann, Hébert André, Hébert Paul, Hemeury, Henrot, Hermann, Hertzog, Hervet, Mlle Heulet, MM. Hewitt, Hiverlet, Horvilleur, Houdart, Huber, Mlle Hufnagel, Hussameddin,

MM. Isal Paul, Isal Pierre, Isorni,

MM. Jacquemin, Jardel, Joinville, Jomier, Joublin, Joussemet, Jurain,

M. Kaeppelin, Mlle Kahn, MM. Kartun, Klein, Koskas, Krawiecki, Kreisler, Kropff, Kuss,

MM. Labayle, Lacombe, Lacour Albert, Lacroix, Mlle Laisney, Mlle Lambert Alice, MM. Lambert Léon, Lanchon, Landau, Lang Paul, Lange Eugène, Langevin, Lanvin, Lapeyre, Mlle de Larminat, MM. Lasry, Leandri, Lebel, Lebettre, Le Bihan, Lebovici, Le Bozec, Le Brigand, Lebrun Michel, Lecœur, Lecointe, Mlles Lécuyer, Lefèvre, MM. Le Floch, Léger, Legrand, Legris, Leiser, Le Lay, Lelièvre, Lemierre, Lemoine, Lenoir, Leprat, Leroy, Le Sourd Maurice, Lévy Emile, Lévy Michel, L'Hirondel, Libert, Lichnewsky, Liénard, Mlles Lindeux, Lipmann, MM. Logeard, Lolmède, Loubrieu,

MM. Mage, Maignan, Maillard, Maille, Malange, Mlle Mangenot, MM. Mantoux, Marcault, Marchal, Marchon, Marmier, Martin Paul, Martin de Frémont, Martinet, Martinon, Marzet, Masson Maurice, Masson René, Mathé, Matias, Mathieu, Matteï Marc, Mme Matteï Marie, Mlle Maureil-Deschamps, MM. Maury, May, Mayaud, Mendelsohn, Mlle Mendras, M. Metzger, Mlles Meugé, Meunier, MM. Minkowski, Miquelard, Mlle Mirabail, MM. Moch, Molimard, Mlle Monghal, M. Monod, Mlle Moreau, MM. Moreau Michel, Morilière, Motte, Mouchot, Moullé, Mouton, Mselati, Muller,

MM. Negellen, Neveux, Mlle de Neymann, MM. Nguyen-The-Dai, Nguyen-Trung-Nam, Niego,

M. d'Œlsnitz, Mlle Oganesoff, MM. Orfali, Orgogozo, Orliac, Oudot,

MM. Paley, Palmer, Panthier, Parsy, Mlle du Pasquier, MM. Pastier Jean, de Paulo, Payenneville, Pergola, Perol, Perrier, Pestel, Petit Camille, Petit Jacques, Petit Jean, Petit Maurice, Petit Norbert, Pécheux, Peyron, Piarrat, Piérart, Picot, Piguet, Pillet, Pinasseau, Pineau Maurice, Pinot Jean, Pistre, Pluvinage, Pointeau, Poissonnet, Polliot, Pons, Postel-Vinay, Pouret, Poussier, Pradelle, Pradoura, Mlle Prettre MM. Prin, Prochiantz, Mlles Prost, Provendier, MM. Prudhommeaux, Pruvot, Mlle Puget, MM. Pujol, Philine.

M. Quintescu.

MM. Radzievsky, Rathery, Raymond Jean, Mlle Raymond Marie, M. Raynaud, Mlle Rémond Simone, MM. Renault, R. Verdiau, Reynes, Rie, Mlle Rist, MM. Ristelhueber, Roblin, Roby, Rochet, Rodde, Roger, Rognon, Rometti, Ronsin, Mlles Rosenkovitch, Rosental, MM. Rosey, Rouault Charles, Rouault Michel, Rougel, Roujon, Roulland, Rousselin, Roux Jean, Roy Bernard, Ruel,

MM. Salet, Salinesi, Salmen, Mlle Salmon, M. Saltet de Sablet, Mlle Samuel, M. Sapet, Mlle Saulnier, MM. Sébat, Scheider, Sclafer Jean, Sclafer Maurice, Sebag, Seillier, Serre, Serreau, Sevilleano Eugène, Sevileano Nicolas, Seyer, Mlle Seyrig, MM. Sicard Jacques, Sohier, Solomon, Soulier, Mlle Spach, MM. Sriber, Stalhand, Staub, Steinberg, Sterboul, Stevenin,

MM. Tahar, Talbot, Talpin, Tardif, Ternier, Tetreau, Thaon, Thevenin, Thiéblot Louis, Tiret, Tola Alfred, Tola Ricardo, Torlet, Mlle Tostivint, MM. Tostivint René, Toufesco, Toulouse, Toupet, Mlle Tourneville, MM. Tran-Van-Hoa, Tricot, Tronc, Tubiana,

M. Umdenstock,

MM. Venator, Verliac, Vernes, Verriez, Mlle Verron, M. Verstraete, Mlle Vesigot-Wahl, MM. Vialard-Goudou, Viguié, Vila, Villebrun, Vission,

Mlle Weinberg, MM. Wetterwald, Weyl, Woimant, Wolf, Mlle Wolfromm, M. Xambeu.

Guerre. — Le médecin général Worms, directeur du service de santé militaire de la 1re région, est nommé directeur de l'Ecole du service de santé militaire de Lyon.

Ecole du Service de Santé militaire. — Liste complémentaire de candidats admis à l'Ecole de Lyon, à la suite du concours de 1937, section de médecine :

Candidats à 4 inscriptions : MM. Salou et Lavenant.

Candidat à 8 inscriptions : M. Tardieu.

Candidats P. C. B. : MM. Camoulard et Morilleau.

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

ÉROTOMANIE ET SYNDROMES ÉROTOMANIAQUES

Par M. J. LEVY-VALENSI (1)

L'*érotomanie* peut se définir la *folie de se croire aimé.*

En vérité cette folie n'est que la formule pathologique d'un sentiment très naturel, l'amour. Le malade aime ou mieux désire, car quoi que l'on ait dit, l'érotomanie n'a rien de platonique (2), c'est ce désir qui est projeté sur l'objet aimé et qui, par une sorte de choc en retour, transforme l'aimé en amant, ce terme étant pris dans le sens que lui donne le langage du XVIIe siècle.

Clérambault, à qui l'on doit la plus belle description de l'érotomanie, insiste sur les caractères suivants :

L'*objet :* toujours de niveau social supérieur au sujet : princes, hommes politiques, patrons, avocats, surtout prêtres et médecins quand il s'agit de femmes, ce qui est le plus fréquent ; pour les hommes, patronne, actrice, danseuse, etc...

Le *sujet :* est un insatisfait sexuel : vieilles filles, veuves et divorcées non consolées, ménopausiques, hommes vierges ou peu expérimentés.

Le *début :* une *intuition*, le postulat, étayée par des *interprétations*, mais qui ne sortent pas du *secteur* où se tient le couple.

Amour : parfois d'apparence *platonique*, l'orgueil semblant occuper toute l'activité du sujet, mais en réalité nettement sensuel.

Cet amour est réciproque, mais l'objet a *commencé* et il aime le plus.

Explication de l'attitude paradoxale de l'objet : il repousse naturellement les sollicitations, met l'amoureuse à la porte et l'amour continue, car cette attitude est expliquée par le sujet dans un sens optimiste : nécessités sociales, famille ou épouse à ménager, épreuves que l'on fait subir au sujet.

Evolution : trois stades : espoir, dépit, haine avec les réactions médico-légales que l'on peut supposer. Chez la plupart des malades observés, l'amour subsiste intriqué au dépit et à la haine et plus puissant qu'eux.

Nosologie : Clérambault fait de l'érotomanie, une entité nosologique apparentée aux délires de revendication, avec la *méfiance* en moins, c'est un *délire passionnel.*

Il est indéniable que ce type existe, mais il est rare à l'état de pureté, par contre fréquente est l'*idée délirante érotomaniaque*, l'*illusion d'être aimé*, au cours des différents délires, qu'elle en marque le début ou l'évolution, qu'elle y soit prépondérante ou noyée parmi d'autres idées morbides.

Nous avons rencontré l'idée délirante érotomaniaque chez des alcooliques, des maniaques, des mélancoliques, au cours de l'évolution des délires de revendication, d'interprétation, des psychoses d'influence, des psychoses paranoïdes, de la démence précoce ; c'est dire que si l'*érotomanie* au sens de Clérambault est une maladie, elle est infiniment plus rare que le *symptôme érotomaniaque.*

Je vais vous présenter 9 malades :

1° Deux érotomanes du type Clérambault, le second discutable ;

2° Deux érotomanes paranoiaques processives ;

3° Deux psychoses d'influence du type érotomaniaque ;

4° Une mélancolique de type érotomaniaque ;

5° Deux démences précoces, l'une d'elles certaine, l'autre seulement en perspective.

⁂

A. Erotomanie, type délire passionnel de Clérambault

OBSERVATION I. — Mme P. a aujourd'hui 40 ans. Mariée avec un homme qu'elle n'aime pas, elle est frigide à un point tel qu'elle se livre à la masturbation après chaque coït. Détachée de toute pratique religieuse, elle est prise d'un scrupule religieux à l'occasion de la maladie de son petit garçon et va se confesser à un prêtre, l'abbé X., qu'elle a rencontré quelques années plus tôt dans un patronage.

L'abbé, conscient de son devoir, réconforte la pénitente qui s'accuse de sa tiédeur religieuse, des pratiques solitaires conséquence de sa frigidité, mais aussi de deux recherches infructueuses de l'amour en marge de la foi conjugale.

En écoutant la parole consolante de l'abbé, elle a *intuitivement* la conviction immédiate qu'il est épris d'elle.

Dès ce jour, elle devient une fidèle de l'église et une visiteuse assidue du presbytère.

Sa conviction amoureuse va s'étayer d'interprétations multiples, souvent symboliques, par exemple :

Le prêtre, en chaire, écarte les bras dans un geste d'éloquence, il l'invite à s'y réfugier, — prononce-t-il : approchez-vous de l'autel, cela veut dire : pense à moi, — s'il se gratte le cou : vous êtes trop décolletée, — s'il a le regard humide, cela indique une humidité plus secrète provoquée par sa présence. Le nombre de cierges, s'ils sont allumés, marque l'heure des entrevues, s'ils sont éteints, il n'y a rien à faire aujourd'hui. Un fleuriste voisin, par le nombre des bouquets de son éventaire, indique aussi les heures de rencontre. Fleurs jaunes signifient : jalousie, blanches ? reproches pour les pratiques solitaires. Le vitrier qui passe dans la rue annonce une rencontre, le « vitrier qui passe » ; par contre, le repasseur de couteaux, une remise (il faut repasser).

Mais, notre amoureuse qui se croit aimée ne peut se satisfaire avec des entrevues à l'église. Non contente de se placer au premier rang et de jeter à l'officiant des regards enflammés, elle guette sa sortie à la porte, sous la pluie, contraignant son fils à cette attente. L'ecclésiastique, bien qu'incommodé, ne veut pas comprendre. Alors commence une correspondance incandescente qui naturellement demeure sans réponse. Elle passe alors à l'attaque directe. Dans un couloir de la sacristie, elle se jette sur l'abbé et porte sur sa soutane une main impatiente et indiscrète ; elle reçoit une gifle. Peu de jours après, de grand matin, elle pénètre sans frapper dans la chambre du prêtre qu'elle surprend en chemise de nuit. Le malheureux ecclésiastique, à bout de patience, prévient le mari et la police et la malade est internée dans le service de notre collègue le

(1) Leçons faites à la Clinique Psychiatrique (prof. H. CLAUDE), les 24 et 31 janvier 1937.

(2) BALL appelle l'érotomanie la *folie de l'amour chaste.*

docteur Guiraud qui a bien voulu nous la prêter aujourd'hui.

Internée depuis deux ans bientôt, elle le sait, à la demande de l'abbé, elle y voit seulement une épreuve de sa constance et continue d'interpréter dans un sens favorable tout ce qui se passe autour d'elle : phrases des infirmières, portes que l'on ouvre ou que l'on ferme, etc..., car, comme il est habituel en pareil cas, elle croit que ses amours rencontrent une sympathie générale. Le pape leur est d'ailleurs favorable, il annulera son mariage, relèvera le prêtre de ses vœux, permettant ainsi le mariage.

Elle écrit constamment au prêtre des lettres où l'amour se manifeste sans aucune retenue, où l'on parle de contact des corps, de caresses et d'étreintes comme de tous les incidents des périodes cataméniales. Comme les réponses, et pour cause, ne parviennent pas, elle va les chercher dans l'interprétation des phrases du journal « Benjamin ».

Voici notre malade, c'est une jeune femme, elle n'a que quarante ans et Balzac n'écrirait plus aujourd'hui « La femme de trente ans ». Elle est charmante et rougissante à chaque question que je lui pose. Elle confirme tout ce que je viens de vous dire et affirme sa conviction de l'amour du prêtre et d'un règlement matrimonial après un temps d'épreuve.

2e Observation

Ce cas est beaucoup plus complexe. Le diagnostic d'érotomanie pure est très discutable, néanmoins on peut, nous semble-t-il, le dégager malgré des symptômes troublants.

Le diagnostic d'entrée est *psychose paranoïde*. On fait état dans le certificat d'hallucinations auditives, de prise et d'écho de la pensée, de visions mystiques ; mais tout cela a rapidement disparu, les visions mystiques remontent d'ailleurs à l'enfance. Comme nous savons que la malade a été alcoolique, on peut se demander si l'intoxication ne doit pas être rendue responsable du syndrome d'automatisme mental fugace.

Dépouillée de ces éléments, l'observation, avec quelques réserves que je ferai en terminant, nous semble celle d'une érotomanie type Clérambault, mais sur le plan homosexuel.

Obs. II. — Marthe a aujourd'hui 32 ans. Elevée par une marraine sans tendresse, elle a dû travailler de bonne heure, apprentie en usine, puis domestique.

A dix-huit ans, elle a une première liaison et trouve alors sa voie au double point de vue économique et sentimental : l'amour.

Chez elle, l'amour ou mieux la sexualité est bipolaire, hétéro-sexuelle et homo-sexuelle. En amour normal, elle est passive, frigide, elle est au contraire active en amour lesbien ; on la voit, en effet, rechercher des maîtresses dans les milieux spéciaux, portant un costume masculin ou demi-masculin.

Cependant, si Marthe avait tenu une comptabilité de ses amours, elle aurait écrit à l'actif l'hétéro-sexualité, au passif l'homo-sexualité.

En effet, ses amants lui ont rapporté gros. L'un d'eux lui a acheté près de cent mille francs un café, qu'elle a tenu plusieurs années ; il lui a servi une rente mensuelle de trois mille francs ; lors d'un internement de 15 mois en maison de santé privée, il a payé galamment les frais d'hospitalisation. C'est pourquoi d'ailleurs Marthe le poursuit aujourd'hui en l'accusant de séquestration arbitraire.

Ses maîtresses, par contre, lui ont coûté fort cher.

Tout ce qui lui venait des hommes, pension, fonds de commerce et mobiliers, vendu à vil prix a été dépensé pour ou avec des femmes.

Enfin, cette homo-sexualité peut encore s'inscrire au passif, puisque c'est à elle que Marthe doit ses deux internements.

L'histoire de cette érotomanie homo-sexuelle vaut d'être racontée. Il est piquant d'opposer à la version de la malade, mythomane avérée depuis l'enfance, celle de la victime, une chanteuse de music-hall en renom que nous appellerons Madame Blanche.

Version de la malade. — En 1925, elle se trouve à Vichy, représentant une maison d'agrandissements photographiques. Un soir, au casino, où l'on donne une revue, la vedette Mme Blanche traverse la salle, et frôle la malade de son foulard. En conclut-elle symboliquement qu'elle lui a jeté le mouchoir ? Elle est convaincue en tout cas que Blanche est éprise d'elle. Immédiatement, envoi de fleurs, déclaration, essai d'entrevue, etc. Mais la troupe se déplace et c'est à Lyon, quelque temps plus tard, que se fait la rencontre. Elle a lieu dans une chambre d'hôtel où l'on passe l'après-midi et la malade ne nous laisse rien ignorer du caractère de cet entretien prolongé. Pendant plusieurs années, ces rencontres se renouvellent, bien que très espacées. Le couple aurait vécu un mois à Paris dans une très grande intimité. Marthe a été souvent sollicitée par Blanche et lui a prêté jusqu'à 3.000 francs.

En 1934, Marthe apprend que Blanche s'est mise en ménage avec un homme que nous appellerons Charles. Charles, nous dit-elle, est un maquereau qui vit à ses crochets et la brutalise. Marthe ne peut pas supporter cela ; elle veut défendre son amie contre Charles et accomplit diverses démarches infructueuses. Un jour, Charles et Blanche se rendent chez elle, lui mettent sous le nez un tampon imbibé d'un anesthésique et lui dérobent divers objets, dont un phonographe. Comme elle réclame, on la fait interner, au début de 1935, puis en septembre 1936.

Version de Mme Blanche X. — En 1925, Marthe est figurante dans la troupe où elle joue. Elle entretient alors une petite danseuse, fréquente les milieux homosexuels et se livre à la boisson. Déclarations, envois de fleurs qui se continuent à Lyon et demeurent sans réponse. Les mêmes envois se renouvellent pendant près de dix ans, accompagnés de demandes d'argent.

En 1934, Mme Blanche est mariée à Charles. Les lettres deviennent menaçantes pour l'époux qui est traité de maquereau et injurié dans sa loge : tu es un maquereau, je te défends de coucher avec la femme que j'aime, etc...

Au début de 1935, la malade, ivre d'ailleurs, va faire un scandale devant le portrait de l'actrice ; arrêtée, elle est, à la demande de sa famille, internée dans une maison de santé de la banlieue lyonnaise.

En avril 1936, elle est rendue à la liberté et va vivre quelque temps avec sa sœur qu'elle abandonne bientôt pour se rendre chez son ancienne amie la danseuse ; celle-ci tient une maison close. De là, elle écrit une première lettre à Blanche, lui annonçant qu'elle a fait faire une poupée de cire à son image et qu'elle la pique de partout pour la faire souffrir. Dans une deuxième missive, elle déclare qu'elle a aussi des poupées de chair qu'elle caresse en pensant à Blanche.

Mais ce double envoûtement ne suffit plus bientôt à Marthe qui, pour se rapprocher de Blanche, se rend à Paris. Elle mène d'abord joyeuse vie, puis, quand elle n'a plus un sou, se confie à l'Armée du Salut qui s'occupe de cette épave avec beaucoup de dévouement et de compréhension. On lui trouve successivement plusieurs places de domestique ; mais elle boit et en état d'ivresse revient à ses préoccupations amoureuses. Mme Blanche est victime de facéties d'un goût douteux : téléphonages intempestifs au milieu de la nuit, envoi de marchandises diverses non payées en quantités invraisemblables, tripes, sous-mains, savon, charbon. Des médecins sont jour et nuit appelés auprès de

Blanche X. et, logique dans son délire, soulignera quelque mauvais esprit, aux médecins succèdent les pompes funèbres.

En septembre, Marthe portant une couronne de laurier, se rend au domicile de la vedette, déclare à la concierge qu'elle est propriétaire de l'immeuble, l'amie de Mussolini, l'inventeur de la T.S.F., qu'elle attend dans son château la reine des vedettes, que la garde mobile est prévenue, etc., la concierge alerte police-secours et la malade est arrêtée sur le palier de l'artiste, alors qu'elle accroche à la porte la couronne de lauriers.

Depuis son internement, par ses propos et ses tentatives, elle affiche ses tendances lesbiennes et ne cesse d'écrire des lettres que vous voyez là accumulées.

L'une d'elles, adressée au procureur de la République, porte plainte pour séquestration arbitraire contre sa sœur, son protecteur, Charles et le médecin de la maison de santé lyonnaise.

Les autres sont adressées à Blanche. Les unes, lettres d'amour, sont celles d'un homme à sa maîtresse. Les autres, froides, cérémonieuses, réclament des objets prêtés, mais sur la fin le ton s'adoucit, on espère une visite et l'on évoque d'anciens souvenirs avec une telle précision que, si nous ne savions pas la puissance imaginative des mythomanes, nous pourrions nous y laisser prendre.

Vous le voyez, jusque-là rien que de l'érotomanie avec un appoint alcoolique important ; mais cette malade paraît *indifférente* à sa situation, mais elle vient d'avoir une crise d'*agitation incohérente* qui a obligé à la maintenir, enfin elle vient de déclarer qu'elle se sent devenir homme, qu'elle pourra enfin épouser son amie. Je laisse le soin aux psychanalystes de décrire ce syndrome de *virilisation* en face de leur syndrome de *castration*.

Vous la voyez souriante, nullement gênée, j'évite d'ailleurs d'orienter mes investigations sur un terrain scabreux. C'est elle-même qui me parle de Blanche. Je suis son maître, nous dit-elle, elle fait ce que je veux ; si je suis ici elle n'y est pour rien, elle ne demande qu'à me voir retourner chez *nous, elle m'aime plus que je l'aime*. Elle n'a aucun ressentiment contre l'artiste et en dépit de tout continue d'espérer. Quand on l'interroge sur sa déclaration de transformation masculine, elle nous déclare que, depuis l'enfance, elle a cette idée. J'ai relevé, en effet, dans sa correspondance, l'évocation d'un rêve qu'elle fit dans le jeune âge, rêve au cours duquel une fée lui annonçait son changement de sexe.

Les anomalies que nous venons de rencontrer chez cette malade ne nous permettent pas de rejeter tout à fait le diagnostic d'abord porté de psychose paranoïde.

B. Erotomanie chez des paranoiaques processifs

Obs. III. — Mme V. a aujourd'hui 48 ans. Elle a toujours eu le caractère difficile, si bien que sa fille unique l'a abandonnée il y a 6 ans pour aller vivre chez une parente. Une entrevue, tentée ces jours-ci à la Clinique, a failli se terminer par un pugilat.

Mariée à un agent de police, celui-ci fut victime, en 1920, d'un accident de tramway : amputation de jambe, mort. Cet accident a été pour Mme V. l'occasion d'un premier procès sur lequel nous reviendrons, puisque c'est à ce propos que naîtra l'érotomanie, du moins son thème principal.

Pour déblayer le terrain, signalons sans insister ses nombreuses actions en justice :

a) Plainte contre un intendant militaire qui aurait été amoureux d'elle (?) et qui l'aurait diffamée ;

b) Plainte contre l'administration de la guerre qui l'a congédiée de l'atelier où elle travaillait, et où elle a fait du scandale à l'occasion de la plainte précédente ;

c) Plainte contre un marchand de fonds qui lui a fait acheter un établissement qui n'a pas prospéré.

Revenons au procès raisonnable, celui-ci provoqué par l'accident mortel dont fut victime son mari et intenté à la C.T.R.P.

Sur les conseils d'un commissaire de police, Mme V. confie son affaire à Me J., avocat et député.

Aussitôt en présence de l'avocat, elle a le coup de foudre et a la certitude que c'est réciproque. D'ailleurs, la veille elle a été au Palais, essayant d'y trouver Me J. qu'elle n'a jamais vu et, d'intuition, elle l'a reconnu, leurs regards se sont croisés, cela a suffi.

Pendant les cinq années que durera le procès qui se terminera à son avantage, sa conviction s'affermit sur des interprétations : poignées de mains chaleureuses, pas qui rapprochent l'avocat de sa cliente, phrases à double entente, conduite jusque dans la rue, etc...

Et cependant, elle ne dit rien, lui non plus.

Son amour alors devient du dépit et ce dépit va se traduire par des actes hostiles à sa manière qui est celle d'une processive : plaintes contre l'avocat qui a mal plaidé son affaire de fonds de commerce, adressées au Président de la République, au garde des Sceaux, au ministre de la Guerre et au procureur de la République. La requête adressée au ministère de la guerre contenant des menaces de mort contre Me J., l'internement est décidé.

La malade, internée depuis près d'un an, continue son activité procédurière et sa correspondance que nous possédons, par sa forme si spéciale, par ses formules, décèle la processive.

Elle vient à nous sans difficulté, s'explique sans aucune hésitation sur ses procès, mais quand je veux lui faire avouer un sentiment hostile envers Me J., elle nous dit, en pleurant : « Un sentiment embellit toute une vie ».

Bien que moins pittoresque, cette observation se rapproche de la précédente.

Obs. IV. — La femme J. a 59 ans, elle est veuve depuis 3 ans et a perdu deux fils.

Elle est depuis 1912 la cliente d'un médecin qui a soigné sa famille. Depuis plusieurs années, elle le croit amoureux d'elle. Cette conviction est basée sur des interprétations : prévenances, poignées de mains cordiales, traversée de la rue pour lui dire bonjour, phrases interprétées, par exemple : après son veuvage, le médecin et sa sœur lui ont dit : vous devriez refaire votre vie.

Je suis convaincu qu'il n'y a eu rien de plus précis, mais la malade pour étayer ses dires nous déclare que lorsque son mari était encore vivant, le médecin lui a proposé de divorcer pour l'épouser. Quand vous verrez tout à l'heure cette matrone moustachue, vous demeurerez sceptiques sur ces intentions de notre confrère. Je sais bien qu'elle prétend avoir un corps superbe et des beautés cachées, mais tellement cachées que nous ne les avons pas découvertes.

Le médecin qui, d'après la bonne femme, vit avec une maîtresse, ne semble pas maintenant donner suite à ses projets ; il est moins prévenant. L'amoureuse dépitée lui cherche des querelles, réclamation d'une épreuve radiographique égarée, reproches d'avoir fait mourir l'un de ses fils par une erreur de diagnostic, son mari pour n'avoir pas voulu se déranger la nuit.

Ces récriminations aboutissent à une lutte chez le médecin.

Quelques jours plus tard, rencontre dans la rue. Elle réclame encore, il lui donne un coup de pied, elle répond

par une gifle ; il lève sa canne, elle fait tomber son chapeau, il lui arrache son vêtement. Au commissariat de police, « on le laisse en liberté et l'on m'arrête, moi », dit-elle avec un soupir.

Aujourd'hui, bien que la malade ait déposé contre le médecin une plainte en 10.000 fr. de dommages-intérêts, elle ne laisse échapper contre lui aucune injure, aucune menace. Tout s'explique, dit-elle, par l'action de sa maîtresse qui le conduit par le bout du nez. Une fois encore l'amour a été plus fort que le dépit et plus fort que la haine.

Psychoses d'influence

Obs. V. — Cette femme, une institutrice allemande de 45 ans, vient d'être arrêtée pour grivèlerie : ayant pris un taxi, elle a déclaré n'avoir pas d'argent pour le payer. Conduite au commissariat où elle veut embrasser le brigadier de police, elle se recommande du docteur L. qui, dit-elle, l'a fait venir de Dresde à Paris.

Mlle D., qui exerce le métier de professeur de musique, a vécu en Allemagne, à Londres et à Paris.

Il y a trois ans, se trouvant à Paris, elle se fait traiter par le docteur L. d'un furoncle à la lèvre supérieure. Ce praticien se montre envers elle aimable et prévenant ; sur le moment, elle ne remarque rien, puis un jour, elle acquiert la conviction qu'il est amoureux d'elle, qu'en l'aidant à mettre son manteau, il l'a embrassée dans le cou et que, depuis, il a sur elle une influence.

La *psychose d'influence* va se traduire par des échanges de pensée, des ordres impérieux, des inhibitions et surtout par des sensations voluptueuses. Elle assiège notre confrère de visites, lettres et téléphonages, jusqu'au jour où elle est rappelée en Allemagne. Les communications psychiques continuent néanmoins.

Il y a peu de jours, elle subit l'ordre impérieux de se rendre à Paris. Réunissant le peu d'argent qu'elle possède, elle prend le train, débarque à la gare de l'Est, monte dans un taxi, et se fait conduire chez le médecin qui ne la reçoit pas. Retour à la gare de l'Est où la valise a été déposée ; la valise est remise en paiement au chauffeur ; puis la malade prend un nouveau taxi pour se faire conduire à un hôtel, vous savez la suite.

Vous n'en saurez pas davantage, car la malade irritée nous déclare qu'elle ne dira plus rien, mais elle ne nie rien de ce que je viens de vous dire.

Obs. VI. — Mme D. a 48 ans. Elle a été abandonnée par son mari après la guerre. Depuis, elle a élevé sa fille. Il y a 5 ans, elle rencontre, en villégiature, un représentant de commerce qui d'abord ne fait pas sur elle une impression particulière. Il y a quelques mois, elle est en période *ménopausique*, elle croit le reconnaître dans la rue. Immédiatement, dit-elle, il m'a *maîtrisée*. Elle entend par là qu'elle est devenue sa maîtresse, mais artificiellement. Elle éprouve des sensations voluptueuses, « c'est agréable, dit-elle, mais je préférerais le naturel que cette machine ». Elle éprouve aussi des souffrances, électrisation, brûlures, mais elle explique ces tortures paradoxales comme le font les érotomanes non hallucinées pour les faits réels : « on veut éprouver son caractère ».

Ici se rencontrent aussi tous les autres éléments des psychoses d'influence : hallucinations psychiques, commentaires des actes, paroles inspirées, inhibition. Elle parle la parole de Francis, s'arrête de parler sous son impulsion.

Conduite à Sainte-Anne à la demande de sa famille, elle se croit à Cochin et, pendant deux jours, le docteur Cochin lutte avec Francis pour sa possession, mais a fini par se retirer devant son rival.

Elle vient d'écrire à sa fille que Francis qui est *maîtriseur* à Sainte-Anne l'a épousée, qu'elle est très heureuse, elle s'excuse gentiment, en lui demandant de n'être point jalouse puisqu'elle a aussi un mari qui l'aime.

Conduite devant vous, elle confirme d'abord ce que je viens de vous dire, puis s'arrête violemment émue, larmes aux yeux, je n'insiste pas. La malade emmenée dans le couloir a une crise de nerfs.

Je vous signale, en passant, que cette malade a pratiqué le spiritisme, fait parler des tables et a connu l'écriture automatique.

Il y a longtemps qu'après Janet, Grasset et Gilbert Ballet, j'ai insisté sur la pratique du spiritisme comme facteur déclanchant des psychoses d'influence.

Psychoses périodiques

Obs. VII. — La malade suivante n'est peut-être pas une érotomane, c'est une érotique en tout cas qui est à sa place ici.

Mme D. a aujourd'hui 48 ans. Possédant le brevet élémentaire, elle a d'abord été institutrice à Paris, puis en Russie.

De 1918 à 1921, elle a eu trois amants, un journaliste, un officier, un représentant de commerce. Partie pour la Russie en 1914, elle y séjournera jusqu'en 1920. Elle est à peu près muette sur ses aventures amoureuses durant cette longue absence. Nous savons néanmoins qu'elle en a ramené deux protecteurs, l'un pas trop jeune et l'autre vieux. Le vieux a 78 ans, il ignore le pas trop jeune qui a 68 ans, lequel n'ignore pas son ancien : vous le voyez, les usages sont respectés.

Depuis quelques années, elle est traitée par un médecin pour maladie de Basedow ; le traitement a été efficace puisque, si la malade conserve une hypertrophie thyroïdienne et quelque exophtalmie de l'œil gauche, son métabolisme basal est redevenu normal.

Elle a pensé un instant que ce médecin avait de l'amour pour elle, mais a vite été détrompée. Ce n'est donc pas une érotomane. C'est cependant une érotique, car elle sait parfaitement, elle, qu'elle aime ou mieux désire le médecin. Ai-je besoin de vous dire que ce qui va suivre est le fruit de l'imagination de la malade ; si j'avais le moindre doute je n'en parlerais pas.

Un jour elle se précipite sur lui. Le médecin se défend sans énergie : laissez-moi travailler, puis se laisse faire une douce violence. Après quoi, on sollicite un baiser, qu'il dépose froidement sur les joues de la malade, et... touche le prix de sa consultation.

Ces agressions amoureuses se reproduisent à chaque consultation, avec même froideur passive du médecin qui n'oublie pas de toucher ses honoraires. Une seule fois, nous dit-elle avec un soupir, pour Noël 1934, il s'est montré actif.

Ces scènes se seraient répétées à intervalles espacés de 1932 à 1934. A ce moment, le praticien agacé par les insistances de la malade, ses visites et téléphonages répétés se montre de plus en plus froid. Elle le voit moins, elle en souffre. Pendant quelques jours, elle a l'impression de communiquer avec lui par la pensée, puis tout change. Elle est triste, découragée, dégoûtée de la vie, sentant tout transformé en elle et autour d'elle. Elle a l'impression que tout cela est dû à un fluide qui émane du médecin.

Il y a peu de jours, elle se sent contrainte de marcher au pas militaire. Son attitude surprend les agents qui l'interrogent ; elle leur paraît étrange, ils la conduisent à l'Infirmerie spéciale qui nous l'envoie avec le diagnostic de psychose d'influence.

Je vous la montre rapidement, elle paraît passablement impressionnée par la présentation, nous n'en tirons que des réponses sans intérêt.

Comment interpréter ce cas ? En apparence psychose d'influence, mais nous savons qu'en 1914 et 1920, cette

malade a fait de la dépression psychique. Nous sommes tentés de porter aujourd'hui le même diagnostic, la malade y ajoutant une interprétation des phénomènes morbides rapportés à l'action du médecin. Peut-être la courte période de transmission de pensée a-t-elle été une crise hypomaniaque.

Démence précoce

Le temps me manque pour exposer ces deux malades. Je veux simplement vous résumer leurs observations qui ont l'intérêt pratique suivant.

En présence des troubles mentaux des jeunes filles, les familles mettent souvent en avant une déception amoureuse et seraient portées à proposer le mariage pour arranger les choses. Sachez que le plus souvent l'aventure amoureuse n'est que la première manifestation du mal. La jeune fille n'est pas malade parce qu'amoureuse, mais amoureuse parce que malade.

Obs. VIII. — Mlle P., 30 ans, est dans le service depuis deux ans bientôt. C'est actuellement une démente précoce typique : stéréotypies d'attitudes, impulsions, éclats de rire, mutisme, etc. Tout cela a commencé il y a 2 ans et 1/2 par un épisode érotomaniaque.

Il y a 5 ans, elle rencontre à un cours de danse un jeune homme auquel elle ne prête pas attention. Trois ans plus tard, elle croit le reconnaître avec une femme. Conviction qu'il était amoureux d'elle, regret de n'avoir pas été plus accueillante, désespoir, regrets de ne pas être mariée, déclare qu'elle a des organes génitaux anormaux empêchant le mariage, présence d'un jeune homme qu'elle sent auprès d'elle ; fluide, odeurs, craintes d'être enceinte, etc...

Obs. IX. — Une jeune fille de 25 ans, sténo-dactylo, travaillait encore il y a quinze jours et était absolument normale. Son patron s'embarque pour l'Amérique. Désespoir.

« On ne m'enlèvera pas de l'esprit que mon patron est mort. Il est parti au moment où il m'aimait. Il a eu beaucoup de peine, il m'aurait épousée malgré la différence de rang. J'ai compris qu'il n'aimait pas les sous-entendus, il ne m'a jamais rien dit. Il était jaloux quand quelqu'un était auprès de moi. Je trouve formidable qu'il puisse m'aimer. J'ai été imprudente, je n'aurais pas dû laisser aller les choses. Il était parfait. J'aurais pu devenir sa maîtresse d'un seul mot. Quand il m'a quittée l'autre jour je n'en pouvais plus. Je ne pouvais cependant pas lui faire de déclaration ».

Puis : « C'est très curieux, je n'y comprend plus rien ; je serai sans doute toujours hallucinée. Est-ce que je suis folle ? Jamais je n'ai vu un cas comme cela. Pourquoi vois-je tout le temps passer des lumières ? Pourquoi l'eau de mon bain est-elle devenue verte ? C'est un état maladif, un vrai supplice. Pourquoi est-ce que je cause trop à tout le monde ».

Elle paraît anxieuse et me demande : « Est-ce que je ferai du mal à mes parents ? »

Conclusions

Si les deux premières malades, la première surtout, réalisent la formule de Clérambault, rien de semblable pour les autres puisque nous trouvons 2 processives, 2 psychoses d'influence, une périodique, deux démentes précoces, la seconde douteuse d'ailleurs.

En face de l'*érotomanie* de Clérambault rare dans sa pureté, il y a donc place pour de très fréquents symptômes érotomaniaques.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LES LAITS CALCIQUES EN MÉDECINE INFANTILE (1)

par M. L. Babonneix,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

L'addition à chaud, à un litre de lait complet ou écrémé, de 5 grammes de lactate calcique, précipite la plus grande partie de la caséine et transforme l'autre en une masse facilement digestible, parce que finement divisée (Moll, 1923). De plus, le sel est décomposé dans l'estomac, d'où formation d'acide lactique, dont on connaît l'action antidiarrhéique.

Pour mettre en pratique cette découverte, Moll et Stranski recommandaient l'usage de tablettes de lactate calcique, qu'il suffisait d'ajouter au lait bouillant ; on obtenait ainsi un produit de couleur verdâtre, de goût amer (Calcia-Milch), pauvre, non seulement en caséine (1 à 6 g. par litre), mais en beurre, et ne pouvant, par suite, être donné que pour une période assez courte. Contenant 3 p. 100 de farine, il pouvait être donné, soit pur, soit dédoublé, soit associé au lait d'amande.

A ce produit, M. Ed. Lesné et Mlle G. Dreyfus-Sée ont substitué un lait calcique obtenu de la manière suivante :

Technique. — Dans un litre de lait bouillant, verser un paquet de lactate de calcium de 3 grammes et retirer immédiatement du feu. Laisser en contact 30 secondes, puis passer rapidement sur un grand tamis fin.

Le petit-lait ainsi obtenu est donné pur et sucré, tout le temps nécessaire. Il est préférable, au début, de le préparer avec du lait écrémé. Quand on veut revenir au régime normal, on peut, soit réintroduire progressivement le lait dans l'alimentation, en coupant les biberons de lait calcique d'un tiers, puis des deux tiers de lait, soit alterner les biberons de lait modifié et de lait sec ou condensé. Il renferme 17 à 18 g. de caséine par litre. C'est dire qu'il a la même teneur en caséine que le lait de femme, cette substance étant, par rapport aux albumines solubles, dans le rapport de 4 à 2, comme pour le lait humain.

On trouve aujourd'hui, dans le commerce, un lait sec calcique, qui doit être additionné d'eau sucrée à 5 p. 100 au moment de l'emploi et qui, ainsi préparé, possède les mêmes propriétés que le lait calcique imaginé par M. Ed. Lesné et par Mlle G. Dreyfus-Sée. D'un goût agréable, il n'est que peu acide : son pH est voisin de 5,5 environ. Il peut être associé au lait de vache ou incorporé à une bouillie. Sa composition, d'après la firme qui le fabrique, est la suivante :

Beurre	20 g.	par litre
Lactose	46 à 60 — —	—
Caséine	16 à 18 — —	—
Cendres	7 à 7,50 —	—
Saccharose	50 — —	—

Sa valeur calorique est de 685 calories.

On ne manquera pas d'ajouter au régime du jus de citron ou d'orange.

Avantages. — 1° Le lait calcique *est un lait normal.* — Le traitement qu'il a subi lui a laissé une valeur alimentaire suffisante pour permettre la croissance régulière d'un nourrisson bien portant. Si on s'est servi, pour l'obtenir de lait complet, il contient une quantité de beurre, de caséine et de sels correspondant aux besoins de l'organisme

(1) Ed. Lesné et Mlle G. Dreyfus-Sée. L'utilisation d'une nouvelle préparation lactée dans les troubles nutritifs du nourrisson (lait calcique). *Société de Pédiatrie*, 11 juillet 1933, p. 347-351. *Le Concours médical*, 13 mai 1934 et *XXIIe Congrès international d'hygiène*, Paris, octobre 1935.

infantile. Utilisable de façon transitoire comme lait de régime, son emploi peut être maintenu pendant des mois, sans aucun risque de carence.

2° *Son goût n'est pas modifié.* — Il sera donc facilement accepté par des anorexiques ou des vomisseurs de tous âges, refusant d'absorber des préparations à saveur acide ou trop différentes de l'aliment lacté habituel.

3° *Sa préparation peut être confiée aisément* à toutes les mères de famille ; en partant du lait commercial ordinaire, le prix de revient est sensiblement moins élevé que celui de tous les produits diététiques similaires.

Indications (1). — I. — Chez l'enfant sain, il assure une croissance régulière, même quand il est continué plusieurs mois de suite.

II. — Chez l'enfant malade, ses indications sont les suivantes : a)) *Intolérance lactée.* — Le lait calcique est « facilement accepté et bien assimilé par les enfants qui tolèrent mal le lait de vache normal, le lait condensé ou le lait sec. » (Ed. Lesné et G. Dreyfus-Sée).

b) *Diarrhée des nourrissons.*

c) *Etats de débilité et d'hypothrepsie.* — Dans les formes graves, ces mêmes auteurs ont donné, toutes les fois que la chose était possible, du lait de femme pour commencer, le remplaçant par le lait calcique dès que la courbe de poids commençait à se redresser. Ce lait ne réussit pas moins lorsque, remis au lait de vache, l'enfant recommence à maigrir. Est-il administré d'emblée, « il provoque une reprise de poids chez les débiles avec troubles digestifs variables entraînant une croissance depuis longtemps déficitaire ».

d) *Vomissements fréquents.* — Le même lait leur « a paru remarquablement bien digéré ».

e) *Diarrhées*, à la période de transition. Il y est mieux toléré que le babeurre, que les enfants vomissent souvent.

f) *Anorexies*, au sujet desquelles on peut faire la même observation.

g) *Eczéma séborrhéique*, à condition que le produit soit préparé avec du lait écrémé.

Ces effets favorables semblent dus à divers facteurs, dont les principaux sont :

1° Pauvreté en caséine et en graisse ; richesse en sels minéraux ;

2° Assimilation facile ;

3° Influence sur la flore microbienne intestinale, que le lait calcique transforme, pour la rapprocher de celle qu'on observe chez les enfants élevés au sein.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1937)

MM. Léon BINET et P.-J. VIALA rappellent les résultats des nouvelles recherches expérimentales effectuées sur des chiens anesthésiés et montrent l'innocuité des injections intra-veineuses de la solution chlorurée sodique quand on opère avec la solution à 10 p. 100 et quand l'injection est effectuée lentement.

M. ROBINEAU insiste sur le fait qu'on ne peut se baser sur un seul examen pour apprécier l'état de la chlorémie d'un sujet et sur l'inefficacité habituelle des lavements salés hypertoniques.

M. KUSS déconseille l'emploi des solutions hypertoniques par voie rectale.

M. BOURDENKO (Moscou) : **Sur la bulbotomie.** — L'auteur précise la technique de la section du faisceau de von Monakov utilisée comme traitement de la maladie de Parkinson. Il a fait 18 fois cette intervention et a constaté une amélioration importante de tous les opérés. Présentation d'un film.

M. DESPLAS rapporte une observation de **péritonite encapsulante.** Un homme présentait des crises de subocclusion ; un examen radiographique préopératoire montrait des niveaux liquides intraintestinaux ; à l'intervention, une longue portion d'intestin grêle (près de 3 m. 50) était enfermée dans un véritable sac qui adhérait aux organes pelviens. Suites opératoires excellentes. Le résultat se maintient depuis plus de deux ans.

M. DESPLAS rapporte deux observations de résection sous-périostée du tibia pour **ostéomyélite.** Dans la première, faite chez un adulte, la reconstitution a nécessité neuf interventions successives pour obtenir la formation d'un nouveau tibia. Chez le deuxième malade, qui était un enfant, la reconstitution du tibia s'est effectuée comme habituellement, en quelques mois.

M. SORREL insiste sur la qualité des résultats obtenus par la résection sous-périostée chez l'enfant. On n'observe pas, sur les os reconstitués, de manifestations d'ostéomyélite chronique prolongée.

M. LEVEUF estime qu'on ne peut comparer ostéomyélite de guerre et ostéomyélite aiguë de l'enfant au point de vue des conditions de régénération de l'os.

MM. QUÉNU et PRUVOST ont utilisé l'injection transpariétale du lipiodol pour explorer les grands **abcès du poumon** avant et après intervention. L'avantage de cette technique est de fournir des images particulièrement nettes et précises de l'abcès qu'on injecte. Quelques centimètres cubes de lipiodol suffisent, à condition que l'on fasse varier la position du malade. De plus, après l'opération, le lipiodol, injecté par le drain, permet de surveiller la régression de la cavité et de choisir le bon moment pour supprimer le drain.

Les auteurs montrent les radiographies de trois malades chez lesquels cette technique a été employée.

M. BAUMGARTNER considère que pour localiser un abcès superficiel, des radiographies de face et de profil simple suffisent. Dans les abcès profonds, où la localisation est difficile, Baumgartner considère que la méthode pourrait être dangereuse, car on ignore à ce moment l'état de la plèvre.

M. Robert MONOD estime que l'injection transpariétale fait courir le double danger d'inoculation de la plèvre (si elle est libre) et d'inoculation de la paroi. L'injection par la trachée permet actuellement de localiser avec suffisamment de précision les petits abcès profonds.

M. QUÉNU fait remarquer que la technique qu'il propose ne doit pas être appliquée à tous les cas d'abcès du poumon. En revanche, pour les abcès superficiels, la méthode permet une localisation extrêmement précise, ce qui évite toute erreur lors de l'intervention.

LIVRES NOUVEAUX

Néphrophathies et Néphrites. Leçons cliniques (1934-1936). 2e série, par le docteur F. RATHERY, professeur de clinique thérapeutique médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié, membre de l'Académie de médecine (1).

Il y a trois ans, le professeur Rathery réunissait dans un premier ouvrage, une série de « Leçons cliniques » consacrées aux Néphropathies et aux Néphrites ; ce premier volume fut particulièrement bien accueilli, aussi le professeur Rathery vient-il de réunir à nouveau dans un second volume les leçons sur ces mêmes sujets faites depuis la parution du précédent ouvrage.

L'exposition de ces leçons est toujours aussi claire, em-

(1) Cf. la thèse de Mme HERZLICH, née KAPLAN, Paris, 1936.

(1) 1937. Un volume gr. in-8° de 356 pages, aves 30 figures. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille. Prix : 60 fr.

preinte de ce caractère de simplicité qui caractérise l'enseignement du professeur Rathery.

Contribution à l'étude des spasmes vasculaires. Symposium publié sous la direction de MM. Maurice VILLARET et L. JUSTIN-BESANÇON (1).

Ce livre a rassemblé les collaborations les plus diverses en leur spécialité. Ses chapitres sont signés des noms de MM. P. Bardin, M. Bariéty, R. Boucomont, R. Boulin, R. Cachera, A. Clerc, X.-J. Contiadès, R. Couvelaire, P.-N. Deschamps, H. Desoile, R. Fauvert, C. Franck, A. Gosset, R. Granpierre, R. Grégoire, M. Guédé, L. Justin-Besançon, M. Labbé, R. Leibovici, A. Lemaire, M. Loeper, J. Mallarmé, L. Merklen, M. Mouquin, M. Racine, H. Reboul, D. Santenoise, A. Sézary, S. de Sèze, Mme Schiff-Wertheimer, M. Vidacovitch, M. Villaret et Vital-Lassance.

Tour à tour sont envisagés les spames vasculaires périphériques et splanchniques. En ce qui concerne les vaisseaux des membres, on trouve des exposés précis sur les artérites juvéniles, diabétiques, séniles ; sur le syndrome de Raynaud et les acro-asphyxies ; sur les esters de la choline ; sur l'angiographie.

Dans le domaine des vaisseaux splanchniques, ce sont successivement les spasmes des vaisseaux coronariens, mésentériques, hépatiques, pulmonaires, cérébraux, rétiniens, rénaux qui retiennent l'attention des auteurs. On y trouve encore des chapitres consacrés aux artérites syphilitiques et aux traitements médicaux et hydrominéraux des spasmes vasculaires.

Au total, ce livre constitue, sous une forme concise, la plus récente et la plus complète contribution à l'étude des spasmes vasculaires.

L. G.

(1) Un volume illustré de 268 pages. Prix : 20 fr. L'Expansion Scientifique Française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e).

D'Arsonval. Soixante-cinq ans à travers la science, par le docteur Louis CHAUVOIS (1).

Notre confrère Chauvois rappelle, au cours de sa magistrale étude sur le Maître d'Arsonval, un mot que l'on prête à Léon XIII.

Alors que des cardinaux lui exprimaient le vœu de le voir devenir centenaire, le pape aurait répondu : « Pourquoi limiter à cent ans la bonté du Seigneur ? » Ce mot pourrait s'appliquer à d'Arsonval, dont toutes les étapes de la vie ont été marquées par d'étonnantes découvertes. N'est-il pas de ceux que l'on voudrait voir dépasser l'âge fatidique, puisque chaque année lui permet de faire plus de bien à notre pauvre humanité.

Le volume que Chauvois vient de consacrer à d'Arsonval est une œuvre considérable certes, puisque tous les travaux du maître y sont passés en revue depuis le temps lointain où il était préparateur de Claude Bernard, jusqu'à l'époque de sa retraite. Mais c'est de plus une œuvre très attachante, car Chauvois s'est fait l'historiographe de la vie si simple et si digne de l'illustre savant. Il nous fait vivre dans son intimité. Il nous montre d'Arsonval partagé entre son attachement pour la terre natale et son amour pour la science. Il nous montre ce travailleur si pondéré, ne reculant devant aucun progrès et prêt à toutes les initiatives les plus hardies.

Aussi chaque page du livre est-elle une grande leçon de sagesse. La vie calme et laborieuse de d'Arsonval est un exemple qu'il est bon et réconfortant de méditer dans les temps incertains que nous vivons.

En écrivant ce volume magnifique et émouvant sur l'un des plus grands savants de France, notre confrère Chauvois a fait plus qu'un bon livre, il a fait une bonne action.

F. L. S.

(1) Un volume gr. in-8°, avec 150 gravures. Editions J. Olivon, 65, avenue de La Bourdonnais, Paris 1937.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES PARAPLÉGIES (1)

2° L'existence de réflexes de défense, d'intensité variable du reste.

La P. L. met en évidence :

La dissociation albumino-cytologique et quelquefois le syndrome de *Fovin* (xantochromie, coagulation massive).

La manœuvre de Stookey révèle le blocage partiel ou total.

L'examen radio-lipiodolé ascendant et descendant extériorise l'obstacle et ses limites supérieure et inférieure.

L'existence d'un signe de compression médullaire pose trois problèmes de très inégale fréquence.

1. La compression Pottique la + habituelle.
2. La compression par cancer vertébral.
3. La compression par tumeurs intra-rachidiennes.

A. — *La paraplégie pottique.* — Est parfois d'une découverte aisée : on sait que la compression médullaire débutante doit être systématiquement recherchée chez un pottique.

C'est le cas pour l'enfant.

Mais chez l'adulte, la paraplégie est fréquemment la complication révélatrice d'un Pott encore ignoré.

Caractères de la paraplégie pottique :

— Début assez souvent par le stade flasco-spasmodique.
— Automatisme médullaire modéré.
— T. sensitifs à limite supérieure floue et variable.
— T. sphinctériens constants.

Signes d'ostéo-arthrite vertébrale :

Recherche d'une rigidité segmentaire,
Recherche d'une saillie (épineuse),
Recherche d'un point douloureux,
Recherche d'un abcès froid.

Radio du rachis face et profil :

Elle montre l'atteinte concomitante d'un disque et de deux vertèbres — au minimum — avec :

— Aplatissement en coin antérieur du corps.
— Diminution ou disparition du disque.
— Décalcification étendue.

Il arrive du reste que les images soient assez différentes de cet aspect classique.

Lorsque le diagnostic est ainsi établi, la ponction lombaire est formellement contre-indiquée.

Pronostic. — On sait (Sorrel-Déjerine), que le pronostic des paraplégies pottiques varie avec leur date d'apparition et leur allure évolutive.

a) *Les formes précoces* (1re année), généralement en relation avec un *abcès*, réalisent un tableau complet, mais guérissent au prix de séquelles minimes. A moins que le malade ne succombe aux accidents infectieux consécutifs aux escharres.

b) *Les formes tardives*, à symptomatologie inachevée, en relation avec la *pachyméningite*, ne marquent aucune tendance à rétrocéder et transforment le patient en un infirme voué aux accidents du décubitus prolongé.

B. — *La paraplégie du K. vertébral* entre en discussion quand la métastase rachidienne complique un rachis primitif méconnu (Sein. Prostate thyroïde).

Caractères de la paraplégie du cancer vertébral.

— Souvent flasco-spasmodique.
— Remarquablement douloureuse, tout au long de son évolution.

La Radio fonde le diagnostic :

— Effondrement en coin ou en galette d'une vertèbre, avec intégrité des disques.
— Parfois image de condensation : v. d'Ivoire.
— Parfois image auréolaire.

C. *La P. S. par tumeur intra-rachidienne* représente, dans le cadre des compressions, un diagnostic d'élimination. Mais un diagnostic capital en raison de la sanction chirurgicale applicable à ces tumeurs, pour la plupart de nature bénigne.

Caractères de la P. S. :

1. La P. S. en extension, débute assez souvent par un syndrome de Brown-Séquard.
2. Les troubles de la sensibilité objective ont une limite supérieure nette et fixe.

L'examen du rachis est négatif.

3. Les R. de défense sont nets.

La manœuvre de Stookey décèle un *blocage total.*

L'examen radio-lipiodolé ascendant et descendant précise les limites de la tumeur et permet de préjuger de son siège extra ou intra-duremérien.

— *Extra-D.* : limites écartées.
— *Intra-D.* : limites proches. Arrêt en dôme.

Le diagnostic de tumeur porté, il importe de préciser son *siège exact.*

A. *Topographique.*

a. Le siège antérieur, postérieur ou latéral se détermine par la prédominance de certains signes neurologiques.

b. La hauteur de la tumeur et son étendue s'apprécient :

1. *Par la clinique.* — Etude des signes lésionnels. Etude de la limite des troubles sensitifs : Limite supérieure de la lésion. — Etude de la limite des R. de défense : Limite inférieure. Etude du R. pilo-moteur (A. Thomas).

2. *Par le radio-lipiodol* sur l'intérêt duquel nous ne revenons pas.

A côté des tumeurs extra-médullaires, on citera seulement les *tumeurs intra-médullaires* exceptionnelles. Elles donneraient lieu à une dissociation thermo-analgésique et peuvent déterminer une contracture rachidienne trompeuse.

D. — Paraplégies S. par compression d'autre origine. — On mentionnera seulement :

— La maladie de Hodgking.
— Certains kystes de méningite séreuse circonscrite.
— La maladie de Recklinghausen, avec signes étagés.
— Les arachnoïdites.
— Les spondylites : traumatiques : Kummel-Verneuil ; infectieuses : Eberth-Gono.

II. LA MYÉLITE Σ D'ERB réalise une P. S. qui s'oppose typiquement à la P. S. par compression.

Son installation est précédée d'une phase prodromique assez étendue que retrouve l'interrogatoire.

Phase prodromique : 3 ordres de manifestations :

1. Sensitives : la *céphalée* rebelle et les *vagues* rachialgies.
2. Motrices : la *claudication intermittente* médullaire.
3. Génito-urinaires : impuissance. *Besoins impérieux d'uriner.*

Le malade a pu déjà consulter pour ces troubles sans que le syndrome pyramidal fruste ait été mis à jour.

(*A suivre.*) HENRI CHEVALIER.

(1) Suite. — Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1937, n° 80, p. 1270 ; n° 82, p. 1302.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 85. — SAMEDI 23 OCTOBRE 1937. 110e ANNÉE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accord... la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de médecine d'Alger. — M. Grégoire, chef de travaux à la Faculté des Sciences de Rennes, est chargé des fonctions d'agrégé de chimie générale pharmaceutique et toxicologie à la Faculté d'Alger.

Ecole de médecine de Besançon. — Mlle Girault, prof. agrégé sc. nat., est chargée provisoirement et jusqu'à la désignation d'un titulaire, de la suppléance des sciences naturelles (rempl. M. Vechot).

Ecole de médecine de Poitiers. — M. Jaulain, docteur en médecine, est institué pour neuf ans professeur suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale.

Muséum national d'histoire naturelle. — La chaire d'anatomie comparée des végétaux vivants et fossiles est déclarée vacante au Muséum national d'histoire naturelle.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Par décret en date du 7 octobre 1937, rendu sur la proposition du ministre de l'Education nationale, M. Roussy, recteur de l'Académie de Paris, est nommé, à compter de la date du présent décret, membre du Conseil supérieur de l'instruction publique, jusqu'à l'expiration des pouvoirs de cette assemblée, en remplacement de M. Charléty, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — M. le docteur Georges Brouardel, membre de l'Académie de médecine et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, conseiller sanitaire technique, a été nommé vice-président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement de M. le professeur Pouchet, démissionnaire et nommé président honoraire.

Ministère de l'Education nationale. — Le *Journal officiel* du 15 octobre 1937 publie un décret portant *création d'une médaille de la recherche scientifique*, destinée à récompenser des recherches désintéressées de science pure : mathématiques, physique, chimie, biologie, sciences humaines. Les recherches de médecine expérimentale et des inventions très importantes pourront aussi être récompensées.

Ces médailles comporteront une prime : médaille de bronze : 12.250 fr. ; médaille d'argent : 24.500 fr. ; médaille d'or : 49.000 fr. ; médaille d'honneur avec grand prix : 100.000 fr. ; médaille d'honneur avec premier grand prix : 250.000 fr.

Le nombre des médailles décernées chaque année ne pourra dépasser les limites suivantes :

Une médaille d'honneur avec premier grand prix, une médaille d'honneur sans allocation (étranger) ; trois médailles d'honneur avec grand prix, dont une, en principe, aux sciences humaines ; neuf médailles d'or, dix-huit médailles d'argent, seize médailles de bronze.

Diverses dispositions concernent l'attribution d'une allocation d'honneur à des chercheurs âgés d'au moins 70 ans ayant reçu les prix Nobel, Osiris, ou Albert de Monaco, ou la médaille de la Recherche scientifique.

Enfin sont arrêtées les modalités de présentation et de désignation des candidats.

Ministère de la Santé publique. — Le *Journal officiel* du 15 octobre publie *des avis de concours :* 1° pour le recrutement des inspecteurs départementaux d'hygiène et des directeurs des bureaux d'hygiène (villes de plus de 100.000 habitants et assimilés) ;

2° Pour le recrutement d'inspecteurs départementaux adjoints d'hygiène ou assimilés.

— Le *Journal officiel* du 19 octobre 1937 publie page 11.772 : un avis de concours pour les postes de médecins directeurs des sanatoriums publics ;

— Un avis de concours pour les postes de médecins adjoints des sanatoriums publics ;

— Un avis de vacance d'un poste de médecin chef d'hôpital psychiatrique d'aliénés.

(*Voir la suite des Informations p. 1348.*)

CHRONIQUE

L'HOMMAGE A M. SIREDEY

Les anciens élèves, les collègues et les amis de M. Armand Siredey, ancien président de l'Académie de médecine, se sont réunis dimanche dernier, à l'hôpital Saint-Antoine, où M. Siredey fut chef de service pendant vingt-trois ans, pour lui offrir un volume en hommage d'affection et de bien respectueuse admiration.

La réunion eut lieu dans l'amphithéâtre Hayem. Une assistance extrêmement nombreuse se pressait sur les gradins et dans l'hémicycle, assistance aussi très recueillie, cette réunion qui aurait dû être joyeuse étant attristée par le deuil cruel qui frappa M. Siredey et ses enfants il y a quelques semaines.

M. Antoine Béclère présidait. A sa droite M. Siredey, puis Mme Albert Mathieu, veuve du maître si regretté, le professeur Mocquot, le professeur Loeper, Mme Eyraud-Dechaux ; à sa gauche M. Comby, le professeur J.-L. Faure, MM. Ed. Michon et Brocq. En face M. Martel, président de l'Académie de médecine, les professeurs Achard, Hartmann et Bezançon ; MM. les médecins généraux inspecteurs Vincent, Sieur, Rouvillois, Sacquépée, Lemoine, Lasnet ; Mmes Marcel Labbé, Lermoyez, le professeur et Mme Chevassu, M. et Mme Georges Brouardel, les professeurs Pouchet, Marfan, Nobécourt, Lereboullet, Carnot, Crouzon, Grégoire, MM. Lenoir, Hudelo, Sainton, J. Jolly, G. Labey, Weinberg, Mme Sorrel-Déjerine, Mlle Suzanne Lévy, MM. Pagniez, F. Moutier, Darras, René Albert Mathieu, Lévy-Valensi, Douay, Godlewski, Doin.

A droite, dans l'hémicycle, la famille de M. Siredey, M. et Mme François Boucher et leurs enfants, M. et Mme Gilles Cardin.

Le professeur Loeper, au nom des médecins de Saint-Antoine, accueille dans son service le Maître qui se consacra si longtemps aux malades du faubourg Saint-Antoine et qui fut l'un des fondateurs de la Société des Amis de Saint-Antoine, œuvre d'assistance qui accompagne les malades à leur sortie de l'hôpital.

Puis Mme Eyraud-Dechaux, l'inspiratrice de la réunion, parle au nom des anciens internes de M. Siredey. Le professeur Jean-Louis Faure, chirurgien et gynécologue, dit son admiration pour le maître de la gynécologie médicale. M. Brocq, que tant de liens d'amitié unissent à M. Siredey, traduit les sentiments de tous : « On vous aime pour le bien que vous faites autour de vous. Vos gestes de charité médicale font partie de votre vie ; que de fois, dans les familles médicales, n'a-t-on pas bénéficié de vos avis, de vos conseils et de votre bonté, et ce sont les pauvres qui en ont surtout bénéficié... Vous êtes le chef incontesté de la gynécologie médicale française, vous êtes l'arbitre des gynécologues et des obstétriciens.

M. Edouard Michon parle ensuite au nom du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, dans lequel M. Siredey continue la grande tradition des Championnière.

M. le professeur Pierre Mocquot apporte l'hommage de la Société d'obstétrique et de gynécologie.

M. Loubers, représentant M. Mourier, exprime la reconnaissance de l'administration de l'Assistance publique.

M. Béclère, qu'une amitié de 64 ans unit à M. Siredey, rappelle le souvenir de son oncle François Siredey, médecin des hôpitaux de Paris, puis il retrace la carrière du médecin dont la noble vie est un magnifique exemple de travail et de dévouement, de bonté et de charité. « Tu es un grand médecin et un grand honnête homme », lui dit-il en terminant. Et M. Béclère, grand savant dévoué jusqu'au sacrifice, est un homme qui a le droit de parler ainsi.

Mme Eyraud-Dechaux remet alors à M. Siredey le volume que lui offrent ses amis. Ce livre, édité avec un grand luxe par M. Doin, contient des œuvres choisies de M. Siredey. Il est orné d'un magnifique portrait dû à Mme Bonnet-Walther, fille du regretté maître. La reliure artistique est de Mlle Antoinette Béclère.

M. Siredey, très ému par tout ce qu'il venait d'entendre, s'excusa de ne répondre que très brièvement : « Je suis déconcerté, dit-il ; on a dit trop de bien de moi. Je me suis rendu compte que chacun me découvrait comme il aurait voulu me voir... » Il remercia ses élèves, ses amis, les orateurs et, suivant son expression, fit un tour d'horizon. Sans s'aider de la moindre note, il retraça en quelques minutes l'évolution de la médecine pendant les 64 ans de sa vie professionnelle. Ce fut très court, merveilleusement ordonné et dit avec la simplicité qui n'est pas le moindre charme du Maître que nous aimons et que nous respectons tous.

F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

Jeune docteur cherche remplacement Paris, banlieue ou province. S'adresser au journal.

Ministère de la Santé publique. — Les industriels désireux d'assurer la fourniture des produits antsyphilitiques aux dispensaires dépendant du ministère de la Santé publique, sont priés d'adresser leur demande à M. le ministre de la Santé publique, rue de Tilsitt (Service de prophylaxie des maladies vénériennes) et d'envoyer des échantillons aux laboratoires de contrôle de l'Académie de médecine, 25, boulevard Saint-Jacques, à Paris (14e). Ces formalités devront être effectuées *avant le 15 novembre* 1937.

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL° PASTEUR, PARIS (XVe)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS



DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

les 2 médicaments cardiaques essentiels

REVUE GENERALE

LE 4e VENTRICULE (1)

Anatomie — Physiologie — Physiopathologie

PAR

M. Maurice LECONTE et Mme Suzanne LECONTE
interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine
interne des hôpitaux de Paris

PHYSIOLOGIE

La Physiologie du quatrième ventricule intéresse avant tout l'étude du liquide céphalo-rachidien et aussi celle de fonctions végétatives très importantes dont les centres siègent au niveau de son plancher. Par ses parois le quatrième ventricule constitue un réservoir liquidien faisant partie du département central qu'il est classique d'opposer au département périphérique. Par ses orifices il joue un rôle dans la circulation du liquide céphalo-rachidien.

Par sa voûte et les plexus choroïdes qu'elle contient il contribue enfin à la formation du liquide céphalo-rachidien.

Quatrième ventricule et physiologie du liquide céphalo-rachidien

1° *Réservoir de liquide céphalo-rachidien.*

La cavité du quatrième ventricule est un très petit réservoir de liquide céphalo-rachidien. Nous n'insisterons pas sur les caractères physiques, chimiques, cytologiques bien connus de ce liquide.

2° *Rôle dans l'hydraulique du liquide céphalo-rachidien.*

Le quatrième ventricule par les trous de Luschka et de Magendie fait communiquer les deux départements liquidiens. Ces orifices lui font donc jouer un rôle particulièrement important dans l'équilibre hydraulique.

Certains auteurs ont voulu nier la perméabilité de la communication de ces deux départements. Cependant les examens anatomiques précis, la méthode des injections colorées sur le cadavre de Marc Sée, celles plus modernes des encéphalographies prouvent surabondamment la valeur de cette conception.

Rappelons que pour Von Monakow le liquide céphalo-rachidien, né dans les ventricules, n'en fait pas issue par ces orifices imperforés, mais au contraire s'infiltre à travers les fentes que présente l'épendyme, pénètre dans la substance nerveuse et va circuler dans les espaces péri-cellulaires intimement au contact des éléments nerveux et névrogliques. C'est après les avoir baignés qu'il parvient alors à la périphérie dans les espaces sous-arachnoïdiens.

3° *Le quatrième ventricule, source de liquide céphalo-rachidien.*

Le liquide céphalo-rachidien présente, on le sait, une double origine : plexuelle, d'une part, et c'est la plus importante ; extra-plexuelle, d'autre part ; source secondaire, qui est épendymaire, pie-mérienne et vasculaire pour certains auteurs.

Par ses plexus choroïdes et par son revêtement épendymaire le quatrième ventricule joue incontestablement un rôle dans la production du L.C.R., au même titre que les autres ventricules.

Nous envisagerons successivement ces deux origines :

Sécrétion ventriculaire plexuelle.

Ce rôle des plexus choroïdes est mis en évidence par un très grand nombre d'arguments dont nous rapporterons les principaux :

A. *Arguments expérimentaux. — Oblitérations expérimentales.* — Ces faits sont tirés pour la plupart de cas d'hydrocéphalie expérimentale par oblitération de l'aqueduc de Sylvius. L'étude de l'hydraulique du liquide céphalo-rachidien a été particulièrement poursuivie en France par J. A. Sicard, Cathelin, Cl. Vincent et de Martel, Claude, etc.

Plusieurs procédés sont possibles pour réaliser l'oblitération de l'aqueduc de Sylvius. Mais on a souvent passé expérimentalement chez l'animal par le 4e ventricule pour provoquer cette oblitération. La connaissance des rapports du toit du 4e ventricule est donc d'un grand intérêt en physiologie expérimentale soit comme voie d'abord sur les centres du plancher, soit pour l'exécution du sondage du IIIe ventricule ou, comme ici, pour l'obturation de l'aqueduc de Sylvius. *Dandy* et *Klackfan* ont réalisé cette oblitération chez le chien à l'aide d'un tampon de coton gélatiné. *Bize*, dans le laboratoire de chirurgie expérimentale du professeur Gosset, a exécuté des expériences analogues chez le chien. Il a indiqué dans sa thèse la voie d'abord du toit du 4e ventricule ainsi que la technique qui comporte plusieurs temps.

L'oblitération de l'aqueduc de Sylvius produit une hydrocéphalie des ventricules latéraux et du 3e ventricule.

Un certain nombre d'auteurs (Thomas, Weed, Wislocki et Putnam) ont pu encore provoquer des *hydrocéphalies expérimentales par formation d'adhérences oblitérant les trous de Luschka* en provoquant une méningite sévère par l'injection de produits tels que : aleuronate de soude, noir animal, dans la grande citerne.

L'injection de certaines substances les excitant (Cappelleti, Sichard) ont prouvé également le rôle des plexus.

B. *Arguments anatomiques.* — Ils sont tirés des cas d'hydrocéphalie congénitale par imperforation des trous de Luschka et de Magendie. Nous les reverrons à la partie physio-pathologique de notre travail.

C. *Arguments histologiques.* — Nous avons déjà indiqué la structure histologique des plexus choroïdes. En faveur de ce rôle producteur de liquide céphalo-rachidien plaident les travaux de *Schlapfer*, de *Francini* et d'autres qui ont décrit l'existence de globoblastes et de gouttelettes.

Jacobi a également par capillaroscopie signalé la formation de ces gouttelettes. *Grynfelt* et *Euzière*, qui pensent que l'épithélium choroïdien est sécréteur, esti-

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 83, du 16 octobre, p. 1309.

ment que la multiplicité des aspects varie avec le moment de la phase fonctionnelle où sont observées les cellules. Pour eux existent des granulations sécrétoires groupées en colonnes radiées au pôle basal qui se transforment en chondrioconles, chondriomites, mitochondries, puis enfin vésicules devenant de véritables gouttelettes de L.C.R.

Y. Bertrand et *Bize* ont également étudié l'appareil granuleux mitrochondrial par photogramme à l'infra rouge.

D. *Arguments histo-physiologiques.* — Un certain nombre d'auteurs, notamment *Klackfan*, *Cavazzani*, *Cappelleti*, *Knigsburg*, *Petit* et *Girard*, ont étudié l'action de la pilocarpine sur la cellule des plexus choroïdes. Il y a augmentation du cytoplasme, élargissement de la chromatine du noyau, épaississement du système mitochondrial.

Sécrétion ventriculaire épendymaire. — *Galeotti*, *Milian* affirment ce rôle de l'épendyme. *Grynfelt* et *Euzière* ont décelé des images mitochondriales et l'existence de vacuoles au sein des cellules épendymaires.

Certains auteurs reconnaissent cette production de liquide épendymaire, mais pour eux la composition de ce liquide différerait de celle du L.C.R. Quoi qu'il en soit cette sécrétion est minime.

4° *Le 4e ventricule a-t-il un rôle dans la résorption du liquide céphalo-rachidien ?*

Cette résorption, surtout veineuse et qui se fait au niveau des villosités arachnoïdiennes, au niveau des tubercules de Pacchioni, au niveau des gaines lymphatiques des nerfs cérébro-spinaux, quoique à un très faible degré, ne pourrait se faire qu'au niveau de l'épendyme et au niveau des plexus choroïdes.

Klesdatt, *Haskenasi*, *Foly*, *Cornil*, *Girard*, *Hassin*, *Forbetwolff* ont même accordé ce rôle aux plexus choroïdes exclusivement. *Quincke*, *Navagas*, *Wislocki* et *Putnam* par des contre-expériences ont démontré qu'il n'en était pas ainsi : quant à la théorie de la résorption épendymaire, il s'agit d'une théorie semblant avoir vécu. Il est donc permis de conclure que le 4e ventricule ne joue aucun rôle dans la résorption qui constitue une des phases de la circulation de ce liquide, à laquelle il ne prend pas part.

Physiologie du plancher du 4e ventricule

Elle comporte, d'une part : l'étude physiologique des différents noyaux que nous avons vus à la partie anatomique, d'autre part l'étude de centres que la physiologie a permis de mettre en évidence. En ce qui concerne l'étude des noyaux sous-jacents du plancher ventriculaire, leur excitation ou leur destruction est souvent réalisée en clinique.

Nous verrons à la physiopathologie les syndromes nucléaires que leur lésion entraîne.

Nous traiterons maintenant de la physiologie des différents centres, que l'expérimentation a permis de rattacher au plancher ventriculaire, sans perdre de vue que la plupart de ces centres à fonction végétative paraissent subordonnés à d'autres centres végétatifs supérieurs situés au niveau du plancher du 3e ventricule. La plupart appartiennent au triangle bulbaire. C'est par eux que le bulbe aura un contrôle important sur la régulation des grandes fonctions vitales, telles que la respiration, la circulation, l'équilibre vasomoteur et thermique, la sécrétion, la déglutition, la digestion, le métabolisme des hydrates de carbone et de l'eau.

D'autres *sont des centres réflexes* que nous rappellerons en second lieu :

I. *Grands centres végétatifs.*

Nous verrons successivement :

— Les centres respiratoires ;
— Les centres cardiaques ;
— Les centres vaso-moteurs et les centres génitaux ;
— Les centres de l'appareil digestif ;
— Les centres thermiques ;
— Les centres sécrétoires ;
— Les centres du métabolisme.

1. *Le centre respiratoire.* — Sa localisation a été décrite différemment selon les auteurs. Galien en avait mentionné l'existence. Legallois (1822) le décrivait ainsi : un endroit assez circonscrit de la moelle allongée, lequel est situé à une petite distance du trou occipital, et vers l'origine des nerfs de la VIIIe paire (qui à l'époque comprenait les IXe, Xe et XIe paires). Flourens (1842) qui l'appelait le nœud vital le situait dans le V formé à l'angle inférieur du 4e ventricule. Schiff et Girard le situent dans l'aile grise. Des auteurs modernes (Marinesco, Bechterew) le situent un peu plus en avant dans la substance réticulo-bulbaire. Expérimentalement par destruction bilatérale ou unilatérale de cette région, par son refroidissement, par son anesthésie, par section longitudinale du bulbe, il est démontré qu'il existe deux centres respiratoires. Ces centres sont donc : pairs, symétriques. Chacun est double, formé par un centre inspiratoire et expiratoire. Enfin ils sont autonomes. La section longitudinale du bulbe supprimant en effet le synchronisme des deux hémithorax lorsqu'on excite le bout central du vague. Ces centres sont encore automoteurs ainsi qu'en témoignent les expériences de Foa, de Hayman et Leydon, etc. L'hormone qui active le centre respiratoire est le CO^2. Il est sensible à des stimuli divers qui sont : nerveux par les fibres sensitives des vagues ; mécaniques (loi de Hering-Breuer) ; chimiques. Le cerveau exerce encore à l'état permanent une influence sur ce centre et les émotions ont également une influence dans des sens divers. La réaction courante est la tachypnée émotive. Jean Camus et Neepper ont basé leurs procédés d'exploration de l'émotivité des candidats pilotes-aviateurs sur l'existence de cette influence.

2. Les *centres cardiaques.* — L'excitation galvanique du plancher du 4e ventricule peut modifier ou inhiber l'automatisme cardiaque. Ces centres cardiaques au nombre de 2 appartiennent aux noyaux du X, en dehors et au-dessus des centres respiratoires.

a) Centre modérateur cardiaque. — Ce centre modérateur cardiaque a été découvert en 1845 par les frères Weber dans une communication qu'ils firent à des savants italiens et où ils affirmaient que « l'excitation galvano-magnétique de la partie du cerveau d'où

partent les vagues ou le vague lui-même, met le cœur dans un état de relâchement, ralentit le rythme de ses mouvements et même l'arrête ». Le professeur Binet, le docteur Garrelon dans leur enseignement à la Faculté de Paris ont rappelé combien la zone qu'occupe ce centre avait été controversée. Pour Eckard il serait localisé dans le calamus scriptorius, à sa partie inférieure ; pour Schrader il répondrait à un point interne entre les racines des deux vagues ; pour A. Quentin il est double et localisé à deux régions restreintes du plancher du IVe ventricule situées de part et d'autre du raphé médian.

Ce centre est un frein permanent de l'activité cardiaque et est sensible aux excitations : chimiques (bradycardie dans l'asphyxie) ; physiques (bradycardies dans les tumeurs cérébrales) ; psychiques (bradycardies émotives) ; périphériques (réflexe pnéocardiaque de H. Roger).

Il contracte des associations fonctionnelles avec d'autres centres : réflexe oculo-cardiaque témoignant de son association avec le trijumeau, tachycardie inspiratoire du chien témoignant de son association avec le centre respiratoire.

Il est sensible à des poisons divers ou à des toxines (bradycardies infectieuses).

b) *Centre accélérateur cardiaque.* — Des expériences ont prouvé son existence. Il est sensible à l'anémie brusque et à l'élévation de température. Une excitation des fibres du X, après paralysie par l'atropine, des fibres modératrices, met en évidence l'existence de fibres accélératrices.

3. *Centres vasomoteurs.* — Ils paraissent être au nombre de deux :

Le *centre vaso-constricteur* existe à côté des centres médullaires. On le prouve en pratiquant une *excitation électrique entre les stries acoustiques* et le calamus de chaque côté de la ligne médiane ; on obtient une vaso-constriction : la cocaïnisation l'inhibe et entraîne l'hypotension.

L'expérimentation montre que ce centre est un centre principal l'emportant sur ceux de la moelle.

Centre vaso-dilatateur. — De faibles excitations unipolaires de chaque côté de la ligne médiane l'ont mis en évidence.

4. *Centre génital bulbaire.* — Il existe deux centres séparés.

a) *Centre de l'érection.*

Il serait situé dans une zone occupant l'angle supérieur du calamus scriptorius, au voisinage des noyaux du X.

b) Le *centre de l'éjaculation.* — Par excitation de la même région ainsi que de la région plus proche de la ligne médiane on a produit l'éjaculation.

5. *Centre de la déglutition.* — Il appartient aux noyaux des IXe, Xe et XIIe paires craniennes et intéresse ainsi le plancher du 4e ventricule.

6. *Centre de la digestion.* — Pour la même raison les noyaux du vague commandant les mouvements du tractus gastro-intestinal.

7. *Centres régulateurs thermiques.* — Ils sont niés par nombre d'auteurs, les effets thermiques des lésions bulbaires pouvant s'expliquer par les altérations des centres vasculaire, cardiaque, sudoral, respiratoire.

Chez l'animal deux centres interviennent dans la régulation thermique :

— Le centre du frisson ;

— Le centre de la polypnée décrit chez le chien par le professeur Richet et qui paraît bien être distinct du centre respiratoire comme l'ont montré Langlois et Garrelon.

On démontre ce fait par cocaïnisation du plancher. La cocaïnisation faible entraîne l'arrêt du fonctionnement du centre polypnéique, tandis que le centre respiratoire continue son action.

8. *Centres sécrétoires.*

Le *centre sudoral* pour la tête, qui se trouverait dans le plancher bulbaire du IVe ventricule.

Les *centres salivaires*, pour la sécrétion parotidienne, sous-maxillaire et sublinguale par les deux noyaux salivaires inférieur et salivaire supérieur. Le noyau salivaire inférieur appartient au plancher bulbaire. Ses fibres sortent du tronc du glosso-pharyngien par le rameau de sa cloison pour gagner le ganglion otique, puis la parotide.

Le noyau salivaire supérieur est destiné aux glandes sous-maxillaires et sublinguales. Ses fibres sortent avec le nerf de Wrisberg et vont constituer le nerf tympanico-lingual. Nous n'insisterons pas sur sa physiologie bien connue depuis les travaux de Ludwig et Claude Bernard.

Le centre sécrétoire lacrymal. — Il appartient à la portion protubérantielle. Ses fibres appartiennent au facial.

Sécrétion biliaire et pancréatique. — Les fibres glandulaires effectrices du pneumo-gastrique contiennent, pour certains, la sécrétion biliaire et pancréatique.

9. *Centres du métabolisme.* — Une question aussi vaste ne peut être traitée ici, d'autant plus qu'elle n'appartient pas strictement au plancher bulbaire, les centres du plancher du 3e ventricule intervenant pour une part importante, qu'il s'agisse du métabolisme des protides, des albuminoïdes, des chlorures ou du sucre. En ce qui concerne la fonction glycogénique, on ne peut laisser dans l'ombre l'expérience de Claude Bernard en ce qui concerne le métabolisme du glucose.

Centre de la glycosurie et du plancher ventriculaire. — Claude Bernard a produit une glycosurie et une polyurie passagères par piqûre du plancher entre les noyaux du VIII et du X. Il obtint des résultats variables selon le niveau de la piqûre. Cette glycosurie est d'origine hépatique (hyperglycogénie). Sans l'intégrité du foie on ne peut l'observer. Cette glycosurie est précoce et prolongée, caractère qui l'oppose à la glycosurie tubérienne que J. Camus, A. Legrand ont signalé. Existe-t-il ici un centre glycogénétique ou ne s'agit-il que de l'effet d'altérations vasomotrices ? Ce sont là des questions qui partagent encore les auteurs.

II. *Centres réflexes.* — Leur importance est grande en clinique. La plupart sont des centres de protection. Ils résultent des associations fonctionnelles des divers noyaux bulbaires et protubérantiels.

On en peut citer un certain nombre appartenant au plancher bulbaire.

Les réflexes de l'appareil digestif.

— Centre de la succion dont Brown-Séquard a montré l'existence chez le nouveau-né.

— Centre de la mastication.

— Centre du vomissement. Ce centre est physiologiquement absolument distinct du centre respiratoire. Il siégerait sur la ligne médiane dépassant en haut et en bas l'extrémité inférieure du calamus.

Citons encore les centres réflexes :

— D'éternuement, tussigène, lacrymal, auditif et *réflexe auditivo-oculogyre.*

La physiologie des bords et de la partie du toit du 4e ventricule que n'occupe pas la toile choroïdienne comporterait encore l'étude des pédoncules cérébelleux et du cervelet lui-même. On ne peut dans une question déjà aussi étendue envisager ce point que nous délaissons intentionnellement. Cependant nous verrons à la physiopathologie, qu'au cours des tumeurs du 4e ventricule on pourra observer des syndromes cérébelleux dus à l'atteinte de ces organes.

PHYSIOPATHOLOGIE

Nous étudierons successivement :

Les *hydrocéphalies.*

La *ventriculographie.*

Les *syndromes nucléaires.*

Les *tumeurs du 4e ventricule.*

I. Les hydrocéphalies.

D'après *Bize*, auquel on doit un important travail sur les hydrocéphalies, l'oblitération du 4e ventricule est avec celle de l'aqueduc de Sylvius, le siège le plus fréquent des oblitérations ventriculaires. Elles relèvent de deux mécanismes :

— Soit oblitération directe intra-ventriculaire par tumeur du 4e ventricule ;

— Soit oblitération indirecte extra-ventriculaire par compression au cours de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. Le 4e ventricule est alors très modifié, réduit à l'état d'une fente sagittale et refoulé du côté opposé. Les 3 cas observés par Bize relevaient d'un gliome du vermis, d'un épendynome, d'un médullo-blastome. Il existe alors parfois dans ces formes une dilatation, non seulement des ventricules latéraux et du 3e ventricule, mais aussi de l'aqueduc de Sylvius.

On peut observer encore des oblitérations des orifices de Magendie et de Luschka. Elles sont caractérisées anatomiquement par l'oblitération de ces orifices et par la dilatation de tout le système ventriculaire : ventricules latéraux, 3e ventricule, 4e ventricule, d'où le nom qui est donné à ces *formes d'hydrocéphalie destructive totale* ou *holo-ventriculaire.*

Elles relèvent de malformations congénitales, ou d'oblitérations inflammatoires ou néoplasiques, mais celles-ci sont en général le résultat d'une propagation des tumeurs du 4e ventricule ou du vermis.

II. La ventriculographie et le 4e ventricule.

Les travaux de Dandy, Jungling et Peiper, Neuberger, Cl. Vincent, Cossa ont contribué avec beaucoup d'autres auteurs à mettre au point les techniques encéphalographiques. Une véritable anatomie radiographique du système ventriculaire s'est ainsi constituée. Et l'on connaît bien actuellement l'image ventriculaire radiographique des ventricules latéraux. Mais on ne parle jamais de celle du 4e ventricule parce qu'elle est impossible en clinique à obtenir. En effet on ne pourrait atteindre ce résultat que par des injections massives. En outre, normalement, la capacité du 4e ventricule est trop réduite pour qu'il soit possible que le volume d'air obtenu se présente sous un volume radiologiquement décelable.

III. Les syndromes nucléaires. — Nous serons extrêmement brefs. Ils sont dus à l'altération pathologique des noyaux du plancher ventriculaire. Ils peuvent se rencontrer au cours de maladies infectieuses, d'hémorragies, de tumeurs. Ils peuvent se voir isolément ou accompagner des syndromes plus étendus où la calotte bulbaire est atteinte.

a) Grand hypoglosse. — Son atteinte est rarement isolée. Sa lésion entraîne une hémi-paralysie et une hémi-atrophie. Fonctionnellement on observe des troubles de la parole, de la déglutition, de la mastication. Au repos la langue est en croissant tourné du côté sain.

b) Moteur oculaire externe. — On note une paralysie de l'abduction avec strabisme interne du côté lésé.

c) Glosso-pharyngien. — Outre la paralysie du constricteur du pharynx (phénomène du rideau), on note des troubles sensoriels : abolition du goût dans le tiers postérieur de la langue.

d) Noyau du V masticateur. — Paralysie complète des muscles masticateurs du côté intéressé.

e) Noyau de Deiters. Syndrome de Bonnier. — Vertiges (par ses connexions labyrinthiques) ; — bourdonnement, surdité (connexion du VIII) ; — dérobement des jambes (connexions cérébelleuses. — Paralysie du VI. Nystagmus. — Troubles pupillaires (connexions vestibulo-oculogyres). — Etat anxieux. Vomissements (connexion du IX et du X).

f) Noyau du spinal. — Paralysie de sa branche interne. Atteinte de la corde vocale inférieure et du voile du palais.

g) Noyau du X. — Troubles végétatifs entraînant la perturbation d'une des grandes fonctions que nous avons étudiées.

IV. Tumeurs du 4e ventricule. — Les tumeurs du 4e ventricule ont particulièrement attiré l'attention d'un grand nombre d'auteurs. Les noms de Cushing, Bailey et Davis, Marburg, Von Bogaert et P. Martin, J. Lereboullet, Barré sont à citer en premier lieu. L'intérêt de la question s'est trouvé accru devant les possibilités actuelles de la neuro-chirurgie. Lereboullet en a rapporté, en 1932, 436 observations dont 20 d'inédites. Ce sont des tumeurs de l'enfant et de l'adolescent. Plus de la moitié concernent en effet des sujets âgés de moins de 20 ans.

Elles sont annoncées le plus souvent par un syndrome d'hypertension intra-cranienne où la céphalée est très intense et les vomissements par irritation du centre bulbaire sont fréquents. Ils sont de grande valeur localisatrice lorsqu'ils surviennent isolément au début. La stase papillaire s'observe également, mais l'un ou

l'autre de ces symptômes peut manquer. D'autres fois il s'agit de phénomènes vertigineux, cérébelleux, psychiques, d'attitudes antalgiques de la tête.

On peut observer au cours de l'évolution des tumeurs du 4e ventricule deux sortes de crises :

1. Les *crises toniques* ou *cerebellars fits de Jackson* (ou tétanos like seizures). Elles sont fréquentes : ce sont des attaques toniques sans spasmes cloniques, sans inconscience. Tout le corps se raidit en hypertension, la tête se penche en arrière, l'avant-bras se fléchit sur les bras, les jambes se mettent en hypertension. L'aspect est plus celui d'une crise tétanique qu'épileptique. Fait important et de grande valeur localisatrice, ces crises sont accompagnées fréquemment de phénomènes bulbaires, notamment de troubles de la respiration et du pouls. Elles durent 2 à 3 minutes.

2. Les *crises bulbo-cervicales* ou du *plancher bulbaire* sur lesquelles Barré a tout particulièrement insisté. En voici les caractères différentiels d'après cet auteur :

Pas d'hypertonie ; pas de céphalée. La durée est plus longue que celle des précédentes (une demi-heure et non quelques minutes). La crise est précédée de hoquet, de défécation, de frissonnement. Elle est accompagnée de sensation vertigineuse, de latéro-pulsion, de dérobement des jambes, phénomène fréquent quand le faisceau vestibulo-spinal paraît intéressé. Enfin de grands troubles impressionnants qu'explique ce que nous savons de la physiologie du 4e ventricule :

— La cessation momentanée de la respiration ; — la lividité ; — les sueurs ; — la déglutition impossible ; — la parole inintelligible.

La théorie cérébelleuse par laquelle on explique les crises toniques précédentes ne saurait cadrer dans ces cas où le vermis est respecté. Aussi faut-il admettre qu'il s'agit ici d'une perturbation dans la fonction des divers noyaux du plancher bulbaire tels que le IX, le X, le XI et le XII.

On peut encore observer au cours des tumeurs des troubles cérébello-vestibulaires, sensitifs et réflexes ; les troubles moteurs étant exceptionnels. Les paralysies des nerfs craniens sont en général tardives. La paralysie du VI particulièrement fréquente est souvent intermittente, car elle peut être due à la simple hypertension. On peut encore observer une paralysie du V (abolition du cornéen) qui n'a de valeur que si elle est unilatérale.

Une compression directe du genou du facial peut entraîner une parésie de celui-ci. La VIIIe paire peut également être atteinte (hypoacousie ou bourdonnements).

Les troubles du pouls et de la respiration sont de très mauvais pronostic. Les formes histologiques les plus fréquentes sont les *médulloblastomes*. Plus rarement on observe des épendynomes ou des astrocytomes qui sont des tumeurs bénignes ayant leur caractère propre. On peut encore observer : des papillomes, tumeurs de l'adulte, des tumeurs vasculaires, parasitaires ou exceptionnellement des cholestéatomes, des kystes dermoïdes, des tuberculomes. Les formes anatomiques peuvent être ramenées à 5 types que Barré a bien individualisés. Ce sont :

— Une *forme générale* qui donne lieu au syndrome global et intéresse les éléments nerveux du toit, du plancher et des angles ;

— Une forme vermienne évoluant surtout en arrière et en haut et comprimant le vermis cérébelleux ;

— Une forme de l'angle latéral (ou recessus latéral de Lereboullet), simple ou double ;

— Une forme de l'angle supérieur, avec vertiges spontanés précoces, mais transitoires ; absence de vertiges provoqués ; titubation, dérobement des jambes ; vomissements ;

— Une forme de l'angle inférieur où s'observent les crises précédemment décrites. Ces trois dernières formes, qu'on peut opposer aux précédentes, intéressent surtout la partie correspondante du plancher du 4e ventricule.

BIBLIOGRAPHIE

BARRÉ. Tumeurs du 4e ventricule. *Encéphale*, mai 1934.

BARRÉ. Importance des manifestations vestibulaires et du syndrome du plancher dans un nouveau cas de tumeur du IVe ventricule. *Revue Neurologique*, t. I, 1931.

BECHTEREW. Les fonctions bulbo-médullaires. Doin, édit., 1909.

BIZE. L'hydrocéphalie ventriculaire. Maloine, 1931.

F. CATHELIN. La circulation du liquide céphalo-rachidien. Baillière, édit.

F. CATHELIN. Où en est la doctrine de la circulation du liquide céphalo-rachidien ?

CLAUDE et LÉVI-VALENSI. Maladies du cervelet et de l'isthme de l'encéphale, *in Traité de Gilbert et Carnot*. Baillière, édit., 1922.

P. COSSA. Précis d'anatomie du système nerveux central. Amédée Legrand, éd., 1931.

P. COSSA. Physiopathologie du système nerveux. Du mécanisme au diagnostic. Masson, édit., 1936.

GILIS. Anatomie élémentaire des centres nerveux et du sympathique. Masson, édit., 1932.

HILLEMAND et HAMBURGER. Généralités sur les ramollissements et la vascularisation de l'axe encéphalique. *La Science Médicale pratique*, 15-V-35.

G. HOUTSAEGER. Les nerfs craniens, 1932. Baillière, édit.

J. LEREBOULLET. Les tumeurs du IVe ventricule. *Thèse Paris*, 1932. Baillière, édit.

J. LEREBOULLET. Les tumeurs du 4e ventricule. *La Science médicale pratique*, 1-V-33.

P. MASQUIN et J. O. TRELLES. Le liquide céphalo-rachidien. (Etude anatomique et physiologique.) *Gazette des Hôpitaux*, 19 nov. 1932.

P. MASQUIN et J. O. TRELLES. Précis d'anatomo-physiologie normale et pathologique du système nerveux central. Doin, édit., 1936.

P. MARTIN. Les tumeurs du IVe ventricule. *Journal Belge de Neurol. et de Psychiatrie*, n° 5, 1930.

POIRIER. Précis d'anatomie.

RIMBAUD. Précis de Neurologie. Doin, édit.

ROUVIÈRE. Anatomie humaine descriptive et topographique. Masson, édit.

TESTUT et LATARJET. Traité d'Anatomie Humaine, tome 2, fasc. II. Système nerveux central. Doin, édit., 1929.

VAN BOGAERT et Paul MARTIN. Les tumeurs du 4e ventricule et le syndrome cérébelleux de la ligne médiane. *Revue Neurologique*, 1928, tome II.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 OCTOBRE 1937)

Influence de la vitamine B sur l'activité de l'acétylcholine. — MM. Bruno MINZ et René AGID.

Immunité croisée entre la fièvre boutonneuse et la fièvre pourprée des Montagnes-Rocheuses. Vaccination du cobaye contre ces deux maladies par un virus vivant bilié de fièvre boutonneuse. — MM. Georges BLANC et Marcel BALTHAZARD.

La laine du mouton ostéomalacique. — M. René SALGUES montre que l'ostéomalacie du mouton se traduit dans les races à laine, en n'envisageant que le produit de la tonte, par un déficit pondéral atteignant en moyenne 56,4 p. 100. La déminéralisation de la laine, d'autre part, porte exclusivement sur le phosphore.

Prémunition du lapin contre l'épithéliome expérimental de Brown-Pearce. — M. Henri EMERY.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1937)

Notice. — M. RIBADEAU-DUMAS donne lecture d'une notice nécrologique sur M. H.-L. de Beco (de Liége), correspondant étranger, depuis 1933, dans la première division (médecine et spécialités médicales).

Les régimes alimentaires et la fonction rénale chez le nourrisson. — M. L. RIBADEAU-DUMAS, Mme SEGUIER et Mlle MIGNON. L'examen de la fonction rénale chez le nourrisson au sein donne des résultats remarquablement constants : la diurèse est élevée, le chiffre de l'urée sanguine varie de 0,15 à 0,20, et l'excrétion uréique de 2 à 4 grammes.

Tout autre régime, entraînant la prise de protéines hétérogènes, détermine un trouble de la fonction urinaire, caractérisé par une élévation de l'azotémie, de l'excrétion uréique urinaire et des variations de la diurèse, diminution ou exagération. Le rein est soumis à un travail exagéré qui se traduit par une bonne ou une mauvaise concentration uréique. Dans ce dernier cas, l'analyse révèle une fragilité du rein qui interviendra comme élément de fâcheux pronostic au moment où se manifesteront les maladies du nourrisson.

L'état sanitaire actuel des huîtres et autres coquillages. — MM. J. CASTAIGNE, ANDRIEU et A. CASTAIGNE ont repris l'étude sanitaire des huîtres et des coquillages. Ils se demandent d'abord quelle est la valeur du certificat de salubrité qui doit être produit au moment de la vente des *huîtres*. Il est trop facile, en effet, pour les marchands peu scrupuleux, de faire passer ce certificat d'un lot d'huîtres saines à un lot douteux. Lorsque l'on choisit du vin, on se préoccupe de l'origine de ce vin et de la réputation du marchand. On devrait faire de même pour les huîtres, et les acheter seulement chez des marchands connus qui peuvent en garantir l'origine.

M. Castaigne divise les huîtres en trois catégories :

1° Les huîtres nettement saines avec certificat et de provenance connue. Elles peuvent être consommées sans crainte.

2° Le tout venant avec certificat, qui commande la prudence.

3° Les huîtres dépourvues de certificat. Elles doivent être éliminées.

En ce qui concerne les *coquillages*, on peut les consommer lorsqu'on les recueille soi-même loin des lieux habités. Les coquillages achetés dans les villes doivent être considérés comme dangereux.

M. TANON est d'accord avec M. Castaigne ; il estime que nous devons nous méfier de la plupart des huîtres et notamment de celles des marchands forains, qui introduisent sur les marchés des huîtres avec faux certificats.

Un projet de décret, approuvé par les ostréiculteurs, est à l'étude ; il empêchera la fraude.

A Paris, on trouve un peu partout des huîtres saines. La surveillance est, en effet, active et efficace.

Pour conclure, M. Castaigne fait remarquer que des intérêts considérables sont en jeu, ils pourraient empêcher peut-être l'apparition du décret en question. Il est donc nécessaire que l'Académie agisse avec beaucoup de fermeté.

Le mécanisme de l'action antibactérienne des ondes électriques courtes et ultra-courtes. — MM. A. BESSEMANS et A. VAN MEIRHAEGHE (de Gand) ont étudié, par voie comparative, l'action des ondes électriques courtes et ultra-courtes, ainsi que celle de la simple chaleur, sur la résistance vitale, la mobilité et le pouvoir chromogène de « *B. prodigiosus* » et « *B. pyocyaneus* ». Ils ont observé que les ondes sont capables d'altérer et de détruire ces propriétés ; mais que, si l'effet calorique est contrecarré par un courant d'eau froide de telle façon que la température des cultures ne dépasse pas 37°, on a beau prolonger et intensifier les irradiations, les résultats précités ne se produisent plus. Tout se passe donc comme si l'influence bactéricide relevait uniquement d'un mécanisme thermogène. (Note présentée par M. H. Vincent.)

LA DÉFENSE PASSIVE A PARIS

Un nouveau poste de secours pour gazés vient d'être organisé à la mairie du 19e arrondissement, en face du Parc des Buttes-Chaumont. L'installation en a été reçue la semaine dernière par la sous-commission sanitaire de la Préfecture de police.

Sous la conduite de M. Perrier, secrétaire général de la défense passive, la visite du nouveau poste a été effectuée par M. le professeur Tanon, MM. Pillut, président ; François, secrétaire général de la sous-commission, et M. Contencin, secrétaire général de la défense passive à la Préfecture de la Seine. M. le médecin inspecteur Sieur, les médecins colonels Cot et Anglade, le pharmacien colonel Bruère, ainsi que plusieurs membres de la sous-commission, assistaient à la visite.

Le nouveau poste est situé dans les sous-sols de la mairie. D'un accès facile, il renferme cent lits parfaitement aménagés.

L'organisation est actuellement complète. L'installation d'air filtré et en ventilation forcée, suivant la conception de MM. Tanon et Bruère, l'équipement électrique autonome ont donné toute satisfaction. Il est à remarquer que la disposition des locaux a permis d'établir une séparation entre les salles destinées aux ypérités et celles réservées aux asphyxiés et aux blessés.

A un moment où le public — souvent incomplètement renseigné — se préoccupe à juste titre de cette question vitale, il était intéressant de signaler ce nouveau poste sanitaire qui vient s'ajouter aux 26 postes dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs (1).

Il faut rendre un hommage particulier aux deux hommes qui, aux côtés du professeur Tanon, ont réalisé depuis quelques mois un effort magnifique : M. Perrier, secrétaire général de la défense passive, et M. François, secrétaire général de la sous-commission sanitaire.

F. L. S.

(1) Voir *Gaz. Hôp.*, n° 74, 15 sept. 1937.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude du traitement de la gale par le benzoate de benzyle, par le docteur A. VELLIN. (Travail de la clinique dermatologique de Marseille.) (1).

Le docteur A. Vellin (de Marseille) qui a consacré sa thèse au traitement de la gale, apporte à l'appui de son étude 112 observations de malades traités uniquement par la méthode de Kissmeyer (application de lotion au benzoate de benzyle). Cette importation contribution qui vient s'ajouter aux travaux de cet auteur et du professeur Hame, du Val de Grâce, permet de considérer le benzoate de benzyle comme l'acaricide idéal. Efficacité égale, sinon supérieure à celle de la frotte, action très rapide, plus marquée que celle du baume du Pérou, prix de revient très faible, grande propreté d'application, tels sont les principaux avantages du benzoate de benzyle.

Mélangé à l'alcool et au savon (lotion antipsorique Spécia au benzoate de benzyle ou Ascabiol), son pouvoir de pénétration augmente et son utilisation est des plus commodes. Après un savonnage suivi d'un bain, on brosse le patient à l'aide d'un pinceau en soies de porc, imprégné de lotion antipsorique, en insistant sur les régions atteintes. Deux applications qu'on laisse sécher faites à quelques minutes d'intervalle, suffisent généralement à tuer tous les parasites. Il convient d'attendre une semaine la preuve d'une récidive avant de refaire le traitement. Sur 112 malades, 103 furent guéris en 24 heures et même en moins de temps. Le traitement est le moins irritant de tous ceux qui ont été utilisés jusqu'alors. Il est applicable à toutes les formes cliniques de la gale ; seules les pyodermites très prononcées exigent un traitement préalable.

Complètement dépourvu de toxicité, le traitement de la gale par le benzoate de benzyle est applicable chez les enfants les plus jeunes, les vieillards et les femmes enceintes. C'est la méthode de choix pour les sujets à peau délicate. Elle facilite grandement le traitement à domicile et réunit toutes les conditions voulues de propreté.

Le début de la sclérose en plaques (2), par M. E.-François DAINVILLE DE LA TOURNELLE.

Ce travail, fait dans le service de M. le professeur Guillain, est une mise au point complète de cette question si souvent obscure et encore assez malconnue des différents modes de début de la sclérose en plaques. En effet, il importe de différencier le début « réel » du début « apparent » de la maladie.

L'auteur s'appuie sur une statistique de 155 observations représentant un bilan de dix ans à la Clinique Charcot, et sur 20 cas personnels.

Dans une première partie, les différents modes de début sont étudiés d'après leur fréquence et leur importance. La sclérose en plaques y est envisagée comme une maladie infectieuse et probablement contagieuse. Quand on a, en effet, l'occasion d'assister au début réel dans les quinze premiers jours, il est bien rare qu'on ne puisse noter une élévation de la température. Puis l'auteur étudie les débuts par troubles moteurs, par troubles oculaires, par troubles sensitifs, le début céphalalgique, le début par troubles cochléaires et vestibulaires, les crises comitiales, le début par phénomènes infectieux prédominants, les modes de début exceptionnels, les formes aiguës galopantes, les formes abortives.

Dans une deuxième partie, la statistique de 155 cas et les observations personnelles viennent illustrer les descriptions précédentes. Un tableau récapitulatif donne le pourcentage de cas pour chaque mode de début.

Dans une troisième partie, l'auteur envisage les difficultés diagnostiques que l'on peut rencontrer, l'importance de l'examen neurologique complet et les examens de laboratoire.

La quatrième partie, enfin, traite des déductions thérapeutiques et des conseils à donner aux malades.

La conclusion de ce travail souligne l'importance du diagnostic précoce, car c'est au début qu'il faut tout mettre en œuvre pour essayer d'atténuer et peut-être — ce n'est encore qu'un espoir — d'enrayer cette redoutable affection.

(1) Imprimerie M. Leconte, 27, boulevard Louis Salvator, Marseille.

(2) *Thèse Paris* 1936, 240 pages, Les Editions Mazarines.

LIVRES NOUVEAUX

Urticaire et histamine, par MM. Noël FIESSINGER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Alfred GAJDOS, assistant à la Faculté de médecine de Paris (1).

Dans ce travail très documenté, les auteurs étudient le rôle de l'histamine dans la pathogénie des urticaires. Après une étude très approfondie de l'action cutanée de cette substance, Noël Fiessinger et Alfred Gajdos rapportent une série d'observations où l'urticaire récidivante, souvent rebelle à tout autre traitement, a été guérie par l'administration répétée de très petites doses d'histamine.

A ces observations cliniques s'attachent les chapitres consacrés à l'action pharmacodynamique de l'histamine et à son rôle dans les phénomènes anaphylactiques.

A la suite de ces études cliniques et biologiques, les auteurs détachent l'urticaire du syndrome anaphylactique et la considèrent, avec les autres maladies hyperergiques (asthme, migraine, etc.), comme la manifestation clinique d'une hyperergie histaminique acquise.

Ainsi, ce livre aborde un des problèmes les plus captivants de la médecine contemporaine, celui des substances intermédiaires. De même qu'en physiologie, il existe des transmetteurs chimiques, adrénaline et choline, dans les fonctions nerveuses du sympathique et du parasympathique, de même il existerait en pathologie des transmetteurs chimiques. Pour l'urticaire, dans la grande majorité des cas, l'histamine joue le rôle d'intermédiaire entre l'agent étiologique et l'organisme.

L'étude de MM. Noël Fiessinger et Alfred Gajdos apporte des idées nouvelles dans le domaine si passionnant des maladies allergiques. Partant d'un sujet restreint, ils s'attachent aux données les plus modernes de la physiologie, en font pour ainsi dire la synthèse clinique et aboutissent à des résultats thérapeutiques des plus intéressants.

(1) Un volume de 116 pages, avec 7 figures, 1937. Prix : 22 fr. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e.)

Maladie hypertensive et Syndromes d'hypertension, par A. DUMAS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux de Lyon (1).

Dans ce petit volume, l'auteur apporte un peu de clarté dans le lot compact des affections hypertensives. Il montre la place prépondérante qu'occupe la maladie hypertensive, au milieu des autres syndromes tensionnels. L'ouvrage est divisé en trois parties : hypertensions symptomatiques, syndromes hypertensifs et enfin hypertension chronique progressive ou maladie hypertensive.

L'élimination préalable des hypertensions symptomatiques et des syndromes hypertensifs permet à l'auteur de préciser mieux le caractère si spécial de la maladie hypertensive et de la différencier des autres états hypertensifs qui peuvent parfois la simuler. Elle est caractérisée cliniquement par ses trois phases successives d'évolution : phase solitaire, phase troublée, phase d'involution. Il importe essentiellement de la distinguer des autres états tensionnels dont l'évolution est régie par la maladie qui les commande. Comme l'auteur le dit dans l'introduction, « l'importance de cette distinction est très grande aussi bien au point de vue clinique que thérapeutique. Ce n'est pas parce que la maladie hypertensive manque encore d'une sanction pathogénique précise, ni parce qu'on ne lui a pas encore reconnu une formule humorale caractéristique et constante, qu'il faut lui refuser une individualité clinique dans le chapitre des maladies diathésiques ».

Grâce à ce petit ouvrage, la distinction entre l'hypertension essentielle et les hypertensions symptomatiques devient facile pour la plus grande commodité et du malade et de celui qui est appelé à le soigner.

Annuaire médical Palissier. Edition 1937-1938. Annuaire de la Région parisienne, 1 vol. in-8° de 488 pages : 20 fr. En vente dans les librairies médicales et chez l'éditeur, 14, rue Carpeaux, Paris. Marcadet 91-38. Chèques postaux 717. 90.

Nouvelle édition du Palissier, que nous ne saurions trop recommander à nos lecteurs.

On y trouve très à jour les listes des médecins avec leurs jours et heures, un classement des médecins par spécialités. Puis les pharmaciens et pharmaciens-spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et les vétérinaires.

A la suite de ces listes, le Tout-Paris médical par rues.

Puis les départements de la Seine, Seine-et-Marne et Seine-et-Oise, et les villes de Faculté.

Un répertoire alphabétique des spécialités pharmaceutiques et un cahier très détaillé des stations thermales et climatiques.

La partie administrative, très judicieusement établie, comprend, outre l'Académie de médecine et les Facultés, tous les Hôpitaux et Asiles publics et privés, avec les heures de consultations ainsi que les noms du personnel médical.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 20 octobre. — Jury : MM. Abrami, président ; Léon Binet, Robert Debré, Lelong. — M. LAPLANCHE. Abcès du poumon. — M. DENIS. Le traitement de la tuberculose en pratique de ville selon les méthodes d'André Jousset (ses résultats). — M. GUÉRIN. Contribution à l'étude de l'acidose salicylée. — M. PATOU. Atélectasie aiguë du poumon après phrénicectomie.

(1) Un volume de 136 pages. Prix : 22 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boul. Saint-Germain, Paris.

Jeudi 21 octobre. — Jury : MM. Bezançon, président ; Claude, Gougerot, Chevallier. — M. JAÏS. La moelle osseuse dans l'agranulocytose et les syndromes agranulocytaires. — M. HABERKORN. Sur la symphyse pleurale. — M. LORBER. Etude historique et contemporaine de l'armement antituberculeux dans les Basses-Pyrénées. — M. DE ROJAS. La kérato-conjonctivite phlycténulaire dans le cadre des stades de l'infection tuberculeuse. — M. BLICHER. Contribution à l'étude des arachnoïdites traumatiques cérébrales. — M. GRUNBERGER. Contribution à l'étude des réactions vaso-motrices au froid. — M. KOPEL. Le traitement des infections superficielles des membres par les bains de chlorhydrate de diaminométhylacridine.

Mardi 26 octobre. — Jury : MM. Bezançon, président ; Guillain, Loeper, Moliaret. — M. SCHEID. Etude sur le drainage des cavernes pulmonaires. — M. KOFFUS. Contribution à l'étude anatomo-clinique des complications nerveuses des endocardites malignes subaiguës et lentes type Osler.

Jeudi 28 octobre. — Jury : MM. Carnot, président ; Terrien, Tanon, Velter. — M. BOXAS. Contribution à l'étude des complications obstétricales de la maladie de Nicolas Favre. — M. ATLAN. Influence des conjonctivites aiguës sur le trachome. — Mlle MARÉCHAL. Etude de l'action de la folliculine dans le glaucome et essais de thérapeutique par l'hormone du corps jaune.

Thèse vétérinaire. — Mercredi 27 octobre. — Jury : MM. Gosset, président ; Coquot, Robin. — M. PESTOUT. Accidents du chien de chasse.

INFORMATIONS

(*Suite de la page 1338.*)

Guerre. — M. le médecin commandant Lassale, professeur agrégé du Val-de-Grâce, à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, est désigné pour accomplir un stage d'un an à l'Ecole supérieure de guerre.

Ministère des Pensions. — Liste d'aptitude établie dans les conditions prévues par les articles 7 et 8 de la loi du 12 août 1933.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE. — *Pour le poste de médecin de la maison d'arrêt de Draguignan :* M. le docteur Rougelot.

Pour le poste de médecin de la maison d'arrêt de Saint-Nazaire : M. le docteur Emery.

MINISTÈRE DES POSTES, TÉLÉGRAPHES ET TÉLÉPHONES. — *Pour deux postes de médecins de circonscription Paris et banlieue :* MM. les docteurs Rousselet, Laplanche, Hornus, Haton, Fillatrau.

Pour Strasbourg : médecin consultant des Postes, télégraphes et Téléphones : M. le docteur Lowenberg.

MINISTÈRE DE L'EDUCATION NATIONALE. — *Pour le poste de médecin consultant du lycée Louis-le-Grand :* MM. les docteurs Roudinesco, Haton, Robert André.

Pour le poste de médecin chef du lycée Michelet : MM. les docteurs Verdier, André, Cerf, Arqué, Albertin.

Pour le poste de médecin titulaire du lycée d'Aix : M. le docteur Lhoste.

Pour le poste de médecin adjoint du lycée d'Aix : M. le docteur Xardel.

Pour le poste de dentiste du lycée d'Aix : M. le docteur Vidal de Veyres.

Pour le poste de médecin du lycée Thiers, à Marseille : MM. les docteurs Louis Laplane, Garrigues, Platon, Kindler.

Pour le poste de médecin chef, lycée de Nice : M. le docteur Gurcel.

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », paru dans la *Presse Médicale*, du 13 février dernier, Henri Barth, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février dernier, le Dr Dani-Hervouet a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée**, expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Il est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Pr Binet et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple,** moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes* ; **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles.*

Pour le poste de médecin adjoint : MM. les docteurs Arqué, Calvi, Grisot.

Pour le poste de chirurgien consultant, lycée de Bordeaux : MM. les docteurs Chavannaz et Jeanneney.

Pour le poste de stomatologiste, lycée de Bordeaux : M. le docteur Guelain.

Pour le poste d'oto-rhino-laryngologiste, lycée de Bordeaux : MM. les docteurs Moreau (Noël), Michelet, M. le professeur Portmann.

Pour le poste d'ophtalmologiste, lycée de Bordeaux : M. le docteur Ginestous.

Pour le poste de médecin, lycée de Guéret : M. le docteur Dufour.

Pour le poste de médecin, lycée de Troyes : M. le docteur Destouches.

Pour le poste de médecin titulaire, lycée de Grenoble : M. le docteur Grandmaison.

Pour le poste de médecin adjoint, lycée de Grenoble : M. le docteur Eymard.

Pour le poste de médecin, lycée de Bar-le-Duc : MM. les docteurs Lorcin, Wagner.

Pour le poste de médecin, lycée de Niort : M. le docteur Saint-Paul.

Pour le poste de médecin, lycée d'Angers : M. le docteur Gouffon.

Pour le poste de médecin, lycée de Saint-Brieuc : M. le docteur Moy.

Pour le poste de dentiste, lycée de Cahors : MM. les docteurs Aillet, Andrieu.

Pour le poste de médecin, lycée de Montauban : M. le docteur Philip.

Pour le poste de médecin, lycée de la Rochelle : M. le docteur Gourgand.

Pour le poste de médecin, lycée de Tarbes : M. le docteur Verdoux.

Pour le poste de médecin du lycée Carnot, à Fontainebleau : M. le docteur Fruitier.

MINISTÈRE DES FINANCES. — *Pour médecins assermentés (administration centrale, 2 vacances)* : MM. les docteurs Michaux, Fillatrau, O'Followell, Noirclaude.

Sanatoriums Calmette à Villiers-sur-Marne (Aisne) et sanatoriums Emile-Roux à Arnières, près d'Evreux (Eure). — Un concours aura lieu le jeudi matin, 2 décembre, à 9 heures, à l'hôpital Laënnec (Service de la clinique de la tuberculose de M. le professeur Bezançon), en vue d'établir une liste d'aptitude de trois médecins aux fonctions de médecin des sanatoriums de la Renaissance-Sanitaire, valable pour l'année 1938.

Il comprendra une épreuve sur titres et une épreuve clinique.

Le traitement de début est fixé à 30.000 francs, avec augmentation progressive et divers avantages.

Les candidats doivent être âgés de moins de 40 ans au 31 décembre 1937, être de nationalité française et, s'ils sont naturalisés français, répondre aux conditions exigées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine.

Les demandes de candidature, accompagnées du dossier, sont reçues jusqu'au 30 novembre inclus, à la Renaissance Sanitaire, 23, rue du Renard, Paris.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e).

2e Congrès scientifique international de l'Alimentation. — Le 2e congrès scientifique international de l'Alimentation se tiendra à la Maison de la Chimie, 28, rue Saint-Dominique, Paris (7e), du 24 au 28 octobre, sous la présidence de M. André Mayer, professeur au Collège de France.

La séance d'ouverture sera présidée le lundi 25 octobre, à 10 heures, par M. le docteur H. Queuille, ministre des Travaux publics et président du Comité national de l'Alimentation.

Ce congrès groupera un très grand nombre de savants et praticiens étrangers et français. Ses travaux, conformément au programme ci-joint, porteront sur nombre de questions, dont l'importance ne saurait être contestée ; ils seront répartis en 6 sections :

Physiologie de l'alimentation. — Règles de l'alimentation normale. — L'alimentation dans les colonies. — L'enseignement et l'organisation sociale de l'hygiène alimentaire. — Les aliments. — Réception et contrôle des aliments.

Les discussions seront présidées par Mme L. Randoin, les docteurs Gilbert Dreyfus, Charles Richet, Burnet, Tanon et M. Legendre.

La soirée des Archives hospitalières. — Les *Archives hospitalières*, que dirige notre collègue Maurice Delort, ont offert la semaine dernière à leurs amis une soirée très élégante, au cours de laquelle alternèrent la danse et la musique.

Carlotta Zambelli et Albert Aveline avaient, avec le concours du corps de ballet de l'Opéra, réglé de délicieux divertissements. Maurice Martenot présenta un nouvel instrument d'ondes. Des œuvres de Froberger, Ravel, O. Messiaen, G. Samazeuilh furent exécutées.

Le prix Nobel de physique au centenaire de Galvani. — Les fêtes qui ont lieu, cette semaine, à Bologne pour le bicentenaire de Galvani sont l'occasion d'une réunion exceptionelle de savants illustres. On signale notamment l'arrivée de plusieurs lauréats du prix Nobel pour la physique.

Ce sont : MM. F. W. Aston, anglais, prix Nobel, 1922 ; Niels Bohr, danois, 1923 ; Manne Siegbahn, suédois, 1924 ; Richardson, anglais, 1928 ; le prince Louis de Broglie, français, 1929 ; Werner Heisenberg, allemand, et E. D. Adrian, anglais, 1932 ; Erwin Schrödinger, autrichien, 1933 ; Pierre Debye, allemand, 1936 ; Victor F. Hess, autrichien, 1936.

C'est probablement la première fois qu'on aura vu une réunion aussi brillante. Elle est digne de l'éclat que l'Italie a tenu à donner à la commémoration de l'immortel Galvani.

Syndicat des médecins de la Seine et des communes limitrophes. — « Le Syndicat des Médecins de la Seine exprime au professeur Roussy ses regrets de le voir quitter la Faculté de médecine et ses respectueuses félicitations pour son accession au poste élevé de Recteur de l'Université de Paris.

Ses membres, préoccupés du destin de la médecine, tant pour eux-mêmes que pour leurs successeurs, émettent le vœu que le Doyen qui sera élu par ses pairs ait, par sa pratique de la profession médicale, une connaissance approfondie des nécessités de son exercice et de sa défense contre les dangers qui la menacent actuellement. »

(*Communiqué.*)

Nécrologie. — Le docteur Coignet, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon.

— Le docteur Bertier, ancien interne des hôpitaux de Lyon, à Grasse (Alpes-Maritimes).

— Le docteur Pedro Chutro, de Buenos Ayres. Il dirigea à Paris, pendant la guerre, un très important service de chirurgie à l'hôpital du Lycée Buffon.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 86. — MERCREDI 27 OCTOBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

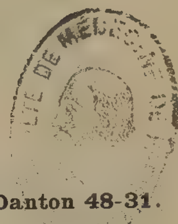
GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

AVIS

A partir du 1er novembre, les prix d'abonnement sont ainsi modifiés :

FRANCE : *un an,* 54 *francs ;* ETUDIANTS, 30 *francs.*

ETRANGER : *Pays ayant accepté la réduction de poste,* 78 *francs ; Autres pays,* 90 *francs.*

PRIX DU NUMÉRO : 60 *centimes.*

Prière d'ajouter, à toute demande de numéros isolés, 10 *centimes par exemplaire pour le port.*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de médecine de Paris. — *Bibliothèque.* — La bibliothèque de la Faculté de médecine est ouverte tous les jours (sauf les dimanches), de 13 h. 30 à 19 h. 15 et de 20 heures à 22 h. 15, du 1er octobre au 14 juillet ; de 14 heures à 18 heures du 15 au 28 juillet. Un service spécial de lecture et de prêt fonctionne pendant les vacances universitaires. (Consulter les affiches.)

Ont accès à la bibliothèque : 1° les membres du personnel enseignant ; 2° les étudiants en médecine régulièrement immatriculés (sur présentation de la carte de l'année) ; 3° les médecins français ; 4° les personnes autorisées par M. le Doyen (sur justification du paiement des droits de bibliothèque).

Facultés de médecine. — Le docteur Darras, rédacteur en chef de la *Vie médicale*, a réuni avec son exactitude habituelle les renseignements suivants, qu'il nous communique très aimablement.

Statistique des diplômes d'Etat de docteur en médecine :

Le nombre des diplômes d'Etat de docteur en médecine délivrés par les Facultés françaises pendant les dix dernières années scolaires est le suivant :

En 1927-1928 : 901.
En 1928-1929 : 965, soit 64 en plus.
En 1929-1930 : 1.052, soit 87 en plus.
En 1930-1931 : 1.120, soit 68 en plus.
En 1931-1932 : 1.123, soit 3 en plus.
En 1932-1933 : 1.293, soit 170 en plus.
En 1933-1934 : 1.464, soit 171 en plus.
En 1934-1935 : 1.579, soit 115 en plus.
En 1935-1936 : 1.495, *soit 84 en moins.*
En 1936-1937 : 1.545, soit 50 en plus.

Statistique des diplômes d'Université (mention médecine) :

Le nombre des diplômes d'Université (mention médecine) délivrés par les Facultés françaises pendant les dix dernières années scolaires, est le suivant :

1927-1928 : 96.
1928-1929 : 104, soit 8 en plus.
1929-1930 : 120, soit 16 en plus.
1930-1931 : 132, soit 12 en plus.
1931-1932 : 176, soit 44 en plus.
1932-1933 : 170, *soit 6 en moins.*
1933-1934 : 191, soit 21 en plus.
1934-1935 : 240, soit 49 en plus.
1935-1936 : 262, soit 22 en plus.
1936-1937 : 300, soit 38 en plus.

Les diplômes d'Université. Statistique générale :

Les diplômes d'Université (mention médecine) délivrés par les Facultés françaises depuis 39 ans (époque de la création de ce titre) atteignent le chiffre de 3.609 répartis comme suit :

Alger : 12 ; Bordeaux : 172 ; Lille : 12 ; Lyon . 445 ; Marseille : 7 ; Montpellier : 555 ; Nancy : 203 ; Paris : 1.892 ; Strasbourg : 156 ; Toulouse : 155.

217 titulaires du diplôme d'Université ont ultérieurement obtenu un diplôme d'Etat.

Diplômes de Docteur en médecine de l'année scolaire 1936-1937 :

Le nombre des diplômes de docteur en médecine délivrés par les Facultés françaises pendant l'année scolaire 1936-1937 est de 1.845, soit 87 de plus que l'année précédente. Il se décompose comme suit :

Alger	34	»	34
Beyrouth	32 (*a*)	»	32
Bordeaux	136	8	144
Hanoï	13	»	13
Lille	68	1	69
Lyon	195	41	236
Marseille	61	2	63
Montpellier	88	35	123
Nancy	49	16	65
Paris	721 (*b*)	178	899
Strasbourg	26	16	42
Toulouse	122	3	125
	1.545	300	1.845

(*a*) Les étudiants de la Faculté de Beyrouth sont dispensés de la thèse.

(*b*) Dont 3 avec dispense de la thèse : MM. Brumberg, Matiasevich et Youchnovetsky, antérieurement titulaires d'un diplôme d'Université.

Total des thèses : 1.810 (Etat : 1.510 ; Université : 300).

Faculté de pharmacie de Paris. — MM. Bougault, Coutière, Perrot et Tassilly sont nommés professeurs honoraires à la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Chalier (Joseph), agrégé, est nommé à compter du 1er novembre 1937, professeur de pathologie interne à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon (dernier titulaire de la chaire : M. Froment, appelé à une autre chaire).

M. Tavernier, agrégé, est nommé à compter du 1er novembre 1937, professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon (dernier titulaire de la chaire : M. Nové-Josserand, retraité).

Faculté de médecine de Toulouse. — La chaire de médecine légale (dernier titulaire : M. Sorel, retraité), de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est transformée, à compter du 1er novembre 1937, en chaire de clinique des maladies cutanées syphilitiques.

M. Nanta, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

La chaire de pathologie générale et expérimentale (dernier titulaire : M. Bordier, retraité) de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est transformée, à compter du 1er novembre 1937, en chaire d'anatomie médico-chirurgicale.

M. Dieulafé, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur d'anatomie médico-chirurgicale.

Ecole du Service de santé militaire. — Liste de classement définitif des candidats admis à l'Ecole du Service de santé militaire à la suite du concours de 1937.

I. — SECTION DE MÉDECINE

1° Candidats à douze inscriptions

1. Chevallier ; 2. Taséi.

2° Candidats à huit inscriptions

1. Delahousse ; 2. Chaumeix ; 3. Guyomarch ; 4. Méchali ; 5. Rondreux ; 6. Boucheron ; 7. Hosotte ; 8. Beltrando ; 9. Tardieu.

3° Candidats à quatre inscriptions

1. Horiot ; 2. Desprez ; 3. Fervel ; 4. Morer ; 5. Huot ; 6. Robert ; 7. Bloch ; 8. Prince ; 9. Villa ; 10. Lorcy ; 11. Hourtiguet ; 12. Canas ; 13. Barthélemy ; 14. Prat ; 15. Ruzié ; 16. Porcq et Schott ; 18. Pédoussaut ; 19. Bouvier ; 20. Sagnier ; 21. Trouiller ; 22 Estragnat ; 23. Malaval ; 24. Babouot et Le Rumeur ; 26. Davin ; 27. Reynaud ; 28. Gagne ; 29. Jarniou ; 30. Richard ; 31. Testu ; 32. Blochet ; 33. Girard ; 34. Gilbert-Desvallons ; 35. Bourdet ; 36. Jaubert ; 37. Sélosse ; 38. Panis ; 39. Charcosset ; 40. Fréziès ; 41. Troupeau ; 42. Laquièze ; 43. Vidal ; 44. Cellier ; 45. Duthil ; 46. Collos ; 47. Pallas ; 48. Barrière ; 49. Thobie ; 50. Renault ; 51. Billon ; 52. Faure et Guyard ; 54. Perrot ; 55. Baillet ; 56. Rey ; 57. Debois ; 58. Durand ; 59. Beaufort et Colson ; 61. Chauvet ; 62. La Fay ; 63. Tillier ; 64. Fourment ; 65. Salou ; 66. Lavenant.

4° Candidats P. C. B.

A. — Troupes métropolitaines

1. Tissier ; 2. Laurent ; 3. Granier ; 4. Minvielle ; 5. Laur ; 6. Carli ; 7. Flot ; 8. Talent ; 9. Barry ; 10. Carraud ; 11. Sifantus ; 12. Ronflet ; 13. Nosny ; 14. Lacombe ; 15. Michallet et Pujol ; 17. Lacolley ; 18. Fontan ; 19. Cuinet ; 20. Delord ; 21. Strich ; 22. Dantoine et Gontier ; 24. Comptour ; 25. Galy ; 26. Lansiaux ; 27. Rivelon ; 28. Couture et Ponse ; 30. Richard ; 31. Vaichère ; 32. Girard ; 33. Ropars ; 34. Bonhomme ; 35. Manginot ; 36. Marrec ; 37. Martin ; 38. Bénard.

B. — Troupes coloniales

1. Monnier ; 2. Poujade ; 3. Méar ; 4. Gueye ; 5. Charcosset ; 6. Seys ; 7. Defrance ; 8. Mafart ; 9. Bascoulergue ; 10. Conjeaud ; 11. Costevec ; 12. Camoulard ; 13. Roussel ; 14. Béon ; 15. Morilleau.

II. — SECTION DE PHARMACIE

1° Candidat à quatre inscriptions

1. Guerre.

2° Candidats stagiaires

1. Chavanne ; 2. Eysseric ; 3. Bouquenne.

(*J. O.*, 21 octobre 1937.)

RENSEIGNEMENTS

Veuve guerre 45 ans, dipl. infirm. Croix-Rouge, cherche emploi dame compagnie ou infirm. Accomp. mal. en voyage. Très sér. référ. — S'adresser au journal.

Quelques indications théoriques d'ordre général A PROPOS DES MÉDICATIONS SATURANTES dans le TRAITEMENT DE L'HYPERCHLORHYDRIE

Par le docteur CHARLOTTE CROZET
et M. MARCEL CROZET,
docteur en pharmacie.

Si l'on veut traiter efficacement l'hyperchlorhydrie, il y a deux points de vue auxquels doit nécessairement se placer le thérapeute :

1° La saturation immédiate de l'excès d'acidité du suc gastrique et ceci d'une façon rationnelle. Cette neutralisation est un problème chimique.

2° Le traitement causal de l'affection : irritation de la muqueuse, déséquilibre neuro-végétatif, syphilis gastrique, etc.

Nous nous intéresserons uniquement à la première partie de la question, nous nous efforcerons de déterminer les conditions que doit remplir le médicament saturant idéal de l'hyperchlorhydrie et nous essaierons d'en tirer des conclusions d'ordre général relativement aux différentes médications employées dans la pratique.

Expérimentalement, la détermination de l'acidité « active » du suc gastrique a donné des résultats variables, suivant les réactifs qui doivent indiquer le terme du titrage. Ceci tient à la présence, à côté d'acide chlorhydrique libre, d'acides organiques plus ou moins estérifiés et de réactions d'équilibre lentes à parvenir à leur terme et évoluant constamment.

En réalité, il faut définir théoriquement l'acidité « active » de l'estomac comme étant la quantité d'ions H^+ en liberté dans le suc gastrique à un instant donné, quelle que soit l'origine de ces ions. Cette quantité d'ions H^+ est déterminée d'une part, par le Ph du suc gastrique, d'autre part, par la quantité de suc gastrique sécrété.

Si l'on veut examiner comment se comportera cette acidité « active » en regard des différents médicaments saturants, c'est-à-dire les variations de la quantité d'ions H^+ du suc gastrique, il faut appliquer à ce milieu la loi de Guldberg et Waage.

Désignons par AH l'acidité totale du suc gastrique sous toutes ses formes, minérale ou organique, dissociée en ses ions ou à l'état de molécules entières, nous avons la réaction d'équilibre existant dans tout milieu chimique :



$$\underset{\text{molécules entières}}{AH} \rightleftarrows \underset{\text{ions}}{A^- + H^+}.$$

Nous sommes en droit d'appliquer la loi d'action de masse à cet équilibre.

Désignons par :

C_{AH} la concentration du suc gastrique en molécules entières.

C_{H^+} la concentration du suc gastrique en ions H^+.

C_{A^-} la concentration du suc gastrique en ions A^-.

nous pouvons écrire :

$$\frac{C_{H^+} \times C_{A^-}}{C_{AH}} = K$$

(K étant une constante à l'instant considéré).

L'équilibre précédent déterminé par la loi d'action de masse correspond à l'état normal du suc gastrique.

Dans le cas de l'hyperchlorhydrie on a une concentration pathologique C'_{H^+} en ions H^+ supérieure à la concentration normale C_{H^+} du suc gastrique, ce qui permet d'écrire :

$$\frac{C'_{H^+} \times C'_{A^-}}{C'_{AH}} = K_1 \quad \text{où} \quad C'_{H^+} > C_{H^+}.$$

Comme nous l'avons dit plus haut, la quantité d'ions H^+ du suc gastrique dépend de deux facteurs :

1° Un élément qualitatif, le Ph de ce milieu ;

2° Un élément quantitatif, la quantité de suc sécrété.

Le problème est le suivant au point de vue thérapeutique :

Il s'agit de diminuer le Ph sans augmenter d'une façon appréciable la quantité de suc sécrété. Diminuer le premier et accroître le second facteur ne peut évidemment donner qu'un mauvais résultat. Il faut donc rapprocher la constante K_1 le plus près possible de sa valeur normale K, c'est-à-dire diminuer la concentration pathologique en ions H^+, C'_{H^+} et la ramener au voisinage de la valeur normale C_{H^+}. Mais il ne faut pas au même moment abaisser le terme C'_{AH}, ce qui aurait pour effet de faire varier à nouveau la constante K_1, d'abord directement du fait de cette disparition des molécules non dissociées qui entrent en jeu dans l'équilibre stomacal, puis indirectement par la dissociation de ces molécules AH en leurs ions. Or la saturation des ions H^+ amène automatiquement une nouvelle dissociation des molécules entières dont les ions viendront remplacer ceux qui ont disparu par la neutralisation.

On voit donc la nécessité d'être excessivement prudent dans cette neutralisation si l'on ne veut pas, par l'effet d'une saturation trop intense, provoquer une disparition considérable de molécules entières AH qui se dissocient. Ceci amènerait de la part de la muqueuse gastrique une active sécrétion ayant pour résultat d'entretenir le désordre que l'on veut combattre. *Les molécules entières, malgré leur inactivité apparente, jouent donc un très grand rôle à côté de l'acidité réelle constituée par les ions H^+.*

Le but à réaliser est d'arriver à un équilibre intermédiaire déterminé par une nouvelle constante K_2 telle que la nouvelle concentration en ions H^+, C''_{H^+}, très voisine de C_{H^+}, permette de réaliser l'état d'équilibre régi par la loi d'action de masse entre les ions H^+, A^- et les molécules entières AH :

$$\frac{C''_{H^+} \times C''_{A^-}}{C''_{AH}} = K_2 \quad \text{où} \quad C''_{H^+} \text{ est voisin de } C_{H^+}.$$

Ce nouvel état est l'état de sédation théorique auquel il est nécessaire d'aboutir.

Or C''_{H^+} devant être très voisin de C_{H^+}, le seul moyen rationnel de réaliser l'équilibre est que K_2 soit le plus voisin possible de K.

Il faut donc diminuer l'acidité pathologique C'_{H^+} avec de grandes précautions afin de l'amener à la valeur C''_{H^+} voisine de C_{H^+}. Pour cela il est nécessaire d'éviter une neutralisation puissante et mal dirigée. Les médi-

cations par saturation, en effet, ne permettent pas d'arriver à ce résultat : elles abaissent C'_{H+} au-dessous de C_{H+}, brutalement. L'équilibre est rompu définitivement, il y a bien production d'une sédation passagère mais l'organe se remet à fonctionner activement pour rétablir l'état primitif. On entretient l'hyperfonctionnement et l'acidité réapparaît.

En résumé, au point de vue chimique, la saturation brutale est à condamner sans aucune hésitation.

a) Si elle est réalisée par des produits solubles, le mauvais résultat est certain, la saturation des ions H^+ étant immédiate. C'est le cas dans le traitement par de *grandes quantités* de bicarbonate de soude, type de la médication particulièrement nocive lorsqu'elle est employée sans discernement

b) Si est elle réalisée par des produits insolubles, le mauvais résultat est moins rapide mais tout aussi dangereux pour le malade. En effet, l'état de déséquilibre est soigneusement entretenu par la disparition des ions H^+ au fur et à mesure de leur formation.

Il est donc nécessaire de n'utiliser les médicaments neutralisants que par doses fractionnées, de l'ordre de 50 à 60 centigrammes, variables avec le sujet et qu'il vaut mieux renouveler si le besoin s'en fait sentir plutôt que de recourir à la saturation. Ceci ne peut évidemment être réalisé que grâce à l'expérience thérapeutique du médecin et il vaut mieux ne pas insister sur les dangers que courent les malades qui se soignent eux-mêmes.

D'autre part, l'étude précédente démontre clairement qu'il faut proscrire également tous les composés à acidité fixe, puissante, tels que les phosphates, sulfates, sous-nitrates qui apportent des acides forts : acide phosphorique, acide sulfurique ou acide nitreux, très dissociés et par conséquent perturbateurs dangereux de l'équilibre.

Il faut également songer, à une échéance un peu plus lointaine, à cette répercussion d'une forte saturation gastrique qu'est l'augmentation de la réserve alcaline par les chlorures qui proviennent de l'action du ClH gastrique sur les neutralisants. D'une part, on augmente l'hyperfonctionnement et d'autre part on fait rentrer l'acide chlorhydrique dans le milieu sanguin, ce qui constitue un cercle vicieux tout à fait contre-indiqué.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la sérofloculation à la mélanine au cours du paludisme. Mécanisme, intérêt clinique, par le docteur Marcel FABREGOULE (travail du service de M. le professeur LEBON). 1 vol. in-8°, imprimeries « la typo-litho » et Jules Carbonel réunies, Alger, 1936.

Considérations cliniques et thérapeutiques sur les toxicomanies. Leur lien avec les maladies mentales, par le docteur Amélie BUVAT-COTTIN, ancienne interne provisoire des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8°, Librairie E. Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris, 1936.

Les tendances actuelles de l'assistance psychiatrique en France et à l'étranger, par le docteur Lionel VIDART. 1 vol. in-8 , Librairie E. Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris, 1937.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LES LAITS ACIDIFIÉS DANS L'ALIMENTATION DES NOURRISSONS (1)

par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Leur introduction en médecine infantile date du mémoire fondamental publié par McKim Marriott, en 1919, dans l'*American Journal of the medical Association*, et concernant l'alimentation des nourrissons athrepsiques avec du lait de vache entier, non écrémé, acidifié par fermentation lactique.

Principes théoriques de la méthode. — Ils sont de deux ordres.

Données cliniques. — S'occupant de l'alimentation des nourrissons athrepsiques, qui ont besoin, comme on sait, d'une forte ration alimentaire, M. Marriott remarque qu'ils bénéficient d'un régime acide, l'acidification du lait favorisant la digestion gastrique. Mais à quel lait acide s'adresser ? Au babeurre ? Il est peu nourrissant. Ne pourrait-on essayer de lui substituer du lait de vache complet, non écrémé, acidifié et additionné d'hydrates de carbone ? Assurément, à condition de prendre les précautions suivantes :

Comme *hydrates de carbone*, les mieux tolérés sont le mélange de dextrine-maltose, tel que le réalise le sirop suivant :

Dextrine	55 %
Maltose	30 %
Glucose	15 %

qu'on peut, en France, remplacer par le nutromalt (R. Mathieu).

L'*acide à utiliser* est l'acide lactique, plus maniable que l'acide chlorhydrique, donnant à la préparation un goût agréable, facile à utiliser, puisqu'il suffit, en principe, d'en ajouter une certaine quantité au lait de vache bouilli (Marriott, 1923), qui présente sur l'HCl plusieurs avantages : il est complètement détruit par oxydation ; sous son influence, la caséine du lait de vache se coagule en flocons ténus, surtout en présence d'une farine ; enfin, il jouit de précieuses propriétés antiseptiques, empêchant le développement du coli-bacille.

Données physiologiques. — Pour MM. Marriott et Davidson, comme pour M. Faber :

1° La sécrétion chlorhydrique de l'estomac joue, dans la digestion du lait, un rôle si essentiel que *sa simple diminution*, fréquente chez les nourrissons malades, *trouble profondément les fonctions de l'estomac, du foie, du duodénum et du pancréas.*

2° Le lait de vache pur contient une forte proportion de sels alcalino-terreux et de caséine qui, jouant le rôle de substances-tampons, absorbent une grande partie des ions H libres de HCl. Les nourrissons se trouvent-ils en parfaite santé, leur estomac s'y adapte en sécrétant une quantité

(1) L. BABONNEIX. Les laits acidifiés. *Les régimes des enfants*, Paris, 1937, in-8°, p. 392-399. — A. BOHN, Essais d'allaitement des nourrissons sains avec un lait sec entier acidifié, *Le nourrisson*, 1936, p. 287-294. — L. EXCHAQUET. De l'emploi d'un lait acidifié dans l'alimentation des nourrissons normaux. *Revue médicale suisse romande*, n° 9, 25 juillet 1935, p. 624-629. — P. LETONDAL. Le lait acidifié dans l'alimentation des nourrissons, *Union médicale du Canada*, novembre 1936. — A.-B. MARFAN. Remarques sur l'emploi de la poudre de lait acidifié, *Le nourrisson*, mai 1937, p. 172-175. — R. MATHIEU. Alimentation des nourrissons bien portants et des enfants atteints de troubles de la nutrition par les laits acides, *Revue française de puériculture*, 1935, n° 5. — M. MAILLET, Traitement des nourrissons hypotrophiques, *Le Nourrisson*, 1936, p. 274-286. — G. PAISSEAU et Mlle E. BOEGNER. Sur l'alimentation des nourrissons malades avec un lait acidifié, sec, entier, *Société de Pédiatrie*, 19 janvier 1937, p. 73-79. — L. RIBADEAU-DUMAS. Les laits acidifiés, *L'hygiène sociale*, 25 avril 1936, n° 153, p. 229-231. — P. ROHMER et Mlle CHAPELO. Les indications du lait acidifié, *Réunion pédiatrique de l'Est*, 4 juillet 1936.

plus considérable d'HCl. Sont-ils infectés ou dystrophiques, ils n'ont à leur disposition, pour digérer ce lait, qu'une sécrétion gastrique déjà pauvre en ions acides : situation fâcheuse dont voici les conséquences :

Inactivation des ferments sécrétés par l'estomac. La *pepsine* n'attaque la caséine qu'en milieu acide (elle commence à pH 4, et acquiert toute son activité à pH 2), donnant naissance à des peptones, qui ne manquent pas, une fois arrivées au duodénum, de stimuler les fonctions pancréatiques. De même, la *présure* ne coagule la caséine qu'en milieu acide. Le pH gastrique est-il supérieur à 5, les protides échappent à l'action des ferments et peuvent traverser, sans avoir subi de modifications, les parois intestinales (Schloss et Anderson), ce qui n'est pas sans inconvénient pour les malades ;

Retard de l'évacuation pylorique ;

Diminution du pouvoir antiseptique du suc gastrique ;

Diminution des sécrétions pancréatique, biliaire et intestinale.

Conséquences pratiques : « Si l'on introduit d'emblée dans l'estomac un lait acide, le travail sécrétoire exigé de cet organe sera beaucoup moins grand, ce qui a son importance chez les enfants très jeunes, chez les dystrophiques, hypo-athrepsiques ou chez ceux dont les fonctions digestives sont abaissées par l'action de la chaleur et celle d'infection » (Rohmer et Mlle Chapelo).

Le prof. Marfan adresse à cette théorie de vives critiques :

1) Rien ne prouve que l'HCl ajouté au lait agisse *dans l'estomac* pour élever le pH ; 2) il est possible que son action commence *avant l'ingestion* et consiste en une dislocation de la molécule protéique, ainsi prédigérée ; 3) pour que le chyme stimule les fonctions pancréatiques, il n'a pas besoin d'être très acide.

Préparation. — On peut utiliser (R. Mathieu) :

1° *Le lait de vache frais, entier, additionné d'acide lactique* (Marriott) ;

2° *Un lait sec non écrémé, acidifié,* fabriqué en Suisse par une maison spécialisée, suivant les conseils de Marriott, qui jouit d'une très grande faveur en beaucoup de pays, et qui « est aussi riche en acide ascorbique que le meilleur lait frais » (P. Rohmer et Mlle R. Chapelo).

1° Lait entier acidifié. — Pour le préparer, on peut employer soit la technique de Marriott, soit celle de M. R. Mathieu.

Technique de Marriott (d'après P. Letondal) :

Lait condensé non sucré (lait « évaporé »)	500 cm^3
Eau bouillie	500 cm^3
Sirop de blé d'Inde	6 c. à soupe
Acide lactique U.S.P.	1 c. à thé

Pour le préparer, mettre, dans deux récipients différents : 1° d'une part, l'eau bouillie, le sirop de blé d'Inde et l'acide lactique, c'est-à-dire ce que nous appellerons la solution sucrée acide ; 2° d'autre part, le lait condensé non sucré (lait « évaporé »).

Faire refroidir à la glacière les deux récipients, puis ajouter lentement au lait la solution sucrée acide, en agitant le mélange continuellement. A répartir dans les biberons ; conserver à la glacière et faire tiédir au bain-marie avant de le donner à l'enfant.

Le lait ainsi préparé est donc un lait pur acidifié et sucré à 10 p. 100.

Technique de R. **Mathieu. — Se procurer** :

a) Du lait de vache frais de bonne qualité ;

b) De la crème de riz ou de maïs ;

c) Du sucre. Pour les nourrissons normaux, on peut se contenter de saccharose. Pour ceux qui sont atteints de troubles digestifs, on emploie le nutromalt, que l'on fait dissoudre dans le lait avant de le soumettre à l'ébullition ;

d) *De l'acide lactique officinal,* utilisé en solution aqueuse à 10 p. 100.

Une cuillerée à café de cette solution contient 0 g. 50 d'acide lactique, c'est-à-dire la quantité qu'il convient d'ajouter à 100 gr. de lait (R. Mathieu).

Ces matériaux étant rassemblés,

1° Ajouter au litre de lait (avec les précautions nécessaires pour éviter la formation de grumeaux) 20 grammes de crème de riz ou de maïs et 50 grammes de sucre de ménage ou de nutromalt.

2° Cuire à feu doux 5 minutes, en remuant.

3° Laisser refroidir à 37°.

4° Ajouter 10 à 14 cuillerées à café de la solution d'acide lactique à 10 p. 100.

Agiter vivement le lait avec une cuillère pendant qu'on verse l'acide lactique afin d'éviter la formation de volumineux caillots.

Quand le lait acidifié est bien préparé, il est homogène et contient, en suspension, une quantité innombrable de particules solides, à peine visibles, que l'enfant digère sans difficulté.

Sa *valeur calorique* est de 980 calories par litre : 700 fournies par le lait de vache, 200 par le sucre, 80 par la crème de riz ou de maïs.

Quelle que soit la raison invoquée, cette préparation est souvent prise avec difficulté ou vomie (A.-B. Marfan et Chevalley, L. Babonneix, Ed. Lesné, Mlle Phélizot, P. Rohmer et Mlle Chapelo).

2° Le lait de vache entier acidifié, en poudre, non sucré, possédant les propriétés du lait de Marriott, contenant 0,5 p. 100 d'acide lactique officinal, stérile, et qui, en boîtes intactes tenues au frais, se conserve plusieurs mois. Pour sa préparation, on se conformera aux indications fournies par la maison qui le fabrique ; M. G. Paisseau et Mlle E. Boegner ajoutent à ce lait sec 5 p. 100 de saccharose, ce qui fait une valeur calorique de 95 C. par 150 cm^3.

3° Lait écrémé acidifié. — Etudié par Tallermann, à Londres, par le professeur Fanconi, à Zurich, par Ribadeau-Dumas et Masquet à Paris, il se rapproche beaucoup du babeurre (R. Mathieu)

Mode d'emploi. — 1° Lait entier acidifié. — Avec la technique de Marriott, 1 cm^3 de ce lait dégage une calorie. On le donne toujours pur, quitte à en augmenter la quantité quand l'enfant grandit. Les doses sont : pour les uns, de 150 grammes par kilogramme de poids et par jour (Bischoff et Bernheim-Karrer) ; pour les autres, beaucoup plus faibles. Notons, à ce sujet, que la règle de Feer (de Zurich), qui ne dépasse jamais plus de 500 grammes de lait par jour, quel que soit l'âge de l'enfant, peut être transgressée sans inconvénient si, au lait de vache ordinaire, on substitue le lait de vache acidifié à l'acide lactique.

« Après quelques mois, il est généralement possible de diminuer le lait et de compléter le régime avec un autre aliment. Par exemple, à l'âge de 3 mois, on donnera du jus de fruits. A 5 mois, la ration totale de lait entier acidifié sera de 600 g. On remplacera un repas par un potage de bouillon additionné de semoule et de légumes.

« Après 6 mois, on passe progressivement au lait ordinaire. En été, cependant, si l'on ne dispose pas de lait de bonne qualité, il est préférable de donner du lait acidifié. Il ne faut pas oublier d'offrir à l'enfant une quantité suffisante de thé ou d'eau, en particulier pendant la saison chaude, ou lorsque, pour telle ou telle raison, on est amené à réduire la quantité de lait acidifié.

« La dose journalière sera répartie en 5 repas. Dès l'âge de 3 mois, 4 repas suffisent bien souvent » (professeur Feer).

Le même lait peut être très utile chez des enfants âgés d'un an ou plus qui tolèrent difficilement le lait ordinaire.

2° Lait sec non écrémé acidifié. — On se conformera aux indications fournies par la maison qui le fabrique.

3° Lait écrémé acidifié. — Il est employé dans les mêmes conditions que les précédents.

Indications. — Chez le nourrisson bien portant, le lait acidifié est indiqué comme aliment normal ou comme complément du lait maternel (Feer).

Chez le nourrisson malade, ses principales indications sont les suivantes :

1° *Diarrhées aiguës légères* (Feer, Beumer) ;
2° *Diarrhées aiguës toxiques, avec retentissement sur l'état général* (Feer, Beumer, G. Paisseau et Mlle E. Boegner) ;
3° *Dysenterie* (Feer) ;
4° *Hypotrophie avec troubles digestifs* (id.) ;
5° *Convalescence des gastro-entérites aiguës* (id.) ;
6° *Vomissements répétés*, indication discutée par M. Rohmer et Mlle Chapelo ;
7° *Hypotrophie simple sans troubles digestifs* (Feer, G. Paisseau et Mlle Boegner) ;
8° *Débilité congénitale et prématuration* (P. Letondal) ;
9° *Infections fébriles aiguës* (P. Letondal) ;
10° *Eczéma et stophulus ; pyodermites.*

Avantages et inconvénients. — Ses avantages, chez l'enfant *malade*, sont considérables, pour nombre d'auteurs américains (Marriott, Letondal), allemands et suisses (Bernheim Karrer, Eckstein, Fanconi, Noeggerath, Ulrich), français (G. Bohn, R. Mathieu, G. Paisseau et Mlle E. Boegner). En particulier, dans les troubles digestifs, il n'est pas long à améliorer les selles et à en diminuer la fréquence, en même temps qu'il exerce une influence favorable sur l'état général. Pour M. Bohn, il est, « chez l'enfant *sain*, habituellement bien accepté, bien toléré et, grâce à sa haute valeur calorique sous un faible volume, permet une belle croissance en toute sécurité ».

Quant à ses inconvénients, ils ont surtout été signalés par M. Marfan.

Le produit est mal toléré, déclanchant, ici, des vomissements, là, de la diarrhée : objection qui, à vrai dire, ne vaut pas pour la marque de lait sec acidifié dont nous avons déjà parlé à plusieurs reprises. On le donne à des doses si fortes correspondant à 150-200 cc. par kilog et par jour et déterminant une augmentation de poids quotidienne de 50 à 60 g. Quel avantage y a-t-il à ce résultat, puisque les chiffres de 100 C. par kilog et de 25 g. d'augmentation pondérale quotidienne sont les chiffres que l'expérience a démontrés être normaux. Le prof. Marfan pose, en plus, les questions suivantes : le produit est-il supérieur aux autres laits modifiés ? A-t-il des indications particulières ? A valeur égale, est-il d'un emploi plus ou moins compliqué, plus ou moins coûteux que les autres ? Nous voudrions, de notre côté, demander s'il n'y a pas d'inconvénient, chez de jeunes sujets en plein développement osseux, d'administrer longtemps de suite une préparation acide.

Entre les *enthousiastes* et les *sceptiques*, il y a, comme toujours, place pour les *tièdes*. M. L. Ribadeau-Dumas n'a pas, chez des nourrissons malades, « constaté la supériorité du lait acidifié, même dilué, sur les autres laits ». M. Ed. Lesné lui préfère le lait calcique. Pour M. R. Mathieu, il n'est pas supérieur au babeurre en poudre.

Conclusions. — Posons en principe, tout d'abord, que seule doit être utilisée la marque commerciale dont nous avons parlé, et que c'est avec elle qu'on a les plus grandes chances d'obtenir de meilleurs résultats. A condition, toutefois, que le lait acidifié « ne soit pas employé de façon « systématique chez tous les enfants au biberon. C'est un « *lait médicamenteux*, et son usage, s'il peut être exclusif, « ne doit pas être prolongé » (P. Letondal). Pour cet auteur, on ne doit plus y recourir après le quatrième mois. De même, M. P. Rohmer et Mlle Chapelo, dont nous partageons l'opinion, « ne pensent pas que le lait acidifié soit appelé à remplacer la plupart des aliments artificiels qu'on a donnés jusqu'à présent aux nourrissons. Mais c'est un aliment simple, facile à préparer, d'une application commode, qui rendra service aussi bien dans l'élevage du nourrisson au sein que dans le traitement des cas pathologiques ».

XIXe RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE ET DE TRAUMATOLOGIE

Paris, 8 octobre 1937

Président : professeur Sorrel

Du fait de la coïncidence avec les Journées orthopédiques (7 et 9 octobre), de l'Exposition, cette réunion a été favorisée de la présence d'un grand nombre d'étrangers. Aussi la séance d'ouverture s'est tenue, cette année, sous la présidence du représentant du ministre de la Santé publique, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

Première question mise a l'étude

Les transplantations tendineuses dans le traitement des pieds bots paralytiques

Rapporteurs : J. Leveuf (Paris) et Ad. Perrot (Genève)

Résumé du rapport

Ce remarquable rapport, concis et net, appuyé sur des observations triées avec un grand sens critique, projette un peu de clarté sur cette question encore fort discutée. Ces opérations qui visent à la substitution de l'action de muscles sains à celle des muscles paralysés, avec conservation de motilité articulaire, sont surtout en honneur en Allemagne et en Italie. Au contraire, en France et aux Etats-Unis, elles ont été jusqu'à ces dernières années abandonnées au bénéfice des opérations osseuses ou articulaires (arthrorises, arthrodèses) assurant la stabilité du pied aux dépens de sa mobilité. Une mise au point s'imposait.

I. — Généralités

Les auteurs résument d'abord les notions d'équilibre musculaire du pied normal et paralytique. Ils montrent les difficultés de son rétablissement chez le paralytique : appréciation du temps nécessaire à la récupération spontanée, degré de celle-ci, degré de fixation des attitudes vicieuses et leur nature (contracture, rétraction, déformation osseuse).

Le *traitement prémonitoire* indispensable de toute transplantation consiste dans le redressement des déformations, suivi d'un traitement physiothérapique et d'un examen attentif de l'état de la musculature à l'électricité, par les mouvements volontaires, et surtout pendant la marche sur le trottoir roulant (Scherb) qui seul permet de donner l'état de la motilité automatique des muscles (centres médullaires) différente de la motilité volontaire.

La possibilité de réaliser une transplantation dépend de deux facteurs : les conditions anatomiques des muscles ; la possibilité de leur adaptation à leur nouvelle fonction.

1° *Conditions anatomiques.* Ce sont : l'intégrité du muscle lui-même, l'intégrité de son appareil de glissement (paratenon, mésotenon, gaine), les modes de fixation du tendon, la tension à donner aux muscles transplantés. Les rapporteurs exposent les différentes techniques proposées pour conserver le glissement du tendon : trajet sous-cutané, par la gaine du muscle paralysé, transplantation du tendon

avec sa gaine, et concluent que de bons résultats peuvent être employés avec les différentes méthodes si l'intégrité du tendon est respectée. L'insertion devra autant que possible être intra-osseuse.

Le traitement consécutif comporte une période d'immobilisation variable, puis la mobilisation libre ou en appareil, aidée par l'électrothérapie.

2° *L'adaptation fonctionnelle* a été étudiée surtout par Sherb (de Zurich), qui a montré qu'il existe à ce point de vue une grande différence entre le membre supérieur et le membre inférieur. Dans le premier l'automatisme fonctionnel est presque nul, l'adaptation se fera toujours par la rééducation volontaire. Dans le second, en plus de la volontaire, il y a un automatisme de la marche inaccessible à la rééducation.

Sherb a établi les deux lois suivantes pour le membre inférieur :

I. Tout muscle transplanté sur un muscle synergique conserve sa fonction.

II. Tout muscle transplanté en antagoniste tend à sa nouvelle condition dans un seul cas : si tous les muscles auparavant antagonistes que le transplant a été appelé à remplacer restent complètement paralysés — sinon le muscle transplanté conserve au début sa contraction volontaire, mais n'ayant pas de contraction automatique il s'atrophie à la longue.

3° *Rétablissement de l'équilibre musculaire du pied.* Sa réalisation est très difficile. Tout d'abord la transplantation supprime l'action primitive du muscle transplanté. La valeur même du muscle transplanté dépend de plusieurs éléments : son volume mesuré par sa surface de section (tableau de Fick), l'amplitude de la course fournie par le tendon. Il faut y joindre la longueur du levier sur lequel le muscle est transplanté.

Le point capital est de savoir si on peut en pratique parvenir à équilibrer de manière satisfaisante les forces musculaires restantes, et à obtenir la *stabilité*, condition nécessaire d'une marche correcte. Ici on retrouve les variétés d'appréciation des diverses écoles, qui recherchent surtout ou la motilité ou la stabilité.

Les rapporteurs concluent que, dans les paralysies graves, c'est la stabilisation par les opérations osseuses, qui constitue la base du traitement, les transplantations sont un complément, empêchant l'action déformante du déséquilibre musculaire cause de récidive de la déformation.

Dans les cas légers, partiels, la transplantation isolée peut assurer à la fois la stabilisation et le rétablissement de la motilité du pied.

II. — Indications spéciales

Le rapport est limité aux paralysies des moteurs du pied seul, en dehors des paralysies associées aux autres segments du membre qui peuvent modifier les indications opératoires.

Paralysie du triceps sural. Le pied talus et cavus qui en résulte peut être une indication de transplantation. Mais auparavant il est indispensable de corriger le cavus, d'enraidir quelque peu la sous-astragalienne, et surtout d'allonger par une plastie osseuse le bras de levier calcanéen raccourci par la bascule de l'os.

Les muscles transplantables sur le calcanéum sont les deux péroniers, le jambier postérieur et les longs fléchisseurs.

La transplantation du jambier postérieur et du court péronier n'est pas bonne, l'action du long péronier tend à reproduire le cavus du pied. La transplantation des deux péroniers et du jambier postérieur constitue l'opération type et donne de bons résultats.

Paralysie du jambier antérieur. On a pratiqué surtout la transplantation de l'extenseur propre du gros orteil sur le jambier. Le résultat est bon si le muscle est suffisamment conservé. La transplantation du long péronier latéral, qui est un antagoniste, ne donne un résultat stable que si la loi de Sherb est respectée, sinon au bout d'un certain temps le muscle ne se contracte plus et n'agit plus que comme une ténodèse.

Paralysie du jambier antérieur et postérieur. Cette paralysie donne un valgus difficile à corriger, aussi la transplantation de l'extenseur propre seul sur le jambier a donné des résultats inégaux. En y joignant celle du court péronier le résultat est meilleur, mais surtout parce qu'on détruit l'action de ce muscle qui constitue un mauvais transplant.

La transplantation des deux péroniers sur le jambier donne des résultats inégaux.

Les rapporteurs concluent que l'équilibre transversal du pied est difficile à obtenir par la seule transplantation : il vaut mieux le demander à la double arthrodèse complétée par la transplantation des muscles péroniers sur le dos du pied — pour augmenter la motilité articulaire et supprimer l'action déformante des muscles.

Paralysie des péroniers avec ou sans paralysie de l'extenseur commun. La transplantation à retenir dans le pied varus paralytique est celle du jambier antérieur et éventuellement de l'extenseur propre. Si le varus est marqué, l'association avec les arthrodèses est indispensable.

Pied creux. Après la correction indispensable de la difformité (section des parties molles plantaires, ostéoclase, résection cunéiforme dorsale), la transplantation de l'extenseur propre du gros orteil dans le premier métatarsien, en y joignant parfois celle de l'extenseur commun, donne de beaux résultats.

Les déformations associées, équin, varus, seront traitées par dédoublement du tendon d'Achille et l'arthrodèse modelante.

Discussion. — Deux points ont surtout donné lieu à discussion : les indications, la technique. La plupart des orateurs restreignent beaucoup les indications de la transplantation : M. Froelich (Nancy) ne la fait que si trois groupes musculaires sur les quatre qui assurent l'équilibre du pied sont indemnes ; il conseille d'opérer précocement sans attendre la récupération. — M. Nicod (Lausanne) a fait jadis beaucoup de transplantations et, ayant eu beaucoup de récidives, n'en fait plus maintenant que dans certains cas bien déterminés. — M. Delitala (Venise) conseille l'emploi des transplantations surtout comme complément des arthrodèses. — C'est aussi l'opinion de M. Georges Huc (Paris), la transplantation isolée ne pouvant s'adresser qu'aux cas légers. — M. Kempeneers (Bruxelles) lui reconnaît des indications très limitées. — M. Pouzet (Lyon) emploie la transplantation chez le jeune enfant à titre prophylactique des déformations. — M. Ugo Camera (Turin) préconise la

transplantation de l'extenseur commun dans le pied creux. — La technique de la transplantation est discutée par M. Delchef (Bruxelles), qui insiste sur la nécessité du redressement préalable des difformités ; U. Camera (Turin), Nicod (Lausanne).

M. Sherb (de Zurich), chaudement applaudi, expose la distinction qu'il a pu établir entre la contraction volontaire et la contraction automatique des muscles et les lois qui les régissent.

Deuxième question mise a l'étude

La coxalgie double

Rapporteur : L. Allard (Berck)

Résumé du rapport

La coxalgie double n'est pas une rareté. Le rapporteur a pu en observer 25 cas à l'Hôpital maritime de Berck et en réunir 145 observations nouvelles. Il estime sa fréquence à 6 ou 8 p. 100 des coxalgies. Les deux hanches sont le plus souvent atteintes l'une après l'autre, avec un intervalle très variable (2 mois à 13 ans). Mais le plus souvent c'est en cours de traitement de la première coxalgie que débute la deuxième. L'atténuation des signes qui en résulte crée une difficulté de diagnostic précoce, or la précocité du diagnostic est indispensable pour éviter les complications, abcès en particulier, qui assombrissent le pronostic.

Celui-ci est toujours grave, surtout à cause de l'apparition de nouveaux foyers tuberculeux : méningite, tuberculose pulmonaire, et surtout foyers osseux (genou, coude, poignet, et surtout mal de Pott lombaire et lombo-sacré). Le pronostic fonctionnel après guérison est sérieux. Il dépend de divers facteurs.

1° *La terminaison anatomique et l'ankylose double* est la plus fréquente (50 à 60 p. 100). Dans l'ankylose en bonne position la marche reste possible grâce, comme l'a montré Calvé, aux suppléances fournies par les genoux et la colonne lombaire, mais la fatigue survient vite. La marche en terrain varié (escaliers, etc.) est difficile. La station assise, défécation, soins de propreté, vie sexuelle, accouchement, à peu près impossibles. C'est donc une grande infirmité.

Cependant par l'éducation des suppléances, chez les sujets jeunes, on arrive à des résultats étonnants dont le rapporteur donne un exemple.

B. *La pseudarthrose double* (intra ou extra-cotyloïdienne), 10 à 12 p. 100, avec conservation d'une certaine étendue de mouvements, n'est pas une terminaison favorable. Il présentait toujours une déviation du membre en flexion-adduction, d'où une grosse boiterie et une rapide fatigue. Par contre la position assise et les actes courants de la vie sont facilités.

C. Dans 30 p. 100 des cas on observe une *ankylose solide d'un côté et pseudarthrose lâche de l'autre*. Ce sont les meilleurs. La marche, la station assise sont faciles et permettent une vie active.

Chacun de ces trois types peut présenter des variétés dues aux déformations surajoutées : raccourcissement si une des coxalgies a évolué dans la petite enfance, aux suppléances (du cou-de-pied, genou, rachis)

Le *pronostic* est donc grave. La mortalité varie entre 10 à 12 p. 100. Le traitement est long (3 à 5 ans) et les séquelles toujours importantes.

Le *traitement* doit être sévère. Il comporte deux étapes : le traitement de l'arthrite tuberculeuse et celui des séquelles.

Le traitement de la coxalgie doit être général et orthopédique. Il ne peut être question ici de pratiquer l'arthrodèse extra-articulaire pour ankyloser la hanche.

L'immobilisation doit être précoce, aussi stricte que possible. En cas d'évolution vers l'ankylose, il faut s'efforcer de l'obtenir en bonne attitude. En cas d'abcès, de fistulisation surtout, la résection sera à envisager. Si la fistulisation est récente, la résection a des chances de donner une hanche mobile, tandis que, pratiquée tardivement, elle donne une ankylose. Le rapporteur se demande même si, avec toutes les précautions nécessaires, il n'y aurait pas lieu d'étendre les indications de la résection à des cas non fistuleux.

Lorsque le foyer est éteint il y a lieu de pratiquer la correction des attitudes vicieuses. L'ostéotomie sous-tronchantérienne, avec résection systématique du nerf obturateur (Lancé) pour éviter la récidive de l'adduction, est indiquée. Le malade est alors appareillé pendant 6 à 8 mois.

On établit ensuite par l'examen et la radiographie l'état des deux hanches.

1° Dans le cas de pseudarthrose bilatérale, il ne faut pas intervenir. Si, plus tard, une hanche devient douloureuse, on pourra l'ankyloser par arthrodèse.

2° Une hanche est soudée en bonne attitude, l'autre mobile. Il n'y a pas lieu d'intervenir. Si l'ankylose est de mauvaise qualité, une arthrodèse s'impose. Si l'appui de la hanche mobile est mauvais, une butée ou une ostéotomie d'appui peut être envisagée.

3° Dans le cas d'ankylose double solide, en bonne attitude, on peut se contenter de la rééducation des suppléances. Mais l'idéal est d'établir la mobilisation opératoire d'un côté. Sur 145 observations, le rapporteur relève 7 de ces opérations avec de bons résultats. A l'Hôpital maritime plusieurs tentatives ont été faites par le docteur Richard. Une arthroplastie avec interposition de fascia lata a été suivie de réankylose. Une ostéotomie mobilisante transcervicale n'a pas été plus heureuse.

Il en est de même de deux ostéotomies sous-trochantériennes avec section curviligne et modelage d'une cavité dans le massif trochantérien. Dans ce cas les abducteurs restent insérés dans le fragment supérieur, les adducteurs sur l'inférieur. La prédominance des adducteurs entraîne le fragment inférieur en adduction.

La technique de Gruca, ostéotomie curviligne à concavité supérieure, laisse l'insertion des abducteurs sur le fragment supérieur. En l'employant, l'auteur a obtenu un beau résultat (flexion 40°, abduction 25°). Il semble donc que cette méthode soit la meilleure dans ces cas pour l'ostéotomie mobilisante de la hanche.

Discussion. — Ce sont surtout les indications et résultats des opérations mobilisatrices de la hanche ankylosée qui ont été discutées.

M. Richard (Berck) est assez pessimiste à leur sujet et envisage la résection large avec butée. — MM. Le Fort et Ingelrans (Lille) rapportent les résultats de trois opérations mobilisantes sur deux malades, avec un échec et deux succès, dans un de ces derniers, cependant, l'incision avait passé à travers un abcès froid. — MM. Tavernier et Cuilleret (Lyon) ont pratiqué dans un seul cas l'arthroplastie, qui a entraîné une rechute de coxalgie terminée après 18 mois par réankylose. — M. Bodart (Nancy), chez un opéré, a vu aussi une ankylose se reconstituer. — M. Gruca (Lwow) expose sa technique d'ostéotomie d'appui dans les coxalgies unilatérales.

Somme toute, la plupart des orateurs se montrent conservateurs. C'est aussi l'opinion de M. Contargyris (Athènes), de M. Van Haelst (Gand), qui cherche la mobilisation par la suppression du plâtre pendant le traitement et l'emploi de l'extension continue ; de M. Gourdon (Kerpape). M. Froelich irait, pour conserver la mobilité, jusqu'à provoquer la luxation de l'une des hanches au cours du traitement.

Au total, le traitement orthopédique — et la recherche de l'ankylose double en bonne attitude — avec création ultérieure de suppléances, reste le but de la thérapeutique.

Questions particulières :

Le tibia varum. — M. POUZET (Lyon) donne des exemples de cette affection, dont il reconnaît deux variétés : infantile et de l'adolescence, dont il montre les caractères particuliers et le traitement.

Les avantages de la radiographie faite en charge. — M. POUZET (Lyon).

Le redressement actif et passif dans la scoliose des adolescents. — M. MICHEL (Lyon) montre les résultats obtenus par l'emploi des plâtres de Schede. On obtient surtout l'équilibration du tronc.

Dans les cas graves, avant opération, le redressement est obtenu par un plâtre coupé transversalement, avec charnière latérale et bascule au moyen d'une crémaillère.

Les indications du forage du col du fémur dans les arthrites déformantes. — MM. RŒDERER (Paris) et CHARRY (Toulouse). Cette opération vise surtout à calmer la douleur et peut être associée ou non aux autres opérations (butée, ostéotomie).

La cyphose des adolescents. — M. FREIJKA (Tchécoslovaquie) attribue cette affection aux végétations adénoïdes. La coexistence des deux affections est notée dans 90 p. 100 des cas.

Les lésions traumatiques de l'extrémité supérieure du radius. — M. le professeur ROCHER (Bordeaux) étudie les décollements et fractures du col chez l'enfant, chez lequel la reposition sanglante doit être faite. Il insiste sur la gravité de la fracture du col chez l'adulte, entraînant souvent des ostéotomies étendues.

Deux cas de tumeurs osseuses. — M. JANEK (Brno). 1° Une tumeur à myéloplaxe de la tête humérale ; 2° des kystes osseux multiples avec hypercalcémie et présence d'un adénome parathyroïdien.

Les cyphoses congénitales. — Le professeur LOMBARD (Alger) en distingue trois variétés : les platyspondylies, les platyspondylies avec fusion osseuse, les microspondylies.

Un cas de luxation congénitale de l'atlas sur l'axis, avec absence d'apophyse odontoïde. — Professeur LOMBARD (Alger).

Deux cas de luxation congénitale récidivante de la rotule traités avec succès par l'opération de Fèvre-Krogius. — MM. GUILLEMINET et BRUNAT (Lyon).

Arthrorise tibio-tarsienne postérieure par implantation du greffon dans le tibia — méthode de Salaverri. — M. MARIQUE (Bruxelles).

Aspects vertébraux de la maladie de Paget. — M. LASSERRE (Bordeaux). Il faut distinguer trois stades : une étape de décalcification, une étape de condensation à type vertical, enfin une étape de condensation diffuse. L'auteur insiste sur l'importance de l'examen du sang pour le diagnostic, en particulier l'augmentation des phosphatases.

Un cas de malformations multiples avec hyperlaxité énorme, luxation congénitale des hanches, rotules, poignets. — M. NICOD (Lausanne).

Un cas de platyspondylie généralisée (platybrachyspondylie généralisée). — MM. GUÉRIN et LACHAPELLE (Bordeaux), Avec anomalies multiples osseuses sur les membres et le crâne.

Genou à ressaut par malformations du ménisque externe. M. DIETERICH (Mulhouse). Présentation de pièces.

Etude de l'astragalectomie pour tuberculose osseuse et de l'emboîtement à réaliser. — M. Marine PETROFF.

ELECTIONS. — Ont été élus :

Membres français : MM. BARANGER (Le Mans), FOLLIASSON (Grenoble), LAFITTE (Niort), CUILLERET (Lyon), TRILLAT (Lyon), DE CAGNY (Berck), SILHOL (Marseille), LEPART (Le Mans), CALVET (Paris), Mlle CIOSI (Paris), MM. GUICHARD (Paris), LONGUET (Paris), Chr. ROCHER (Bordeaux), GRINDA (Nice), G. CHARRY (Toulouse).

Etrangers. — Membres honoraires : MM. GOCHT (Allemagne), PETER BADE (Allemagne), HOHMANN (Allemagne).

Membres associés : MM. GODOY MORERA (Sao Paulo), Ac. DE AMARAL (Rio-de-Janeiro), SEVERO DE AMARAL (Letalea Alba), JANAS (La Haye), HUSTINX (Haarlem), COLMENARES (Venezuela), HANAK (Brno), VERBRUGGE (Anvers), ROMBOUTS (Anvers), CONTIADES (Athènes), JOLY (Bruxelles), PETROV (Sofia), MATTI (Berne).

Le Bureau est ainsi composé pour l'année 1938 :

Président : M. le professeur Rocher (de Bordeaux).

Premier Vice-Président : M. Lance (Paris).

Deuxième Vice-Président : professeur Tavernier (Lyon).

Secrétaires généraux : MM. Richard (Berck), Leveuf (Paris).

Trésorier : M. Clavelin (Armée).

Le prochain congrès se tiendra à Paris, le vendredi 7 octobre 1938.

Les sujets mis à l'étude sont :

1° *Les ostéoporoses et malacies limitées au rachis chez l'adulte.*

Rapporteurs : MM. Marcel et Pierre LANCE (Paris) et Lucien GIRARD (Paris).

2° *Les fractures simultanées des deux os de l'avant-bras.*

Rapporteurs : MM. BILLET (Lille) et BOPPE (Paris).

Pour le congrès de 1939 est mise à l'étude la question : *Traitement orthopédique et chirurgical des arthrites et périarthrites non tuberculeuses de l'épaule et du genou.*

Rapporteurs : MM. POUYANNE et GUÉRIN (Bordeaux).

Les prochaines Journées orthopédiques se tiendront en 1938, en Suisse. Leur siège et leur date précises seront indiqués prochainement.

M. LANCE.

PRATIQUE MÉDICALE

UN APPAREIL DE PERCUSSION ÉLECTRIQUE

Un grand nombre de médecins utilisent de moins en moins la percussion ; pourtant cette dernière constitue un moyen très sérieux d'investigation si on sait s'en servir. Premièrement, la percussion exige une bonne oreille, mais nous avons constaté que chaque fois qu'un autre confrère percute après nous un malade, nous nous rendons mieux compte des différences de matité des divers organes ou des épanchements.

Or l'appareil que nous avons mis au point devrait suppléer le deuxième confrère. En effet, cet appareil peu encombrant permet de percuter le cœur, le foie, la rate et de percevoir avec facilité toutes les anomalies.

L'appareil se compose d'un petit cylindre en ébonite ayant 6 cm. de hauteur et le diamètre de 4 cm. A l'intérieur on a fixé une bobine enroulée de fil et deux pièces en acier qui permettent l'engrenage d'un électro-aimant et d'une tige qui porte à une de ses extrémités une boule en plomb qui sert de marteau. La base de l'appareil est constituée par une membrane très mince, et c'est par ce côté qu'on applique l'appareil sur la région à examiner. Un détecteur fixé à l'extérieur de l'appareil permet de faire passer un courant de 110 volts par une prise appropriée. Chaque fois qu'on interrompt le courant, la boule de plomb vient frapper la membrane et déterminer l'aire de matité ou de submatité. L'appareil porte deux orifices dans lesquels on branche les tubes d'un stétoscope ; on peut donc faire non seulement l'auscultation précise de la percussion, mais de l'auscultation en même temps, comme avec le stétoscope ordinaire.

DOCTEUR H. HERSCOVICI (de Paris).

(Cet appareil n'existe pas dans le commerce, l'auteur en a construit un seul pour son usage personnel, et par la présente note il désire seulement en faire connaître le principe.)

REVUE DES THÈSES

Glutathion et déficience hépatique, par le docteur Henry GOUDARD (*Thèse* Paris 1937). Montourcy, imprimeur-éditeur, 4 *bis*, rue Nobel, Paris.

Dans ce remarquable et solide travail, poursuivi aux laboratoires du professeur Léon Binet, l'auteur rapporte des travaux personnels et récents qui démontrent que sous l'influence de diverses agressions, la biochimie du foie est singulièrement perturbée.

Les recherches ont porté sur le glutathion, c'est-à-dire sur un corps soufré qui, comme on le sait, existe dans tous les tissus et qui intervient dans la nutrition cellulaire.

Sous l'influence de la ligature du canal cholédoque ou bien à la suite d'une lésion hépatique réalisée avec l'arsenic, l'alcool ou le chloroforme, ou encore à la suite d'une surcharge alimentaire, comme celle que détermine le gavage, la teneur du foie en glutathion subit une baisse considérable. Cet abaissement est suffisamment marqué pour que l'auteur puisse poser le problème thérapeutique, c'est-à-dire un essai de recharge du foie en glutathion.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES PARAPLÉGIES (1)

Caractères de la paraplégie d'Erb :

1. L'élément paralytique demeure atténué.

L'hypertonie domine et les troubles sont souvent plus accusés d'un côté.

2. Il n'existe pas de R. de défense, pas ou fort peu de T. sensitifs.

3. Les *T. génito-urinaires* sont par contre au premier plan :

Impuissance.

Mictions impérieuses. Incontinence ou rétention.

Troubles de la défécation.

L'examen neurologique complet découvre la diffusion en hauteur des lésions :

Parésies et hyperréflectivité au niveau des membres supérieurs.

Paralysies des paires craniennes (III-VI).

Le signe d'Argyl-Robertson surtout, d'une valeur capitale.

Ce tableau représente un ensemble caractéristique, surtout lorsqu'il est complété par les stigmates divers de la Σ ancienne :

— Leucoplasie buccale.

— Aortite.

Par contre, les recherches humorales sont souvent décevantes :

Le B. W. dans le sang peut être négatif.

Le liquide céphalo-rachidien ne révèle guère qu'une réaction albumino-lymphocytaire discrète (A. et L. résiduelles).

Il s'agit en effet d'ordinaire de formes vieilles et *fixées*, peu évolutives et rebelles au traitement.

La Σ peut, en outre, réaliser des formes complexes, jusqu'à simuler la sclérose en plaques ou la syringomyélie, d'où les erreurs de diagnostic.

Elle peut, associant des S. de la série tabétique et des symptômes pyramidaux, donner naissance aux scléroses combinées.

Il est même des pachyméningites cervicales, qui vont jusqu'à réaliser le tableau d'une compression médullaire.

III. — LES AFFECTIONS SYSTÉMATISÉES réalisent des ensembles complexes, où la P. S. ne forme qu'un élément du tableau clinique.

A. *La sclérose en plaques* qui débute chez l'adulte jeune.

Le diagnostic en est aisé quand la symptomatologie est complète. A la P. S., s'ajoutent alors.

— Les T. de la parole : scandée.

— Le tremblement intentionnel.

— Le nystagmus et l'ensemble des signes cérébelleux.

Mais dans les F. coutumières, la P. S. paraît plus isolée. C'est ici qu'il convient de rechercher dans le passé du malade :

Les poussées régressives de troubles variés : parésies transitoires.

Vertiges. Paresthésies.

Crises de rétention d'urines.

De plus, l'examen neurologique détache quelques symptômes particuliers :

— La persistance du réflexe médio-pubien et l'abolition du cutané abdominal.

— Des troubles cérébelleux dissociés : incoordination.

— Des *troubles oculaires* surtout, en rapport avec une *névrite rétro-bulbaire* (fond d'œil).

Enfin, dans le liquide céphalo-rachidien, il existe parfois deux éléments contradictoires :

Benjoin sub-positif.

W. négatif.

Le diagnostic se fonde au surplus sur l'allure évolutive irrégulière, par *poussées* de la maladie.

B. *La syringomyélie* associe à la P. S. :

— Une amyotrophie radiculaire inférieure type Aran-Duchenne.

— Les arthropathies. La cypho-scoliose.

— Enfin la dissociation thermo-analgésique.

C. *La sclérose latérale amyotrophique* est signée, outre le syndrome Aran-Duchenne, par :

1. Les contractions fasciculaires, symptôme caractéristique.

— Les troubles progressifs de la phonation et de la déglutition.

D. Dans le cadre des affections médullaires, il convient aussi de ranger les *syndromes neuro-anémiques* qui réalisent, soit une P. S., soit des scléroses combinées.

Au terme de cette discussion sur l'étiologie des paraplégies spasmodiques, il apparaît donc qu'elles reconnaissent pour origine habituelle une atteinte *médullaire* de niveau variable.

Toutefois, certaines affections cérébrales sont capables de réaliser ce syndrome par lésion haute et bilatérale de la voie pyramidale.

1. *Chez le vieillard :* on rappellera sans insister les syndromes lacunaires où prédomine la note paraplégique.

2. *Chez l'adulte :* il faut pour donner naissance à la P. S. une lésion localisée aux lobules paracentraux. (Gomme tuberculeuse. Sarcome de la Faux).

3. *Chez l'enfant :* on discutera surtout deux affections aux frontières du reste incertaines :

1. La *Maladie de Little*, congénitale, où la contracture prédomine volontiers sur les membres inférieurs ;

2. *La diplégie cérébrale infantile*, qui s'accompagne d'un grand déficit intellectuel.

HENRI CHEVALIER.

(1) Fin. — Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1937, n° 80, p. 1270 ; n° 82, p. 1302 ; n° 84, p. 1334.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Éd., 17, rue Cassette.

N° 87. — SAMEDI 30 OCTOBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

AVIS

A partir du 1er novembre, les prix d'abonnement sont ainsi modifiés :

FRANCE : *un an*, 54 *francs ;* ETUDIANTS, 30 *francs.*

ETRANGER : *Pays ayant accepté la réduction de poste,* 78 *francs ; Autres pays,* 90 *francs.*

PRIX DU NUMÉRO : 60 *centimes.*

Prière d'ajouter, à toute demande de numéros isolés, 10 *centimes par exemplaire pour le port.*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Lyon. — Un concours pour la nomination à une place de chirurgien des hôpitaux, s'ouvrira le 28 mars 1938. Inscription avant le 19 mars.

Faculté de médecine de Paris. — Le Conseil de la Faculté vient de désigner le successeur de M. Roussy.

M. le professeur Tiffeneau a été élu.

Ecole de médecine d'Angers. — M. Nédelec est chargé de la suppléance de clinique chirurgicale et obstétricale.

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, s'ouvrira le mardi 26 avril 1938 devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Séance publique annuelle de l'Institut de France. — Cette séance a eu lieu lundi sous la présidence de M. Louis Bertrand. M. le professeur Achard, au nom de l'Académie des sciences, a exposé « ce que la science doit à la clinique ».

Grande Chancellerie de la Légion d'honneur. — Le *Journal officiel* du 20 octobre publie un décret portant relèvement des droits de chancellerie. Ce relèvement concerne la Légion d'honneur, les ordres coloniaux et les décorations étrangères.

Ministère de la Santé publique. — Le *Journal officiel* du 20 octobre publie un arrêté relatif aux analyses des sources d'eaux minérales. Conformément au décret du 30 avril 1930, les eaux minérales doivent être analysées au moins deux fois par an par un laboratoire public agréé. L'eau de lavage des bouteilles est soumise à la même surveillance. L'arrêté donne enfin la liste des laboratoires agréés.

Prix Nobel. — On annonce que les prix Nobel de chimie et de médecine seraient décernés, cette année, à des hommes de science ayant fait des recherches sur les vitamines.

Université de Turin. — Le professeur Azzo Azzi, l'éminent titulaire de la chaire d'hygiène et de microbiologie, a été nommé recteur de l'Université royale de Turin.

Université de Bucarest. — Le professeur Marinesco a été élevé à la dignité de grand officier de la Légion d'honneur.

Inaugurations. — Le Président de la République a inauguré la *Fondation médicale du Mont-Valérien*, maison de santé pour classes moyennes (fondation Foch), en présence de M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique, de l'ambassadeur des Etats-Unis, du Général Pershing et de M. Justin Godart, ancien ministre. Les orateurs ont rendu hom-

mage aux fondateurs, et notamment à notre ancien collègue, le docteur Ch. W. Du Bouchet.

— Le ministre de la Santé publique a inauguré 6, rue Jules-Guesde, la nouvelle *clinique médico-chirurgicale de l'Association Léopold Bellan.* Il a été reçu par M. René Carré-Bonvalet, sénateur, président des œuvres sociales de l'Association Léopold-Bellan.

Association pour le Développement des Relations médicales (A.D.R.M.). — L'Association pour le Développement des Relations médicales, poursuivant méthodiquement ses efforts pour resserrer ou créer des liens entre la France et les pays étrangers, a étendu, pendant les vacances dernières, grâce à l'appui et au concours de MM. Laugier et Marx, les échanges d'étudiants qu'elle avait commencés l'an dernier.

Vingt-neuf étudiants tchécoslovaques, vingt étudiants yougoslaves et cinq étudiants hongrois ont été logés et nourris à la Cité Universitaire pendant un mois par nos soins. Dès leur arrivée à Paris, ces jeunes gens et jeunes filles furent reçus Salle Béclard par le Professeur Hartmann qui, après leur avoir souhaité la bienvenue à Paris, s'est occupé de les grouper par spécialités et de les adresser dans des services hospitaliers dont les chefs, MM. Sergent, Fiessinger, Sénèque, Couvelaire, Blondin, etc., avaient bien voulu promettre de s'occuper d'eux. De plus, des conférences spéciales avaient été organisées à leur intention par MM. Fiessinger, Marquézy, Jacquelin, Ravina et Albeaux-Fernet.

A l'occasion de l'Exposition Internationale et pour marquer plus spécialement leur séjour à Paris, l'A.D.R.M. offrit à ses jeunes hôtes un grand dîner au Restaurant du Roi George, à l'Exposition, dîner dont M. Laugier avait bien voulu accepter la présidence et auquel avaient été invités les ministres de leurs pays respectifs : M. Adam de Koos pour la Hongrie, M. Alexis Steiherhof pour la Tchécoslovaquie, M. Simitch pour la Yougoslavie y représentaient leurs ministres absents de Paris. Quelques professeurs, médecins ou chirurgiens des hôpitaux, qui avaient été en rapport avec ces jeunes gens, assistaient également à ce dîner. A la fin du dîner, un exemplaire du très joli album édité pour le Palais de l'Art français fut remis à chacun de nos invités comme souvenir.

De leur côté, la Hongrie, la Tchécoslovaquie et la Yougoslavie nous avaient offert de recevoir des étudiants français. Nous avons pu envoyer 5 étudiants à Budapest, 6 à Belgrade et 7 à Prague, tous internes des hôpitaux de Paris. Ces jeunes gens sont revenus enchantés de leur séjour à l'étranger et de l'accueil qui leur avait été fait. Ils se sont rendu compte de l'intérêt que pouvaient présenter ces échanges, ils ont vu qu'ils pouvaient apprendre quelque chose hors de France et qu'ils pouvaient également, en même temps, faire connaître à l'étranger l'étudiant français instruit et travailleur. Tous, dès leur retour, ont déclaré à notre Président qu'ils s'efforceraient de recruter pour l'an prochain de nombreux étudiants français, car il y a lieu d'espérer que ces échanges iront en augmentant à l'avenir.

A la mémoire de Ferdinando Micheli. — Notre grand confrère de Turin : *Minerva Medica* vient de publier le 14 octobre 1937, un beau numéro consacré à la commémoration du Sen. Prof. Ferdinando Micheli, l'illustre clinicien italien récemment décédé.

Nécrologie. — Le docteur Métreau, conseiller général de la Charente-Inférieure.

— Le docteur Joseph Sklodowski, frère de Mme Curie, président de la Société médicale de Varsovie.

— Le docteur Pierre Sée, docteur ès sciences, chevalier de la Légion d'honneur, décédé le 21 octobre, à Paris. Notre regretté confrère était le petit-fils du professeur Germain Sée. Nous prions Mme Pierre Sée, sa veuve, et le docteur Emile-Germain Sée, son frère, de recevoir l'expression très émue de notre sympathie.

CHRONIQUE

LE FILM « LA SPÉCIALITÉ PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE »

L'Union intersyndicale des fabricants de produits pharmaceutiques a eu l'heureuse idée de présenter en un film ordonné par Jean-Benoît Lévy, la spécialité pharmaceutique française, dans le but de faire connaître au monde médical l'importance des organisations de nos grands laboratoires et aussi de montrer à l'étranger le matériel important qui permet à ces laboratoires de produire des médicaments de qualité.

La première présentation du Film a été réalisée le 20 octobre à la Faculté de pharmacie, sous la présidence de M. Chapsal, ministre du Commerce.

M. Guérin, doyen de la Faculté de pharmacie, a souhaité la bienvenue au ministre et a dit tout le plaisir que lui causait la réalisation de ce film qui doit porter loin le renom de nos laboratoires. Réalisé dans l'union des spécialistes, il doit être un élément du maintien d'une union plus désirable que jamais.

M. le docteur Jean Faure a pris ensuite la parole pour remercier les assistants, et tout spécialement M. Chapsal qui, malgré ses multiples occupations, avait tenu à constater par lui-même le grand effort des laboratoires pharmaceutiques pour la diffusion des spécialités françaises.

Enfin M. Chapsal remercia les organisateurs de l'avoir associé à cette fête de famille, car il espérait y puiser d'utiles enseignements.

Le Film se déroule, accompagné de musique et d'explications : la Faculté de médecine, la Faculté de pharmacie et ses laboratoires d'études constituent l'entrée en matière, puis suivent les cultures et les récoltes de plantes médicinales.

Les laboratoires sont présentés successivement, mais sans aucune désignation qui puisse faire penser à une publicité.

La préparation des ampoules, leur remplissage, la mise en cachets, la préparation des produits granulés, tout cela passe rapidement sous les yeux.

Puis l'essai des médicaments sur des cobayes, sur des souris.

Le Film se termine par une scène de discussion scientifique entre le professeur Roux, le professeur Calmette et le professeur Louis Martin, sous le signe de l'Institut Pasteur.

Il faut féliciter l'Union intersyndicale des fabricants de produits pharmaceutiques de cette belle réalisation, due à un effort commun dans une union de parfaite collaboration.

Dr Georges J.-B. BAILLIÈRE.

RENSEIGNEMENTS

XLVIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (1)

PREMIÈRE QUESTION MISE A L'ORDRE DU JOUR

Physiologie pathologique et traitement des brûlures cutanées, étendues, récentes.

Résumé du rapport de MM. Pierre DUVAL, de Paris, et MOURGUE-MOLINES, de Montpellier.

Les auteurs soulignent le titre précis de leur travail. Leur intention est d'étudier seulement les brûlures cutanées qui frappent 1/3 au moins de la surface du corps, brûlures du 2e et du 3e degrés, brûlures récentes, c'est-à-dire considérées dès les 4 à 6 premiers jours de leur évolution.

Les lésions tégumentaires ainsi considérées provoquent avec une rapidité parfois foudroyante des accidents généraux graves qu'accompagnent d'autres lésions viscérales et parenchymateuses secondaires.

Cette atteinte de l'organisme à distance ne peut s'expliquer que par une intoxication partie des tissus dévitalisés par la brûlure. L'infection envahit fatalement les téguments brûlés, mais elle n'est pas l'agent responsable des troubles généraux, ceux-ci sont trop précoces, trop rapides et trop graves.

Cette phase intiale d'intoxication répond aux quatre premiers jours. C'est la période de gravité maxima après quoi se montre la période d'infection, grave encore certes, mais à un degré moindre.

Les auteurs considèrent successivement :

a) La mortalité.
b) Le syndrome des grands brûlés.
c) Les lésions locales et à distance.
d) Les réactions biologiques dans le sang et dans l'urine.

La gravité des différents cas varie en raison directe de l'étendue des brûlures calculée par rapport à celle de la surface du corps. Le type du grand brûlé est le sujet dont les vêtements ont pris feu : lésions des jambes, des cuisses, des organes génitaux externes, des fesses, du ventre et des seins. La mortalité atteint alors 40 %, si 25 à 30 % de la surface du corps ont été lésés. Elle est de 100 % quand les téguments touchés correspondent à 40 % de la surface corporelle. Chez l'enfant, le vieillard, chez tous les tarés viscéraux, la mortalité augmente. Elle varie également suivant les régions anatomiques atteintes : les brûlures du dos, des cuisses et du ventre sont parmi les plus graves.

Les auteurs tracent en détail le tableau clinique d'un grand brûlé dans les heures qui suivent immédiatement l'accident. Ils étudient notamment la tension, le pouls, les urines et la température.

L'histologie des tissus humains brûlés est peu connue. Examinant les téguments d'un sujet mort à la 11e heure avec des lésions des 1er et 2e degrés, Moutier résume ainsi ses conclusions :

I. — Inégalité de la profondeur des lésions en des zones apparemment frappées à un degré égal.

II. — Présence d'un œdème peu considérable superficiel ou profond.

III. — Les vaisseaux dermiques ou sous-dermiques sont ou ne sont pas thrombosés ; certains sont bourrés d'hématies.

IV. — Présence de polynucléaires en nombre considérable dans les vaisseaux et même en dehors d'eux. Plages d'éosinophiles avec extraordinaire diapédèse.

(1) Voir *Gaz. Hôp.*, n° 81, du 9 oct., p. 1274.

Il est curieux de noter que la rétention chlorée ne se limite pas à la zone brûlée. On la retrouve à distance au niveau de la peau saine. Cette constatation est d'importance capitale : elle prouve que les lésions retentissent sur les tissus homologues sains ; à partir de ce moment, la brûlure est devenue une maladie générale.

Les lésions viscérales sont toujours identiques : hyperémie, congestion, infarctus hémorragiques au niveau du foie, du rein, des surrénales, du pancréas, de la rate, des poumons, du système nerveux central.

Les réactions biologiques du sang sont du plus haut intérêt. Le nombre des globules rouges est constamment augmenté : sept, neuf millions, voire seize millions (Dorrence). Il en va de même du taux de l'hémoglobine.

Ridler a étudié la concentration sanguine par la méthode réfractométrique. Il a vu l'index s'élever de 92,6 à 105,3 en moins de huit heures.

La polyglobulie est également de règle. Le temps de saignement diminue ; le temps de coagulation paraît augmenter. L'hémoglobine perdrait son pouvoir fixateur d'oxygène. Il y a toujours une hyperleucocytose considérable et ceci dès l'accident. Faral a signalé la présence de granulations intraglobulaires de tous points comparables à celles que l'on trouve au cours de l'intoxication diphtérique.

L'urée sanguine est augmentée ; dans les brûlures étendues, son taux s'élève d'ordinaire à 0 gr. 90, 1 gr. 15, 1 gr. 20. Cette hyperazotémie est due à la transformation par le foie des substances protéiques du sang provenant des tissus dévitalisés par la brûlure ; elle est comparable à l'hyperazotémie des grands traumatismes, du shock, de la maladie post-opératoire.

Le taux des polypeptides est généralement élevé dans le sang des brûlés. On peut dire que les polypeptides atteignent d'ordinaire le double de leur chiffre normal. Le phénomène apparaît précocement autour de la 6e heure.

L'hypochlorurie est constante. Elle semble proportionnelle à la masse des tissus brûlés. Elle s'installe entre la 12e et la 24e heures.

La glycémie est augmentée. Grunwald et Eliasberg l'ont décelée une heure et demie après l'accident. Cette hyperglycémie précoce ne semble pas, dans l'immense majorité des cas, s'accompagner de glycosurie. L'acidose se révèle constante et proportionnelle à l'étendue des lésions. Le pH urinaire évolue vers les valeurs acides, la réserve alcaline s'abaisse. L'adrénaline augmente toujours dans le sang, mais cette augmentation est de courte durée. Par contre, la calcémie totale ne serait pas modifiée, mais le taux sanguin du calcium ionisé serait abaissé.

La toxicité du sang des brûlés est bien établie, grâce aux travaux de Vogt, Vaccarezzia et Kotzareff. Mais, s'il faut en croire Robertson, c'est le globule rouge qui représente dans la totalité du sang, l'élément fixateur par excellence de la substance toxique. Par contre, le développement de ferments dans le liquide sanguin lui confère un pouvoir antitoxique bien mis en évidence par Kotzareff. Cet auteur a montré en effet que des brûlures successives confèrent à l'animal une véritable résistance. De plus, le sang d'un cobaye brûlé donne à un second cobaye une résistance à telle brûlure qui aurait été certainement mortelle sans cela. Enfin, il semble que l'injection de sang de brûlé puisse dans certaines conditions guérir des brûlures, même après la phase d'intoxication.

Les modifications de l'excrétion urinaire portent sur la quantité et la qualité de l'excrétion. Il est classique d'affirmer que l'oligurie est constante, mais les rapporteurs ont observé des sujets qui moururent de leurs brûlures et qui rejetaient pourtant 1.500 gr. d'urine par jour.

L'albuminurie, la cylindrurie sont exceptionnelles. L'hémoglobinurie est de règle. Le taux de l'urée augmente, celui des chlorures diminue.

Ces données étant connues, comment expliquer la mort rapide des grands brûlés ? Les théories sont nombreuses :

I. — Suppression de la respiration cutanée.

II. — Troubles de la régulation thermique.

III. — Insuffisance rénale.

IV. — Shock nerveux.

V. — Théorie des thromboses viscérales.

VI. — Déficience des surrénales.

VII. — Shock anaphylactique mortel.

Chacune de ces hypothèses contient sans doute une part de vérité. Mais peut-on, en s'appuyant sur elles, établir un pronostic ?

Un peu schématiquement, les rapporteurs distinguent :

A. — Azotémie + polypeptidémie = pronostic bon.

B. — Azotémie normale, polypeptidémie + = pronostic mauvais.

C. — Azotémie + polypeptidémie + = pronostic douteux.

Un amaigrissement marqué, une fonte tissulaire rapide sont toujours de mauvais augure.

Le traitement moderne des grands brûlés

L'importance des troubles généraux exige que leur traitement prenne le pas sur celui des troubles locaux.

A. — Thérapeutique générale immédiate

I. — Contre la douleur : celle-ci est intense. Le moindre frôlement, le simple contact de l'air froid la portent à son paroxysme. C'est vraiment faire « œuvre divine » que de soulager pareille douleur. Un ou deux centigrammes de morphine calment le blessé et permettent son transport à l'hôpital. Son emploi est cependant discuté : une dose trop faible est inefficace ; une dose trop forte aggrave le collapsus. Cet inconvénient peut être évité en ajoutant à la morphine un toni-cardiaque. Cette thérapeutique impossible chez l'enfant pourrait être remplacée par quelques bouffées de chloroforme « à la Reine », dont l'administration serait continuée pendant des heures sans inconvénient.

II. — Contre le refroidissement : la tente électrique, les boules d'eau chaude seront appliquées même avant de déshabiller le sujet.

III. — Contre l'hypotension : camphre, caféine, adrénaline, éphédrine.

IV. — Contre la toxémie : la concentration du sang demeure la cause principale des accidents généraux. Les boissons abondantes, le goutte à goutte rectal à la Murphy et surtout les injections de sérum artificiel permettront la réhydratation immédiate. C'est encore le sérum salé qui combattra l'hyperchlorémie et l'azotémie. A l'acidose, on opposera l'alcalinisation des humeurs par des boissons bicarbonatées et le sérum glycosé. La transfusion sanguine, transfusion de sang pur plutôt que de sang citraté, ne pourra qu'être utile, mais il convient de renoncer à la grande saignée préparatoire et de préférer les transfusions de petites quantités souvent répétées, aux transfusions massives.

Les auteurs rappellent les travaux de Kotzareff sur l'immunisation active contre la « maladie brûlure » et consacrent un chapitre aux « médications complémentaires » : digitale, atropine, hyposulfite de soude, extraits surrénaliens, insuline. Contre les phénomènes infectieux, ils préconisent l'emploi du sérum anti-streptococcique et parfois du sérum antitétanique.

B. — Thérapeutique locale

Lutte contre la douleur. — A ce point de vue, les pansements gras : vieux liniment oléo-calcaire, tulle gras, huile goménolée (Alglave), ambrine, sont excellents. Ils calment rapidement les phénomènes douloureux, n'adhèrent pas à la plaie et possèdent des propriétés kératoplastiques certaines. Par contre, ils empêchent l'élimination des débris tissulaires nécrosés, facilitent la résorption des toxines et ne sont guère applicables dans les brûlures qui nous intéressent, puisque aussi bien celles-ci sont étendues et récentes. En tant que premier pansement, les corps gras sont à rejeter. Plus tard, à la période de réparation, cette méthode reprend tous ses droits.

Lutte contre l'infection. — Le nettoyage chirurgical s'impose suivant la technique indiquée en 1893 par Mme Nageotte, sans brossage excessif, sans antiseptique fort. S'il met souvent à l'abri de l'infection, il demeure sans action sur le développement des phénomènes d'intoxication liés à la résorption des produits de désintégration des tissus lésés ; il faut lui adjoindre d'autres méthodes thérapeutiques.

Lutte contre l'intoxication. — La suppression du foyer toxique au bistouri électrique de préférence, l'épluchage dans les petites brûlures seulement, les bains continus, les pansements humides sont à conseiller. Les poudrages au charbon végétal, à l'iodoforme, aux sels de bismuth sont moins recommandables.

Il était logique de s'opposer à la résorption des produits toxiques nés des foyers de brûlures. Dans ce but, on a utilisé les badigeonnages avec des solutions d'adrénaline ; on a tenté la dessication des plaies par l'exposition à l'air sans pansement, le traitement par coagulation à l'aide de produits chimiques.

On peut dire que l'intérêt capital de ce rapport réside dans ce dernier chapitre d'ordre thérapeutique.

Le traitement le meilleur des brûlures récentes et étendues nous est donné par la pratique de la coagulation de ces brûlures. S'il était connu depuis un certain temps, on peut affirmer qu'il n'est entré dans la pratique courante qu'avec l'emploi de l'acide tannique.

Tannage des brûlures

C'est en 1924 que Davidson eut l'idée d'appliquer du tannin sur des surfaces brûlées. Il n'obéissait pas à une idée empirique. Il pensait que le tannage devait limiter la résorption des produits toxiques en provoquant la coagulation des albumines tissulaires.

Après quinze mois d'expérimentations et de recherches et 25 observations cliniques démonstratives, Davidson publiait en 1925 les résultats obtenus, ainsi que sa technique.

Les détails de cette méthode qui a « révolutionné le traitement des brûlures » méritent mieux qu'une analyse. Tout chirurgien doit les lire dans le rapport magistral qui lui est offert. Citons seulement les têtes de chapitre : action et résultats du tannage, modifications apportées au tannage, pouvoir antiseptique de la solution de tannin, les succédanés : nitrate d'argent, perchlorure de fer, etc..., la coagulation par les antiseptiques : mercurochrome, violet de gentiane et vert brillant.

Cet important travail se termine par l'exposé des méthodes favorisant la cicatrisation : pansements, modifications biologiques, utilisation des agents physiques et surtout application de greffes « en pastilles », à la période terminale, suivant la technique de Davis et Alglave.

Discussion

M. Mac Clure (Detroit), fait l'éloge du traitement tannique. Grâce à lui, la douleur diminue. Une croûte protectrice se forme ; les lésions s'assèchent, les possibilités d'infection diminuent, la longueur du traitement tend à s'abréger.

Il importe d'ajouter à ce traitement, tous les moyens susceptibles d'améliorer l'état général du blessé : sérum artificiel, sérum glycosé et surtout : transfusion.

M. Wilson (Edimbourg), considère surtout les brûlures chez l'enfant. Il applique systématiquement sur les lésions

une solution d'acide tannique à 20 p. 100 après décapage au sérum physiologique. Le blessé est ensuite réchauffé artificiellement. Ce traitement local est complété par un traitement général : extraits surrénaux luttant contre la toxémie, violet de gentiane, acriflorine luttant contre l'infection.

M. Riehl (Vienne) préconise dans tous les cas l'usage de la transfusion. La méthode lui a donné 65 à 70 p. 100 de guérisons. On peut juger de l'efficacité de la transfusion par des examens de sang répétés. Le tannage lui apparaît comme une excellente thérapeutique. Le bain continu n'est pas suffisamment vulgarisé.

M. Von Seemen (Munich). — L'ablation des tissus nécrosés est à la base de toute thérapeutique. L'auteur la réalise en utilisant le brossage électrique et la dessication par la chaleur.

M. Donati (Milan). — Toute la pathogénie des brûlures est sous la dépendance de deux phénomènes physio-pathologiques : concentration sanguine et résorption des substances toxiques nées au niveau des brûlures. L'auteur est persuadé que les troubles circulatoires sont les plus importants et les premiers en date. La thérapeutique devra donc en conséquence tendre dès le début des accidents à réhydrater le blessé.

M. Decker (Lausanne), confirme ce qu'a dit le professeur Duval au cours de son rapport : il y a similitude entre la « maladie générale brûlure » et la « maladie post-opératoire ». Il étudie spécialement le problème de l'hypochlorémie et montre toute sa complexité. Des dosages répétés en séries l'amènent à conclure qu'il n'y a pas de parallélisme entre l'importance de l'atteinte tissulaire et les modifications du taux des chlorures sanguins.

M. de Fourmestraux (Chartres), a observé même dans des cas très graves une absence complète d'oligurie, contrairement aux données des classiques.

Le traitement local le meilleur consiste à badigeonner les lésions, soit avec de l'alcool iodé, soit avec le mercurochrome dilué. L'auteur a eu souvent l'occasion de soigner des brûlures graves au cours d'accidents d'avion. Il signale cette variété de brûlure, où le pronostic est particulièrement sérieux, puisqu'en sus des lésions cutanées, on note des lésions pulmonaires dues à l'inhalation de vapeurs d'essence et de gaz de combustion.

M. Leriche (Strasbourg) reconnaît les excellents résultats que donne « le tannage ». Mais la méthode ne met nullement à l'abri des « troubles humoraux ».

Le mercurochrome est à recommander chez l'enfant. L'héliothérapie est un procédé excellent, trop délaissé en pratique.

M. Dziemlowski (Pologne) utilise en applications locales l'huile de baleine, particulièrement riche en vitamines, ou l'acide tannique. Il expose longuement sa technique.

MM. Hamant et Grimault (Nancy-Algrange). — La toxémie des brûlés est identique à la toxémie des grands traumatisés.

Il est nécessaire de procéder chez les uns et chez les autres à l'ablation des zones de nécrose. Ceci fait, on peut souvent et sans plus attendre, réaliser la réparation anatomique des tissus par greffes ou sutures.

MM. Lombart et Montpellier (Alger) citent deux observations de brûlures mortelles chez des enfants. Dans le premier cas, la mort survint au 55e jour avec abaissement des protéines sanguines et inversion du rapport serine-globuline. Le taux de l'urée demeura normal, mais celui de la cholestérine baissa. Au niveau du foie, on nota une dégénérescence graisseuse du parenchyme et au niveau du rein des lésions nettes des glomérules.

Dans le deuxième cas où la mort survint à la 27e heure, on constata des lésions de néphrite limitées aux tubes contournés ; les glomérules étaient intacts, le foie très sain. Il existait cependant un certain degré d'ictère et une glycosurie légère.

MM. Piollet et Limousin (Clermont-Ferrand). — Le pansement immédiat à l'huile de foie de morue agit contre le choc et la toxémie. On renouvellera le pansement aussi rarement que possible. On y ajoutera une séance d'irradiation : soleil ou rayons ultra-violets. Le tannage s'applique surtout au traitement des lésions découvertes.

M. Delagenière (Le Mans) demeure fidèle à la thérapeutique que lui a enseignée son maître Lecène : brossage léger, décapage à l'alcool sous anesthésie générale. Les brûlés arrivent trop tard au chirurgien. Le praticien doit les adresser au chirurgien comme tous les grands blessés. L'application immédiate du classique pansement gras est une pratique néfaste ; il faut à ce sujet refaire l'éducation du public et des infirmières.

MM. Chevalier et Carcassonne (Marseille) ont soigné récemment 11 marins espagnols gravement atteints. Ils ont utilisé l'huile de foie de morue en pansements locaux et en injections intra-musculaires. Les résultats ont été excellents.

***

Deuxième question mise a l'ordre du jour

Les embolies artérielles des membres. — Physiologie, pathologie et traitement

Résumé du rapport de MM. J. Fiolle (de Marseille) et P. Funck-Brentano (de Paris)

Les auteurs déclarent ne s'intéresser qu'aux « embolies manquées » et « occultes », laissant délibérément de côté les embolies cliniquement manifestes.

Les embolies « manquées » sont celles qui, après un début bruyant, évoluent vers la guérison, sans provoquer de lésions gangréneuses. Les embolies « occultes » ne se traduisent par aucun signe capable de suggérer nettement l'idée d'embolie.

Divers facteurs interviennent dans le succès ou l'insuccès de l'embolie ; les uns sont d'ordre mécanique : volume, forme, nature de l'embolie, accrochages, niveau de l'arrêt, degré de la distension artérielle, étendue de la thrombose extensive ; les autres sont d'ordre physiologique : état du cœur, vaso-motricité, élasticité plus ou moins grande des artères, richesse de la circulation collatérale et par-dessus tout, réactions du sympathique.

Etude analytique

I. — L'Embole

Il peut présenter des aspects fort variables. Il se modifie du reste au cours de sa migration ; il n'est déjà plus à l'arrivée ce qu'il était au départ. C'est parfois un fragment de thrombus banal, d'autres fois, une végétation pédiculée valvulaire. Dans les endocardites aiguës il s'agit souvent d'un détritus fibrino-leucocytaire plus ou moins infecté ou d'un fragment embryonnaire mou ou friable. Ses proportions sont très variables.

Du point de vue physio-pathologique, l'embolie cardiaque est la plus intéressante, mais il convient de ne pas oublier les embolies ayant une autre origine : anévrismes, aortites, athérome, contusion artérielle, lésions par application de garrot, parasites, bourgeons cancéreux, graisse, gaz, corps étranger circulant dans la lumière des vaisseaux.

Quoi qu'il en soit, deux éléments essentiels sont à retenir : l'*état de septicité* et le *volume* de l'embole ; c'est ce dernier élément qui semble jouer le rôle prépondérant dans la production de la gangrène.

II. — Les lésions de la paroi artérielle

Les unes sont antérieures à l'accident, les autres lui sont contemporaines. Les premières ont une certaine influence sur la fixation de l'embole, car toute irrégularité, toute aspérité endo-vasculaire est susceptible d'accrocher au passage le corps migrateur. Ce mécanisme explique certaines nidations latérales, incomplètes, sur des vaisseaux qui, même fortement contractés, paraissent encore beaucoup trop larges pour l'embolus qui les habite. En second lieu, une lésion antérieure aggrave certainement les méfaits de l'embolie, facilite la thrombose et diminue les réactions locales de défense. Mais au total, les lésions récentes sont les plus intéressantes.

Expérimentalement, les auteurs ont utilisé comme emboles, chez le chien, des fragments de muscle. Ces fragments étaient toujours introduits à grande distance du segment artériel qu'ils devaient obstruer. D'une façon générale, introduits dans l'aorte par l'artère rénale gauche ou le tronc sacré, ils étaient retrouvés au niveau de la poplitée.

Dans une première série d'expériences, ces embolies étaient aseptiques ; dans une seconde série, elles étaient septiques, ayant subi une immersion prolongée dans une culture de strepto-entérocoques.

A. Jouve et Haimovici ont réussi à créer chez 11 chiens une endocardite à l'aide de germes d'origine humaine. Les examens histologiques ont été faits par MM. Cornil et Mosinger. Les résultats cliniques et expérimentaux sont absolument comparables.

Les constatations varient bien entendu suivant qu'on considère le segment artériel embolisé ou les segment para-emboliques.

A. Au niveau de l'embolie, la lumière du vaisseau est le plus souvent mais non toujours oblitérée par l'embolus. Même quand on note une oblitération totale, l'artère n'est pas nécessairement distendue. Ce détail est d'importance, car toute distension entraîne des réactions nerveuses marquées, irrite le sympathique vasculaire et engendre des phénomènes graves, d'autant que la paroi artérielle est souvent dans ces conditions comprimée par une « gainite » concomitante.

Si l'embole est aseptique, l'intima apparaît turgescente et plus ou moins dépouillée de son endothélium. Avec une septicité plus accusée, l'intima est « mordue » et les lésions peuvent gagner la limitante interne. L'endartère épaissie se montre parfois infiltrée de polynucléaires : véritables petits abcès histologiques. La limitante élastique interne paraît très résistante. Grégoire l'a cependant trouvée rompue.

La média est d'ordinaire peu lésée et dans tous les cas toujours moins que ne l'est l'adventice. Ce sont les couches externes qui présentent le maximum d'inflammation. On dirait que l'infection se propage non pas de dedans en dehors, mais de dehors en dedans. Les couches internes sont parfois le siège de lésions dégénératives. C'est sur l'adventice que se rencontrent les altérations les plus profondes : vaso-dilatation intense, infiltration massive de polynucléaires débordant souvent l'artère.

B. Dans les segments para-emboliques, les lésions artérielles sont dans l'ensemble plus discrètes. C'est encore l'adventice qui est ici la plus touchée. A distance on découvre des infiltrations polynucléaires d'autant plus marquées que l'infection est plus accusée.

Cornil et Mosinger affirment que la propagation longitudinale se fait exclusivement par l'adventice ; l'endartère y est pour peu de chose, la média pour rien.

Quand on découvre l'artère soit au-dessus soit au dessous de la zone embolisée, la gaine vasculaire apparaît normale et facile à ouvrir. Au niveau du segment répondant à l'embolus, cette gaine est au contraire gonflée, œdémateuse, parfois remplie d'une sorte de gelée. Quelques heures plus tard, les tissus sont durs et adhérents ; tout est pris dans une gangue. Souvent, artère, veine et gaine sont comme réunies en un bloc difficilement dissociable.

Ces infiltrations agissent certainement sur les filets sympathiques, entretiennent ou aggravent le spasme et expliquent, quand elles sont très marquées, l'*étranglement artériel* maintes fois constaté.

On conçoit dès lors comment l'inflammation peut passer de l'artère à la veine et aux capillaires et comment la thrombose s'ajoute à l'embolus. Il est permis d'imaginer que les diverses modifications du sang influent à leur tour sur l'évolution des accidents. Enfin, le cœur lui-même joue dans ces conditions un rôle de premier plan, non pas seulement parce que de ses cavités est parti l'embole, mais parce que sa faiblesse s'exagère du fait des lésions artérielles.

Un élément considérable dans la genèse des accidents réside dans les réactions désordonnées du système nerveux sympathique. Ce fait domine toute la physio-pathologie des embolies artérielles. Dans l'état de santé parfaite, le sympathique remplit à merveille son rôle de régulateur de la circulation ; dans l'état pathologique, tout est renversé : le sympathique perd toute mesure ; alors apparaît le spasme générateur des pires désordres : stagnation, thrombose extensive, gangrène. Un seul espoir persiste, minime trop souvent : l'utilisation rapide des voies de circulation de secours.

Traitement

Il s'agit là d'un traitement décevant. Si le système artériel pouvait être comparé de tous points à un système d'adduction rigide, à une simple canalisation du sang, la question serait moins ardue. Mais ce système artériel n'est pas un système passif.

La circulation artérielle, essentiellement capricieuse, le spasme vasculaire sous la dépendance d'un sympathique imparfaitement connu, la répercussion à distance de ce spasme sont autant d'éléments qui viennent compliquer la question. Il faut y ajouter les lésions artérielles pré-existantes, les lésions cardiaques, toutes les déficiences organiques.

Après avoir étudié le diagnostic positif et différentiel, exposé la technique des examens « complémentaires » et les possibilités de localisation de l'embolie, les auteurs envisagent l'étude des complications, en particulier de la gangrène des membres. Ils en arrivent enfin à la thérapeutique. Deux chapitres sont à considérer :

A. — Méthodes s'adressant a l'embolie

I. — *La thrombotripsie*. — C'est la fragmentation du caillot par un massage énergique et persévérant. On peut pratiquer ce massage soit à travers l'épaisseur des téguments, soit après mise à nu du vaisseau. On en possède une soixantaine d'observations.

Il s'agit là, il faut bien l'avouer, d'une méthode aveugle, qui ne supprime pas le danger du caillot prolongé. Après une sédation passagère des manifestations pathologiques, la fragmentation aboutit à une gangrène massive. Aucun compte n'est tenu de la physiologie capillaire ou collatérale. C'est un pis-aller loin de tout secours vraiment chirurgical.

II. — *L'embolectomie* a connu des fortunes diverses. En 1911 Lejars en rapportait 7 cas à la Société de chirurgie. A peu près à la même époque, G. Labey réussissait une embolectomie au niveau de la fémorale primitive chez un cardiaque. Le pouls réapparut et le malade guérit. Depuis, la méthode resta dans l'oubli, en dépit des plaidoyers de Sencert, Moure, Fiolle, R. Bernard, Gosset, Bertrand et Patel.

Les chirurgiens scandinaves, Emar Key en particulier qui publia en 1912 la deuxième embolectomie suivie de guérison, ont mis la question au point. Présentement, 404 cas ont été publiés, les succès sont de plus en plus nombreux.

Les auteurs exposent la technique en détail.

B. Méthodes s'adressant a la circulation collatérale et artério-capillaire

I. — *L'artériectomie.* — Constitue un procédé récent s'adressant à la physio-pathologie de l'artère et découlant entièrement des récents travaux de Leriche. Les troubles occasionnés par l'embolie sont moins le fait de l'oblitération vasculaire que de l'« extériorisation de l'endartérite ». L'intervention vise à supprimer ce « nerf plexique en conditions pathologiques » que constitue l'artère thrombosée. Ce foyer irritatif déclenche des troubles vaso-moteurs périphériques, générateurs de vaso-constrictions et par suite d'ischémie. La résection d'un fragment artériel entraîne une vaso-dilatation salutaire.

Les rapporteurs signalent les zones dangereuses de l'artériectomie, exposent les résultats et les comparent à ceux que donnent les méthodes précédentes.

II. — *Sympathectomie à distance de la lésion.* — Elle agit en provoquant, comme l'artériectomie, une dilatation intense et prolongée. Elle supprime le spasme facteur de gangrène secondaire (Chastenet de Géry, Dariau, Ecot). Son action sur la douleur est constante. Szymonovicz lui attribue le bon résultat d'une embolectomie de l'humérale, la sympathectomie péri-artérielle ayant été pratiquée simultanément sur l'axillaire.

Agissant d'une façon identique, l'infiltration novococaïnique du sympathique lombaire, cervical ou du ganglion stellaire est étudiée par les auteurs.

III. — *La ligature veineuse.* — Von Appel montra en 1910 que la ligature veineuse faisait remonter la pression sanguine après la ligature de l'artère satellite. Le procédé n'a été employé que très rarement et les résultats se sont montrés quelconques.

Von Appel pensait qu'après blocage artériel, la circulation veineuse correspondant au territoire artériel démuni, aspirait le sang, aggravait la chute de la tension périphérique et augmentait l'ischémie. La ligature veineuse « en amoncelant les obstacles, en obligeant le sang à chercher plus à la périphérie des voies détournées de retour » favorisait le développement des collatérales.

Cette théorie toute mécanique devait être infirmée, vingt ans plus tard, par Leriche et Fontaine, qui montrèrent que l'hypertension périphérique créée par la ligature veineuse était due à une vaso-constriction active bientôt suivie d'une vaso-dilatation active et intense.

C. Traitement pharmacodynamique. — La thérapeutique médicale de l'embolie artérielle a fait depuis dix ans de remarquables progrès.

On connaît bien les effets de la choline et des dérivés de la papaverine sur la musculature artérielle. Le plus intéressant de ces produits est peut-être l'*acétylcholine* qui, injectée sous la peau, détermine une vaso-dilatation périphérique par action para-sympathique. En Allemagne surtout on utilise le chlorhydrate d'*yohimbine* à la dose de 1 à 2 centigrammes par voie sous-cutanée. En France, la *corynantine*, isomère de l'yohimbine, est à l'étude (Perrot, Fourneau).

Les injections sous-cutanées ou endo-veineuses de camphre, de pressyl, de coramine et de cardiazol devront être régulièrement renouvelées et dans tous les cas.

Mais certains médicaments sont à rejeter systématiquement, en particulier l'*atropine*, surtout si l'on use de l'acétylcholine, car elle en neutralise complètement les effets dilatateurs.

D. L'exercice vasculaire passif. — C'est le traitement par les pressions négatives et positives alternées. Utilisée depuis peu aux Etats-Unis, la méthode n'a pas encore fait ses preuves.

Elle nécessite l'emploi d'un appareillage spécial qui ne paraît pas mis au point définitivement.

Les auteurs terminent leur rapport par l'étude des différentes indications thérapeutiques considérées en fonction de l'âge de l'embolie.

Avant la dixième heure, l'*embolectomie* est la méthode de choix.

Après la dixième heure, c'est l'*artériectomie* qui semble le plus souvent indiquée, associée à la thérapeutique vasodilatatrice et spasmolytique.

Très tardivement, alors que l'obstruction artérielle est devenue chronique et bien fixée, c'est encore à l'*artériectomie* qu'il faut avoir recours.

Discussion

M. Albert (de Liége). — L'embolectomie constitue la meilleure thérapeutique, mais elle n'est pas toujours d'exécution facile, et n'est de mise qu'au cours des premières heures qui suivent l'accident. En aucun cas, elle ne dispense d'utiliser tous les moyens médicaux susceptibles de réveiller les réactions vaso-motrices du sympathique.

Quand l'embolectomie n'est plus réalisable, il faut recourir à l'artériectomie. Celle-ci crée un certain degré de vaso-dilatation ; mais avant que la circulation soit devenue suffisante, persistera un état d'hypotension périphérique contre lequel il conviendra de lutter par la ligature de la veine satellite.

La sympathectomie qui n'a plus de raison d'être en cas d'artériectomie constitue au contraire un complément actif de l'embolectomie. Il importe de ne pas négliger l'usage des traitements purement médicaux, notamment des injections d'acétycholine associée au tartrate d'ergotamine.

M. Bedrna (de Haradec-Kralove). — L'embolectomie est la méthode de choix. Après la dixième heure, il préconise la résection des ganglions 3 et 4 de la chaîne lombaire ; sur cinq opérés, l'auteur a eu trois succès. Par contre, ni l'artériectomie, ni l'infiltration novococaïnique du plexus lombaire ne lui ont donné satisfaction.

M. Leriche (de Strasbourg) rappelle les difficultés du diagnostic entre l'embolie, la thrombose et le spasme. Il confirme l'opinion des rapporteurs en ce qui concerne la thérapeutique : embolectomie dans les premières heures, artériectomie plus tard. L'infiltration du sympathique est un excellent procédé.

Discutant la physio-pathologie, l'auteur estime que la question des embolies occultes et des embolies manquées souligne l'importance des troubles fonctionnels qu'engendre souvent une lésion minime. La voie du réflexe parti des nerfs de l'adventice lui paraît plus compliquée que ne l'imaginent les expérimentateurs. A côté de la grande voie principale des nerfs mixtes qui peut dans certaines circons-

tances se montrer « bloquée », doit exister une voie de suppléance qui réside sans doute autour des vaisseaux ; par là passe une partie importante de la sensibilité vasculaire.

M. Wertheimer (de Lyon) publie trois observations particulièrement instructives. Elles mettent en relief la difficulté du diagnostic entre l'embolie et le spasme, mais aussi la valeur thérapeutique de l'infiltration novococaïnique du sympathique.

MM. Carcassonne et Haimovici (de Marseille). — D'expériences rigoureuses et nombreuses faites pour éclairer la physiopathologie des embolies, les auteurs concluent que les phénomènes vaso-moteurs dominent la scène, commandent le développement de l'ischémie et laissent au second plan le facteur mécanique de l'oblitération.

La thérapeutique logique est d'intervenir vite si l'on veut que l'embolectomie soit efficace. Plus tard, l'artériectomie est seule défendable.

M. Naulleau (d'Angers). — Le diagnostic si malaisé des embolies artérielles sera singulièrement facilité par l'usage de l'artériographie. La méthode permet la localisation précise, quasi mathématique de l'embolus.

L'infiltration du sympathique lombaire est une méthode de grande valeur quand elle s'ajoute à l'embolectomie ou à l'artériectomie. Mais son action est fugace. Il importe donc d'y recourir fréquemment ; c'est du moins la conclusion qui s'impose à l'auteur après ses expérimentations chez l'animal.

MM. Iselin et Heim de Balsac (de Paris) ont utilisé l'artériographie dans 4 cas personnels (3 morts). Ils ont noté souvent des faits contradictoires. L'embolie ne serait pas le phénomène initial. L'artère cesse de battre avant que n'apparaisse la coagulation.

On ne saurait comparer la circulation tronculaire et la circulation artériolaire. L'arrêt de celle-ci ne dépend pas strictement de la thrombose du vaisseau principal. L'artériectomie, dans ces conditions, n'est pas d'une efficacité certaine.

(*A suivre.*) E.-A. Dariau.

JOURNÉES ORTHOPÉDIQUES DE PARIS

(*7 et 9 octobre 1937*)

A l'occasion de sa XIXe réunion annuelle et de l'Exposition, la Société française d'orthopédie et de traumatologie avait organisé, à Paris, deux journées réservées à des démonstrations d'orthopédie opératoire et clinique.

Séances opératoires

Les matinées ont été employées aux séances opératoires dans les divers hôpitaux.

Le jeudi : 1° *Enfants-Malades.* — Le professeur Ombrédane (rachisynthèse dans la scoliose, et butée ostéoplastique de hanche.

2° *Hôpital Bretonneau.* — Professeur Leveuf (opération de réduction sanglante dans la luxation de la hanche. Présentation d'opérés).

3° *Hôpital Trousseau.* — Professeur Sorrel (ostéotomie modelante pour déformation du tibia. Résection du genou pour tumeur blanche. Nombreuses présentations de malades. Arthrodèses, arthroplasties de hanches, etc.).

Le samedi. — 1° *Hôpital Cochin.* — Professeur Mathieu (enclouage de fracture du col du fémur. Butée de hanche).

2° *Hôpital Bretonneau.* — Professeur Leveuf (arthrodèse de l'épaule par enchevillement butée, résection cunéiforme externe du calcanéum dans les pieds bots invétérés).

3° *Hôpital Trousseau.* — Professeur Sorrel (réductions sanglantes des fractures de l'avant-bras et de fractures anciennes du coude).

4° *Hôpital Saint-Louis.* — Docteur Boppe (thorax en entonnoir. Plastie tendineuse pour paralysie des muscles de la main. Plastie de hanche ballante).

Séances de démonstrations

Les deux après-midi ont été consacrées aux démonstrations et présentations de malades.

Le jeudi 7 octobre, à l'Hôpital Cochin :

Le professeur Mathieu présente de nombreux malades opérés de fracture du col du fémur et de pseudarthroses du col du fémur traitées les unes par réduction arthroplastique, les autres, lorsque le moignon de col était trop court ou l'état général déficient, par ostéotomie sous-trochantérienne. Il présente aussi une arthroplastie du genou faite en 1935.

MM. Sorrel, Oberthur, Guichard et Longuet présentaient des enfants opérés depuis longtemps de résections diaphysaires pour ostéomyélites aiguës — avec reconstitution de l'os sans arrêt de la croissance — et aucun cas de récidive de l'ostéomyélite.

MM. Pierre Lance et Barcat présentent une statistique intégrale et de nombreux cas d'adultes atteints de subluxation congénitale de la hanche et opérés depuis longtemps par butées ostéoplastiques.

M. Pierre Lance montre un adulte opéré de résection des deux nerfs obturateurs par voie endopéritonéale dans un cas de maladie de Little.

M. Padovani présente des malades opérés de spondylolisthésis par arthrodèse, de traumatismes du tarse avec reposition sanglante, des allongements ou raccourcissements du membre inférieur. Il montre encore les plâtres articulés employés dans le service.

Le docteur Strohl présente un arthromoteur.

Le docteur Richard (Berck) montre par des malades et des radiographies les résultats éloignés obtenus par l'arthrodèse de la hanche au moyen de son procédé du pont-levis.

Le samedi 9 octobre, les démonstrations ont eu lieu à l'Hôpital des Enfants-Malades.

M. Fèvre montre les résultats éloignés des fractures supra-condyliennes de l'humérus chez l'enfant et de la reposition sanglante de la luxation non réduite du coude.

M. Sorrel présente deux cas d'épiphysiolyse de la hanche avec reposition par traction sur le grand trochanter avec un fil de Kirschner — et une coxa vara congénitale traitée par résection cunéiforme du col avec retournement du fragment.

M. Leveuf expose les résultats excellents qu'il obtient dans le traitement de l'ostéomyélite aiguë des adolescents par l'immobilisation plâtrée et l'abstention opératoire.

M. G. Huc montre les bons résultats que l'on peut obtenir dans l'arthrite déformante de la hanche par la simple décapitation fémorale.

M. Boppe présente des hanches paralytiques et expose les résultats que l'on peut attendre des plasties musculaires ou au fil de soie.

M. Bertrand montre les excellents résultats que peut donner dans le pied talus paralytique la transplantation tendineuse précédée d'une résection cunéiforme du calcanéum pour le rendre horizontal et allonger le bras de levier d'insertion des tendons.

M. Lamy montre les résultats des diverses méthodes (évidement, malléotomie interne, résection cunéiforme externe du calcanéum) dans le traitement du pied bot varus invétéré.

M. Weissmann étudie une variété spéciale de pied bot avec supination isolée de l'avant-pied.

M. Godard expose le traitement des fractures des deux os de l'avant-bras par enchevillement central, et de la fracture sus-condylienne de l'humérus par la traction au fil de Kirschner.

M. Leveuf expose les lésions provoquées par les troubles de la circulation capillaire à la suite de la contusion de l'artère humérale dans les fractures sus-condyliennes de l'humérus (soi-disant syndrome de Volkmann).

M. G. Huc présente des écarteurs pour ostéotomie.

M. Oberthur, une attelle de dérotation pour pieds bots — et il montre l'utilité de la translation de l'avant-pied comme complément de l'arthrodèse médio-tarsienne.

M. Brisard montre le résultat du traitement de mains botes traumatiques.

MM. G. Huc et Aimé préconisent l'emploi de la radiothérapie dans le traitement de la péri-arthrite extensive du genou.

(A suivre.) M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1937)

Modifications apportées à l'action hyperglycémiante de l'adrénaline, par addition de sels de zinc. — M. Henry Schwab.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1937)

M. le Président fait part du décès de M. Pedro Chutro, de Buenos-Aires, correspondant étranger depuis 1920 dans la section de chirurgie.

Notice. — M. Terrien donne lecture d'une notice nécrologique sur le professeur Rollet (de Lyon).

Départ de M. Dominguez. — Après un long séjour en France, le professeur Francisco Dominguez, associé étranger, retourne à la Havane. En termes émouvants, il fait ses adieux à l'Académie.

M. le Président répond à M. Dominguez. Après avoir rappelé les travaux du savant cubain, il le remercie pour tout ce qu'il a fait à la Havane et à Paris en faveur de la culture latine et de la diffusion de la pensée française. Il lui dit enfin tous les vifs regrets que son départ cause à ses collègues.

Nécessité de joindre un résumé à la fin de toute publication. — M. E. Marchoux apporte une suggestion à laquelle tout le monde ne peut qu'applaudir. « Nous succombons, dit-il, sous la masse de la littérature scientifique au courant de laquelle il faut nous tenir. Les auteurs nous faciliteraient la tâche, en faisant suivre leur travail d'un court résumé comme le font déjà quelques Français et presque tous les étrangers. Ce résumé assurerait les analyses qui ne sont pas toujours parfaitement exactes. Il nous permettrait de limiter nos lectures au sujet qui, spécialement, nous intéresse et nous permettrait néanmoins de connaître brièvement ce qui s'écarte de notre spécialité. Cette facilité que nous goûtons dans les articles des étrangers, ne le serait pas moins par ceux-ci dans les articles des Français. Les éditeurs y trouveraient aussi l'intérêt de trouver plus de lecteurs. Nous proposons que l'Académie demande :

1° Aux auteurs, de faire suivre leurs travaux d'un résumé aussi court et aussi clair que possible :

2° Aux éditeurs d'exiger ce résumé à la fin de tout article qui leur est remis et de le mettre typographiquement en vedette. »

Une commission est nommée à cet effet.

La constitution et la structure des ultravirus. — M. Levaditi conclut de ses recherches sur les ultravirus que la structure discontinue des ultragermes ne paraît pas homogène. Les corpuscules élémentaires entrant dans la constitution de ces ultravirus semblent, au contraire, représenter des variantes différentes les unes des autres par leurs dimensions et par certains caractères biologiques. Dans le cadre des Ectodermoses neurotropes, les tailles des ultragermes qui en font partie (rage, encéphalite, poliomyélite) sont proportionnelles à la pluralité et à la complexité de leurs caractères fonctionnels secondaires, tels que leurs affinités tissulaires et leur pouvoir pathogène pour les diverses espèces animales.

Les syndromes endocrino-neuro-musculaires. — MM. Marañon et Charles Richet étudient les syndromes endocrino-neuro-musculaires. Dans ce groupe qui, en dehors des phénomènes classiques, ne semble pas avoir attiré suffisamment l'attention, ils isolent 5 syndromes :

1° Le *syndrome parathyroïdo-musculaire*, caractérisé par des phénomènes de la série parathyroïdienne (tétanie Chvostek, modifications de la chronaxie, de la calcémie et du bilan calcique), avec lésions fréquentes de la parathyroïde, associés à des symptômes et à des lésions de myosite. La parathyroïdectomie fut pratiquée dans deux de ces neuf cas. La parathyroïde était altérée, et on observa une amélioration notable.

2° Dans les *syndromes thyroïdo-nerveux*. Marañon et Richet identifient les manifestations paralytiques au cours du myxœdème. Les manifestations sont diffuses, ce n'est que dans une faible mesure qu'elles rétrocèdent sous l'influence du traitement.

3° Le *syndrome spléno-musculaire* se caractérise par l'existence d'une splénomégalie sans signes de cirrhose hépatique, à laquelle vient s'associer une myopathie atrophique. La splénectomie pratiquée dans le seul cas observé semble avoir agi favorablement.

4° Le syndrome *hypophyso-neuro-musculaire* est plus fréquent. Marañon et Richet l'ont observé sur 3 acromégalies et dans 2 syndromes adiposo-génitaux. Ces malades présentaient tous une atrophie musculaire à type Aran-Duchenne et chez 2 acromégalies, ils notaient une dissociation syringomyélique de la sensibilité.

5° Le *syndrome surréno-musculaire*. Les auteurs insistent surtout sur l'hypertrophie musculaire dans les tumeurs cortico-surrénales.

Les auteurs opposent ces syndromes endocrino-neuro-musculaires aux syndromes neuro-endocriniens. Par contre, ils les rapprochent du groupe neuro-anémique ou mieux anémico-nerveux et des manifestations pluri-glandulaires.

Si la succession des phénomènes, manifestations glandulaires initiales, symptômes neuro-musculaires secondaires, est certaine, la pathogénie est discutable. Les lésions sont-elles directement ou indirectement sous la dépendance d'un excès ou d'une insuffisance d'hormones? Y a-t-il modifications dans la neurocrinie ou l'hémocrinie de ces hormones ? C'est possible. Mais Richet et Marañon admettent plutôt qu'il y a sécrétion d'hormones pathologiques par les cellules altérées de la glande endocrine malade.

Chimiothérapie de la tuberculose par les sels d'or. — MM. Paul Courmont et H. Gardère apportent des faits nouveaux pour expliquer l'action des sels d'or dans la tuberculose pulmonaire.

Leurs travaux sur l'action antiseptique « in vitro » des sels d'or sur les cultures homogènes du bacille de Koch, sur le pouvoir bactéricide du sérum des tuberculeux, l'exaltation de ce *pouvoir bactéricide des humeurs* (sérum et uri-

nes), sous l'influence des sels d'or, apportent des bases solides à la théorie de l'action de ce médicament sur le bacille lui-même. Cette action s'exerce surtout sur les formes jeunes, les « *bacilles nus* » de la tuberculose.

Un grand rôle doit être attribué à *l'hypersensibilité indifférente* du tuberculeux. Les auteurs montrent que cette sensibilité se révèle souvent excessive dès les premières injections de doses minimes de sels d'or : le *pronostic* est alors défavorable et la mortalité très grande.

Ils sont partisans des *très petites doses* (qui paraissent suffisantes, inoffensives et révélatrices de l'hypersensibilité) et conseillent une grande prudence dans le traitement et pour la prophylaxie des accidents.

Recherches sur l'acide urique libre et les complexes uricogènes du sérum sanguin. (Le complexe uricogène soluble dans le filtrat sanguin). — M. KHOURI.

La séance du 2 novembre n'aura pas lieu.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1937)

M. FILDERMAN présente une malade qui, atteinte d'un grave anthrax de la jambe, guérit à la suite d'un traitement par l'hémocrinothérapie.

Les enseignements de l'anatoxithérapie staphylococcique. — M. A. BOCAGE, sans revenir sur les résultats brillants de cette thérapeutique, qu'il a été le premier en France à utiliser chez l'homme, montre comment ils éclairent certains problèmes de pathologie générale et d'immunologie d'un très grand intérêt pratique. Après avoir rappelé brièvement des notions peu connues des praticiens (existence et propriétés de la toxine et de l'anatoxine staphylococciques), il expose les notions nouvelles qu'ont permis d'établir solidement deux ans et demi de maniement de l'anatoxine staphylococcique de G. Ramon : possibilité d'immuniser les malades en pleine infection sans phase négative, amélioration clinique de la furonculose parallèle à l'élévation du taux des antitoxines et indépendante de tout choc protéinique, existence d'individus incapables de s'immuniser (hyperglycémiques, etc...), types cliniques de staphylococcies correspondant à certains d'entre eux, etc... Il termine en montrant sous quel aspect nouveau se présente la question des staphylococcies rebelles.

Suit une discussion, à laquelle prennent part MM. GALLIOT, BECART, FILDERMAN, ROSENTHAL.

Volumineux calculs bilatéraux et silencieux des reins. — M. JOLY.

La lutte contre la tuberculose cutanée en Allemagne. — M. FUNK (de Berlin) expose, avec film à l'appui, les diverses phases de la lutte contre le lupus, tant au point de vue social qu'au point de vue traitement général et local et qu'au point de vue surveillance des individus guéris pour éviter les récidives.

MM. LE GAC et CLAOUÉ, appuyant l'exposé de l'auteur, insistent sur l'importance de l'organisme dirigé par lui, qu'ils ont pu admirer.

Radiologie de l'oreillette gauche chez les mitraux. (Position frontale.) — M. R. HEIM DE BALSAC rappelle que l'oreillette gauche normale est invisible en frontale. Augmentée de volume, sa projection apparaît sous forme d'un disque sombre occupant le secteur supéro-droit de la masse cardiaque. Les grosses O. G. se déplacent latéralement, émergeant bientôt de la silhouette, constituant des images radiologiques caractéristiques. Ces migrations auriculaires sont exceptionnelles vers la gauche, habituelles au contraire vers la droite. Les bords droits des deux oreillettes forment ainsi des images en double contour (concentriques ou festonnés) qui correspondent aux stades successifs de la dilatation auriculaire gauche.

Contribution à l'étude de la digestion gastrique. — M. L. LEMATTE dit que les examens radiologiques ne peuvent pas renseigner le clinicien sur la valeur fonctionnelle du suc gastrique. Il étudie la genèse du chlore acide liée aux hydrocarbones et aux protides. L'acide chlorhydrique se fixe sur les albuminoïdes sans l'intervention de la pepsine. La protéolyse est fonction des quantités présentes de ferment. Il convient de mettre en valeur les différents facteurs acides et de mesurer la quantité d'azote solubilisé.

M. HIRCHBERG rappelle que l'acide libre n'existe plus après les gastrectomies et que la digestion se fait malgré cela d'une façon parfaite.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 3 novembre. — Jury : MM. Lemaitre, président ; Strohl, Tanon, Mouquin. — M. DISSEZ. Le traitement des tumeurs bénignes de la peau par l'électrolyse. — M. MACRON. A propos d'un estomac intrathoracique consécutif à une rupture ancienne du diaphragme.

Jeudi 4 novembre. — Jury : MM. Léon Binet, président ; Claude, Lereboullet, Gayet. — M. GUÉRIN. Traitement de la gangrène sénile par les injections de sérum chloruré hypertonique. — M. DESHAIES. L'hérédité dans les psychoses maniaque-dépressive et schizophrénique. — M. CHAROLLAIS. Contribution à l'étude des kystes aériens du poumon chez l'adulte.

Thèse vétérinaire

Mercredi 3 novembre. — Jury : MM. Fiessinger, président ; Maignon, Robin. — M. TOUREAUX. Injections intraveineuses de carbone colloïdal en médecine vétérinaire.

LIVRES NOUVEAUX

Traitement des gangrènes diabétiques (Les Thérapeutiques nouvelles), par le docteur F. RATHERY. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1936.

Dans cette monographie très condensée et essentiellement clinique, on trouvera réunies les plus récentes notions cliniques et surtout thérapeutiques relatives aux nombreuses formes de la gangrène diabétique : mesures prophylactiques générales et locales ; traitement curatif des gangrènes par infection, des gangrènes par artérite, des divers types enfin de gangrène où le système nerveux paraît le facteur prépondérant.

Guide précieux pour le médecin qui doit, en présence d'un malade précocement atteint, trouver à la fois les mots qui persuadent et l'autorité qui impose.

L. BABONNEIX.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 88.— MERCREDI 3 NOVEMBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de médecine de Paris. — Nous avons annoncé dans notre dernier numéro, l'élection de M. Tiffeneau comme doyen, en remplacement de M. Roussy.

M. Tiffeneau a été élu par 44 voix sur 72 votants, contre 27 voix à M. Cunéo et un bulletin blanc.

M. Baudouin a été élu assesseur du doyen.

Rappelons que M. le professeur Tiffeneau, né en 1873, est pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu. Depuis 1926, il est professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris. En 1927, il a été élu membre de l'Académie de médecine.

Le Prix Nobel de médecine. — L'Institut Carolin, Ecole supérieure de médecine de Stockholm, a décerné le prix Nobel de physiologie et de médecine pour 1937 au professeur Albert de Szentgyoergyi, de Szeged (Hongrie), pour ses travaux sur les phénomènes biologiques de combustion et ses découvertes et recherches sur les vitamines.

Préfecture de la Seine. — Un concours pour six places d'internes titulaires en pharmacie des hôpitaux psychiatriques de la Seine, de l'Hôpital Henri-Rousselle, de l'Hospice Paul-Brousse à Villejuif et de l'Hôpital franco-musulman à Bobigny, s'ouvrira à Paris, le 12 janvier 1938. Entrée en fonctions le 1er février 1938.

Le nombre de places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, du 23 novembre au 7 décembre inclus.

Les candidats seront convoqués par lettre.

Préventorium départemental d'Ecouis. — Un concours sur titres est ouvert à la Préfecture de l'Eure, pour un poste de médecin-directeur, résidant au Préventorium départemental d'Ecouis.

Ce médecin doit être pourvu d'un certificat de phtisiologie.

Le traitement de début sera de 38.000 francs. Il recevra, en outre, une indemnité de déplacements de 4.000 francs ; il sera logé, chauffé et éclairé.

Les candidatures devront être adressées à l'Office départemental d'Hygiène sociale, 44, rue Joséphine, à Evreux, et avant le 15 novembre 1937. (Indiquer situation de famille, marié, avec ou sans enfants, ou célibataire.)

Académie des sciences. — 1re liste de prix (1937) :

Chimie. — Prix Houzeau (1.000 fr.), à M. Marius Picon, pharmacien en chef de la Maternité.

Anatomie et zoologie. — Fondation Savigny (1.500 fr.), à M. Henri Heim de Balsac.

Prix généraux. — Prix Lallemand (1.800 fr.), à M. Jean Delay, chef de clinique à la Faculté de médecine.

Prix Thorlet (1.600 fr.), à M. Paul Dorveaux, docteur en médecine, bibliothécaire en chef honoraire de la Faculté de pharmacie.

Guerre. — Le *Journal officiel* du 27 octobre publie un arrêté relatif à la surveillance de la fabrication et de la réception des matériels de protection contre les gaz de combat destinés à la population civile.

Le Club Hippique de France, ayant pour but de réunir les médecins ainsi que les membres de leur famille s'intéressant à l'équitation, vient d'être fondé.

Le docteur Renault, 3, rue Bixio, Président ; le docteur Guillemin, 16, avenue George-V, Secrétaire général ; le docteur Stoleru, 14, rue Daguerre, Trésorier, seront heureux d'adresser sur demande les statuts et tous renseignements à ceux qui en feront la demande.

Medical Yacht Club de France. — La prochaine réunion du Medical Yacht Club de France aura lieu au cercle interallié, 33, rue du Faubourg Saint-Honoré, à Paris (8e), le dimanche 7 novembre 1937, à midi et demi, sous la forme d'un déjeuner amical.

Les confrères, internes et étudiants français, amateurs de yachting, que le Medical Yacht Club intéresse et qui désirent profiter de ses avantages (réunions périodiques, dossiers de renseignements nautiques en constitution, liste des membres, carte du Club, insignes et pavillons, etc...), trouveront tous les renseignements nécessaires auprès du secrétaire adjoint du M.Y.C.F., docteur André Soubiran, 177, rue de Courcelles, à Paris (17e). (Etoile 29-54).

Un hommage à Pasteur. — La *Gazette* a signalé il y a plusieurs mois, tout l'intérêt de la belle exposition réalisée par l'Institut Pasteur, au Palais de la Découverte. Notre collaborateur Mordagne faisait alors remarquer que les œuvres de Pasteur, réunies par son petit-fils, étaien mises à la disposition du public. Les magnifiques volumes étaient d'ailleurs enchaînés, mais pouvaient être feuilletés.

Ils ont été si souvent feuilletés qu'ils sont littéralement usés. Un admirateur enthousiaste a même trouvé le moyen d'enlever un volume.

Cours et conférences. — Faculté de médecine de Paris. — Clinique obstétricale (clinique Baudelocque, 121, boulevard de Port-Royal). — M. le professeur Couvelaire reprendra son cours de clinique le vendredi 19 novembre, à 11 heures, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Hôpital Saint-Jacques. — Ecole homéopathique de Paris (année 1937-1938). — Les conférences de l'Ecole homéopathique de Paris, qui ont pour but d'étudier, en théorie et en pratique, tout ce qui relève de la science homéopathique, reprendront deux fois par semaine à l'hôpital Saint-Jacques, 37, rue des Volontaires, à Paris (15e) (Métro : Volontaires), à 18 heures, à partir du vendredi 5 novembre.

Nécrologie. — Le docteur Regett, à Sainte-Foy-la-Grande (Gironde).

— Le docteur Eugène Broussolle, directeur honoraire de l'Ecole de médecine de Dijon, décédé à Semur-en-Auxois.

— Le docteur Paul Paulin, sculpteur, décédé à Paris à l'âge de 86 ans.

— Le docteur Victor Bros, membre du Conseil départemental d'hygiène de Seine-et-Marne.

— Le docteur J.-M. Genestoux, à Paris.

— Les docteurs Louis Rochette et Paul Rougy (d'Hauteville).

— Le professeur Léon Krynski, ancien doyen de la Faculté de médecine de Varsovie, ancien président de l'Association des chirurgiens polonais.

— Le docteur Gilbert Laurent, ancien député et ancien conseiller général de la Loire.

— Le docteur Edgard Lantzenberg, ancien interne des hôpitaux de Paris (1892), docteur en droit et docteur en médecine, avocat à la Cour d'appel de Paris.

— Le professeur Fedor Krause (de Berlin) vient de mourir, à l'âge de 80 ans. Après avoir hésité entre la musique (il fut élève du Conservatoire de Berlin) et la chirurgie, il fut le disciple de von Volkmann et devint chirurgien de l'Hôpital Augusta Victoria, où il resta jusqu'à sa retraite. Il s'était retiré à Rome il y a quelques années. Toute l'activité de Krause se porta sur la chirurgie nerveuse. Il a publié notamment un traité en deux volumes sur la chirurgie du cerveau et de la moelle, et un traité sur l'épilepsie.

CHRONIQUE

LE BI-CENTENAIRE DE GALVANI

Le bicentenaire de Galvani vient d'être célébré solennellement à Bologne. Le 17 octobre a eu lieu d'abord une cérémonie religieuse à l'église « Corpus Domini », où reposent Galvani et sa femme.

Le 18 octobre, en présence des Souverains d'Italie et de nombreux savants étrangers, parmi lesquels se trouvaient onze prix Nobel, une cérémonie grandiose a eu lieu dans l'Aula Magna de l'Université. Les souverains furent reçus par le Podestat, le recteur M. Ghigi, et au nom du gouvernement par S. E. Tassineri.

Le professeur Majorana, titulaire de la chaire de physique, retraça l'œuvre immortelle de Galvani.

Après la cérémonie officielle, LL. MM. inaugurèrent, au palais de l'Archiginnasio, une remarquable exposition des souvenirs de Galvani. A côté des bustes, des tableaux et des médailles, on admira une exposition iconographique, des livres et en particulier des manuscrits précieux et le fameux « Taccuino », autographe inestimable qui montre la puissance de travail de Galvani.

Dans la salle du Stabat Mater, S. M. le roi-empereur se fit présenter les prix Nobel et les délégations italiennes et étrangères.

Enfin, dans le célèbre théâtre anatomique, le professeur Majorana répéta, en présence des souverains et des savants étrangers, l'expérience historique de la grenouille, telle que la fit Luigi Galvani.

Les jours suivants se réunirent les Congrès de physique, de radiobiologie et de biologie expérimentale, et ce fut la digne conclusion de la commémoration à laquelle le gouvernement et les savants italiens ont, avec une juste fierté, donné un éclat exceptionnel.

F. L. S.



RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU SANS SIGNE CLINIQUE D'ATTEINTE CARDIAQUE

Troubles importants du rythme et de la conduction auriculo-ventriculaire révélés par l'électro-cardiogramme

PAR MM.

MAURICE KAPLAN et JEAN PARROT
ancien chef de clinique à la Faculté — interne des hôpitaux
de Paris

Nous avons pu recueillir dans le service de notre Maître, le professeur Léon Binet, à l'Hôpital Necker, l'observation suivante :

Casimir Ob..., âgé de 19 ans, sans autre antécédent pathologique que des oreillons à onze ans et une intoxication par le gaz d'éclairage il y a quelques mois, est pris le 11 mai 1935 de frissons et de courbature lombaire assez violente.

Dès la nuit suivante, il souffre d'une fluxion douloureuse des deux chevilles. Le lendemain, les genoux et les poignets sont pris.

Il entre le 13 mai dans le service.

Ce jour-là, la température est à 38°6 le matin, à 40° le soir.

On constate de nombreuses localisations articulaires : les deux tibio-tarsiennes, les deux genoux, le poignet gauche, plusieurs articulations des doigts de la main gauche. Ces articulations sont augmentées de volume, chaudes, douloureuses à la palpation, impossibles à mobiliser sans faire souffrir le malade.

On note de plus une rougeur diffuse de la gorge et la déglutition est douloureuse.

L'auscultation du cœur révèle des bruits normaux. Le rythme cardiaque a subi une accélération qui paraît proportionnelle à l'ascension thermique. Il n'existe aucune douleur précordiale, aucune dyspnée.

Les urines ne renferment ni albumine, ni sucre.

Un traitement par le salicylate de soude à la dose de 8 grammes par la bouche est institué le jour même de l'entrée.

La défervescence débute dès le lendemain 14 mai et la température est redevenue normale le 16 mai.

La rétrocession et la disparition de fluxions articulaires est aussi rapide.

Aucun autre signe morbide ne peut être décelé. L'auscultation du cœur reste négative. La tension artérielle est à Mx. 13 1/2, Min. 8 le 20 mai.

Le traitement salicylé est poursuivi à dose décroissante jusqu'à la sortie du malade le 25 mai.

Le malade rentre de nouveau dans le service 3 jours plus tard, le 28 mai, pour un nouvel état fébrile léger à 38° sans autres manifestations pathologiques.

La thérapeutique salicylée est immédiatement reprise à la dose de 8 gr. par jour. Dès le lendemain, la température est redevenue normale et le restera jusqu'à la sortie définitive du malade le 19 juin.

Durant ce 2e séjour, l'auscultation du cœur ne montre aucune modification des bruits du cœur. La tension artérielle prise le 12 juin est à Max. 12, Min. 7.

Par contre, on note dès le 29 mai une *bradycardie* à 58 qui s'accuse les jours suivants. Le rythme est à 48 le 1er juin, à 46 le 7 juin. Il redevient normal ensuite : 68 le 8 juin, 64 le 10 juin.

L'histoire clinique de ce malade se résume en peu de mots.

Un sujet de 19 ans jusque-là bien portant fait brusquement une polyarthrite aiguë fébrile. L'existence concomitante d'une angine rouge et surtout l'action curatrice remarquable et très rapide du salicylate de soude font poser le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu.

Le cœur paraît indemne de toute atteinte.

Au bout de quelques jours la guérison semble complète. Peu de temps après la cessation du traitement salicylé se produit cependant une rechute uniquement fébrile, sans nouvelles manifestations articulaires, rechute jugulée en 24 heures par la reprise du salicylate de soude.

Au décours de cette rechute on observe une bradycardie assez notable qui persiste une dizaine de jours, sans autre signe clinique d'atteinte cardiaque.

Durant les deux séjours du malade, malgré cette absence de signes cliniques d'atteinte cardiaque, on fit systématiquement à cinq reprises un tracé électrocardiographique.

Ces tracés nous montrent des *altérations importantes en même temps que variées et très fugaces de la conduction intracardiaque.* Ces altérations, qui avaient cliniquement passé complètement inaperçues, constituent le principal intérêt de notre observation.

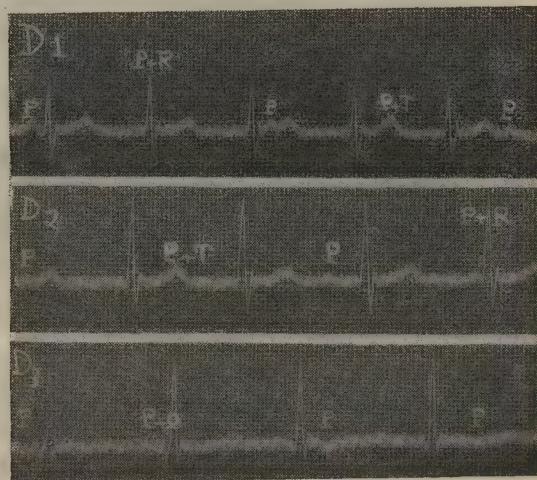


Fig. 1. — Tracé du 14 mai. — *Dissociation complète.*

Le tracé n° 1 (fig. 1) a été pris le 14 mai, alors que le malade, entré de la veille, présente encore une température élevée et des localisations articulaires en pleine évolution.

Il révèle l'existence d'une *dissociation auriculo-ventriculaire complète :* les soulèvements auriculaires P et les complexes ventriculaires Q. R. S. T. sont totalement indépendants.

Les rythmes des oreillettes et des ventricules sont tous deux accélérés ; l'accélération est un peu plus marquée pour les ventricules que pour les oreillettes.

En D_1 nous trouvons un rythme d'environ 130 contractions ventriculaires par minute pour environ 113 contractions auriculaires et nous voyons chevaucher

7 complexes ventriculaires avec 6 soulèvements auriculaires. Il en est de même en D_3.

En D_2 existe un rythme d'environ 111 contractions ventriculaires par minute pour environ 90 contractions auriculaires et nous voyons chevaucher 6 complexes ventriculaires avec 5 soulèvements auriculaires.

Le sommet R., très marqué en D_3, témoigne d'une prépondérance ventriculaire droite. Le complexe ventriculaire ne présente par ailleurs aucune déformation pathologique. Par contre le soulèvement P est inversé et bifide en D_3.

Au total il s'agit donc d'une *dissociation auriculo-ventriculaire complète* d'un type très particulier ne s'accompagnant d'aucun ralentissement. Il existe même une certaine accélération, cliniquement mise aisément sur le compte de la fièvre.

observations précitées, au contraire, le rythme des ventricules, bien que rapide, restait plus lent que celui des oreillettes.

Ces dissociations auriculo-ventriculaires du rhumatisme articulaire aigu ne sont jamais durables. Notre cas n'a pas échappé à cette règle. Sur le deuxième tracé la dissociation a complètement disparu.

Le *tracé n° 2* (fig. 2) a été pris le 18 mai alors que la fièvre et les flexions articulaires avaient complètement disparu. Il est totalement différent du précédent.

Le nombre des contractions cardiaques par minute est normal : 60 par minute environ.

Il n'existe plus de dissociation auriculo-ventriculaire. Chaque complexe ventriculaire est précédé d'un soulèvement P.

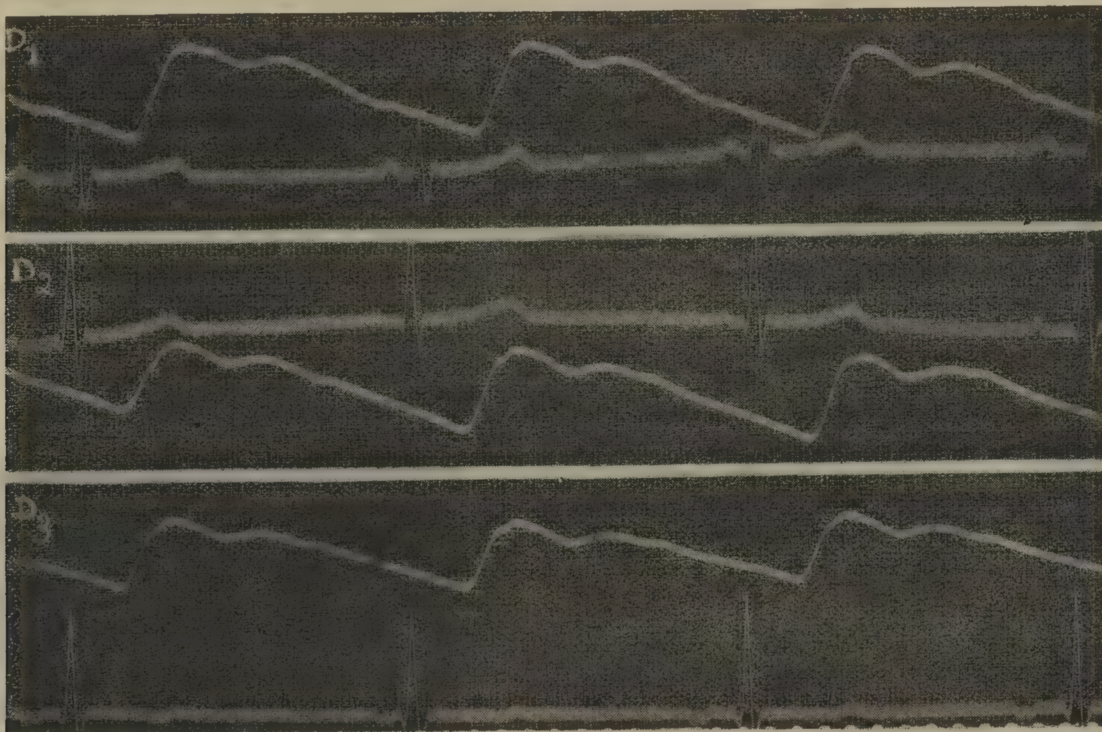


Fig. 2. — Tracé du 18 mai. — ***Variabilité de l'espace P. R.***

Ce type de dissociation auriculo-ventriculaire sans bradycardie se rencontre en fait assez souvent au cours du rhumatisme articulaire aigu. Il est signalé par Routier (1), par Esmein, Pezzi et Donzelot (2), par Vialard (3), par Carr et Reddick (4), par Lian et Calcena (5). Il est toujours une trouvaille électrocardiographique.

Un point un peu particulier à notre tracé mérite cependant d'être souligné : *l'accélération des ventricules dépasse celle des oreillettes.* Dans la plupart des

(1) D. Routier. Dissociation auriculo-ventriculaire transitoire dans le rhumatisme articulaire aigu. *Archives des maladies du cœur*, t. V, mai 1914, p. 310.

(2) Esmein, Pezzi et Donzelot. Troubles du rythme cardiaque chez deux malades atteints de rhumatisme articulaire aigu. *Archives des maladies du cœur*, t. V, mai 1914, p. 323.

(3) S. Vialard. Les troubles du rythme cardiaque dans le rhumatisme articulaire aigu. Leur valeur clinique. *Thèse Paris*, 1930.

(4) Carr et Reddick. Conduction disturbances in Acute Rheumatic Infections. *Journ. of. Am. Medic Assoc.* 1928, t. 91, p. 853.

(5) C. Lian et B. Calcena. Les troubles myocardiques révélés par l'électrocardiographie pendant et après le rhumatisme articulaire aigu. *Presse Médicale*, 2 janvier 1932, n° 1, p. 1.

Mais le segment P-R a une longueur qui varie d'une contraction à l'autre dans des proportions considérables.

Voici quelques valeurs successives du segment P-R exprimées en centièmes de seconde :

En D_1 : 18, 15, 19, 10, 9, 16, 16.
En D_2 : 16, 18, 18, 18, 12, 8, 14.
En D_3 : 14, 9, 18, 19, 21, 19, 20.

Le sommet R est toujours élevé en D_3 (prépondérance ventriculaire droite). Dans cette même dérivation l'onde T est aplatie et le soulèvement P est bifide et inversé.

La particularité la plus intéressante de ce tracé est sans nul doute la variabilité considérable du segment P-R. Sa longueur varie d'une contraction cardiaque à l'autre dans la proportion de plus du simple au double.

Les cas semblables paraissent très rares. Nous n'avons pas trouvé de fait exactement superposable dans la littérature.

Vialard signale, dans une des 63 observations sur lesquelles est basée sa thèse, un tracé où l'espace P-R, très raccourci, variait à chaque révolution cardiaque, si bien qu'au bout d'un certain nombre de battements les deux soulèvements P et R arrivaient à se confondre complètement. Il classe ce tracé dans les cas de *rythme nodal* et suppose que le stimulus se déplace à chaque instant dans une région très voisine du nœud de Tawara. Il fait cependant des réserves en faveur d'une variété un peu spéciale de blocage complet, ou oreillettes et ventricules auraient battu selon un rythme également fréquent mais d'une manière absolument indépendante.

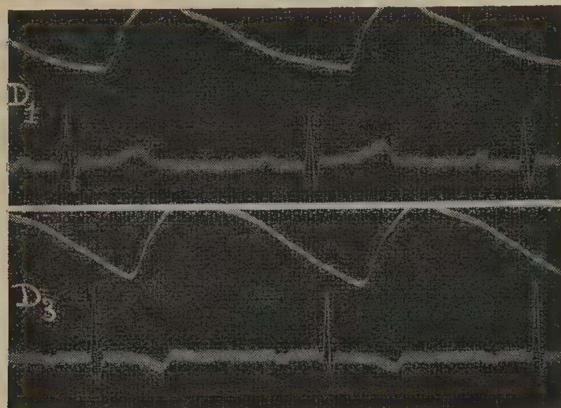


Fig. 3. — Tracé du 25 mai. — *Rythme normal.*



Fig. 4. — Tracé du 13 juin. — *Bradycardie sinusale.*

Notre tracé est différent de celui de Vialard.

Dans l'ensemble, en effet, l'espace P-R n'est pas raccourci, puisqu'à certaines contractions il atteint 18 et même 20 centièmes de seconde.

On pourrait évidemment supposer aussi un stimulus se déplaçant à chaque contraction.

Il nous paraît plus vraisemblable de penser qu'il s'agit d'*un trouble proprement dit de la conduction, d'une véritable claudication légère et irrégulièrement intermittente de celle-ci.*

On comprend mieux par cette dernière hypothèse qu'un tel trouble ait succédé à une dissociation complète. Et de fait *le trouble de la conduction auriculo-ventriculaire a continué à s'effacer sur les tracés suivants.*

Le troisième (fig. 3) a été pris le 25 mai, jour où le malade est sorti une première fois du service. Le quatrième, qui date du 1er juin, et le cinquième (fig. 4), qui date du 13 juin, ont été pris lors de son deuxième séjour dans le service.

Ils sont très semblables entre eux.

La variabilité anormale du segment P-R a disparu. La longueur de ce segment ne varie en effet que de 16 à 20 centièmes de seconde. Il s'agit donc d'une valeur élevée, mais qui ne va pas jusqu'à un allongement pathologique.

On retrouve sur ces tracés en D_3 une onde T inversée et un soulèvement P bifide et inversé. Nous n'insistons pas sur ces anomalies. On sait que lorsqu'on ne les constate qu'en troisième dérivation, leur valeur séméiologique est très restreinte.

Le nombre des contractions cardiaques par minute est d'une soixantaine sur le tracé n° 3, de 45 environ sur le tracé n° 4 (1er juin) et de 55 environ sur le tracé n° 5 (13 juin), ce qui correspond au ralentissement du pouls noté cliniquement à ces deux dernières dates. Les tracés montrent qu'il s'agit d'une *bradycardie sinusale typique* dont on connaît la fréquence dans le rhumatisme. Lian et Calcena (1) la notent chez 42 % de leurs malades.

Apparaissant à un moment quelconque de la crise, tantôt au début, tantôt au milieu, tantôt un peu avant l'entrée en convalescence, elle est parfois fugace, parfois durable. Nous n'avons malheureusement pas eu l'occasion de revoir notre malade après sa sortie du service.

Comme il est de règle, cette bradycardie ne s'est accompagnée d'aucun symptôme fonctionnel.

Au total nous avons vu au cours de cette observation *se succéder des anomalies électrocardiographiques fort intéressantes, très différentes les unes des autres.* La bradycardie est certainement la plus banale.

La dissociation auriculo-ventriculaire complète sans bradycardie, beaucoup moins souvent observée, a néanmoins été mentionnée, nous l'avons vu, par de nombreux auteurs. Son étude vient d'être reprise tout récemment par Aubertin (2).

Beaucoup plus particulier nous a semblé notre deuxième tracé avec sa variabilité très grande de l'espace P-R d'une contraction à l'autre.

Toutes ces anomalies ont été de pures découvertes électrocardiographiques et ce fait montre l'intérêt de la *prise systématique et répétée de tracés électriques chez tous les malades atteints de rhumatisme articulaire aigu.*

Il est en effet très fréquent de voir, comme chez notre malade, les anomalies électrocardiographiques de la conductibilité être la seule preuve de la participation cardiaque au cours d'une atteinte articulaire. Comme le dit Vialard, « *il existe des formes dont toute « l'intensité semble exclusivement se porter sur le « système de conduction. Son atteinte nettement accu- « sée constitue avec l'élévation de la température et « les manifestations articulaires toute la maladie* ».

Dans de tels cas ces troubles de la conduction, décelés par les tracés électriques, prennent une valeur séméiologique importante puisqu'ils sont seuls à in-

(1) C. Lian et B. Calcena. *Loc. cit.*

(2) Ch. Aubertin, Robert Lévy et P. Cacault. La dissociation auriculo-ventriculaire au cours de la maladie rhumatismale. *Paris Médical*, t. 27, n° 18, 1er mai 1937, p. 380.

Et P. Cacault. Les dissociations auriculo-ventriculaires au cours du rhumatisme articulaire aigu. *Thèse Paris*, 1937.

diquer l'*extension du processus infectieux au myocarde.*

On conçoit, d'autre part, dans les cas où la nature de la polyarthrite est elle-même discutable, quel argument puissant *en faveur du diagnostic de maladie de Bouillaud* apporte la découverte par l'électrocardiogramme de troubles de la conduction intracardiaque.

Enfin la constatation de ces troubles de la conduction constitue aussi une indication impérieuse de poursuivre d'une façon intense et prolongée la *thérapeutique salicylée.*

Le caractère fugace, variable, transitoire de ces troubles de la conduction, qui apparaît d'une façon éclatante dans notre observation, conduit à penser qu'ils dépendent de lésions elles-mêmes fugaces, légères et superficielles et non pas d'un bouleversement histologique important. On ne peut s'empêcher de comparer ces faits avec les flexions articulaires et de se demander s'il est bien légitime d'opposer d'une façon absolue la fugacité des manifestations articulaires au caractère indélébile des localisations cardiaques dans la maladie de Bouillaud.

XLVIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (1)

TROISIÈME QUESTION MISE A L'ORDRE DU JOUR

Indications relatives à l'intervention sanglante et aux méthodes orthopédiques dans les fractures diaphysaires fermées des jambes.

Résumé du rapport de MM. MERLE D'AUBIGNÉ (de Paris) et CREYSSEL (de Lyon)

Il est nécessaire de délimiter l'objet du rapport et de définir une fois pour toutes ce qu'il faut entendre par fractures diaphysaires.

Les classiques limitent la diaphyse de la « jambe osseuse » par deux lignes horizontales passant, l'une à trois travers de doigt au-dessous de l'interligne du genou, l'autre à trois travers de doigt au-dessus de l'interligne tibio-tarsien. Toutes les fractures siégeant entre ces deux lignes extrêmes font donc légitimement partie de cette étude.

Mais certaines fractures obliques ne respectent pas ces frontières et intéressent à la fois la diaphyse et l'une des épiphyses. Le fait est rare à l'extrémité supérieure de la jambe, mais très fréquent à l'extrémité inférieure. Quoi qu'il en soit, les fractures diaphysaires de jambe se divisent, du point de vue anatomique, en :

Fractures transversales,
Fractures obliques,
Fractures spiroïdes.

Ces dernières relèvent du mécanisme de la torsion ; les autres sont le résultat d'un traumatisme direct ou indirect agissant par flexion. Des examens radiographiques pratiqués en séries ont montré que cette classification était toute théorique et que souvent les deux mécanismes flexion et torsion agissaient simultanément ou successivement dans la production de la lésion.

Position du problème thérapeutique

La jambe est un segment de membre à deux os. L'intégrité du tibia est seule à considérer dans la statique de la marche, les articulations sus et sous-jacentes étant supposées en parfait état, ainsi que les tissus périphériques, muscles et tissu cellulaire en particulier. Une question demeure discutée : celle des rapports entre le résultat anatomique et le résultat fonctionnel. On sait par expérience qu'un résultat anatomique quelconque et même mauvais peut être suivi parfois d'un résultat fonctionnel parfait. Mais il n'en demeure pas moins vrai, et toutes les statistiques le prouvent, que le maximum de bons résultats fonctionnels répond au maximum de bonnes réductions préalables.

Méthodes de traitement

Elles furent pendant des siècles purement orthopédiques et empiriques. Avec la radiologie, la thérapeutique des fractures fit rapidement des progrès considérables. Elle prépara, conjointement avec les progrès de l'asepsie, l'ère du traitement sanglant. L'une et l'autre permirent le perfectionnement de la thérapeutique opératoire.

Malheureusement, les inconvénients de l'intervention sanglante apparurent aussitôt : retard de consolidation, pseudarthroses, intolérance du matériel métallique, infections parfois graves, et les méthodes orthopédiques redevinrent en faveur. Mais elles s'étaient améliorées : réductions instrumentales, extensions transosseuses.

A. MÉTHODES ORTHOPÉDIQUES

I. *Réduction extemporanée et contention par appareil plâtré.* — Cette technique, très améliorée par Delbet, Bohler et tant d'autres (appareils de marche, appareils réducteurs), est tout de même passible de reproches.

On a mis en doute l'efficacité du plâtre comme agent de contention. Des déplacements fragmentaires sont toujours possibles. La diminution progressive de l'œdème oblige à une réduction et à une contention secondaires.

II. *Extension continue.* — La traction dans l'axe du membre, certainement capable de réduire la fracture, doit pou-

(1) Voir *Gaz. des Hôp.*, n° 81, du 9 oct., p. 1274; n° 87, p. 1373.

voir également la maintenir. Cette méthode donne ses résultats les plus heureux dans l'extension transosseuse.

B. MÉTHODES CHIRURGICALES

Elles comportent :

1° L'ouverture du foyer de fracture ;

2° La réduction à ciel ouvert après libération des fragments ;

3° La contention.

L'engrènement des fragments après réduction est rarement suffisamment solide pour assurer la guérison dans de bonnes conditions. Il est nécessaire d'ajouter à cette réduction une fixation par ostéosynthèse. Ce dernier procédé variera avec la variété de la fracture.

a) *Fracture oblique ou spiroïde.* — Le cerclage est dans ce cas d'une grande efficacité, soit qu'on utilise les lames de Putti-Parham ou le simple fil de fer. Les lames exposent cependant à des troubles importants au niveau du cal : zones de raréfaction, cal hypertrophiant et douloureux, fractures itératives. Les fils métalliques produisent, mais plus rarement, les mêmes lésions ; aussi a-t-on pensé à leur substituer du matériel résorbable : catgut, tendon de renne, etc. Mais alors le montage s'est montré imparfait. Le vissage et l'enclouage constituent un réel progrès.

b) *Fracture transversale.* — La seule fixation métallique réalisable est celle qui utilise la plaque formant attelle longitudinale, types Lane, Lambotte, Sherman. Les accidents d'intolérance tardifs ou précoces ne sont pas exceptionnels et sont dus presque toujours à une faute d'asepsie. L'ablation en un second temps opératoire du matériel de contention dès que la consolidation paraît suffisante peut, dans une certaine mesure, éviter ces accidents. Mais on comprend qu'on se soit efforcé d'éviter à la fois les dangers de la prothèse métallique et la nécessité de cette nouvelle intervention. C'est dans ce but qu'on a imaginé :

I. — La reposition sans ostéosynthèse perdue.
II. — L'ostéosynthèse à matériel résorbable.
III. — L'enchevillement intra-médullaire.

Comme matériel résorbable, on a utilisé des manchons de catgut chromé qui n'ont donné que des échecs, des plaques de magnésium toujours toxiques et mal tolérées, et tout récemment la corne de bœuf qui n'a pas encore fait ses preuves.

L'*enchevillement* intra-médullaire emploie des chevilles d' « os purum » toutes préparées ; la technique s'avère fort compliquée et il n'est pas certain que le procédé assure toujours l'immobilisation complète des fragments dans le prolongement l'un de l'autre.

L'*éclissage* décrit par Danis suppose des manifestations moins compliquées et assure un montage meilleur.

On peut rapprocher de ces procédés l'emploi des tuteurs externes (Lambotte, Judet, Juvara, Boever) habituellement bien tolérés.

De cet exposé des différentes méthodes orthopédiques et chirurgicales, les rapporteurs concluent que les premières n'aboutissent en général qu'à une réduction approximative et que les secondes n'obtiennent la réduction anatomique parfaite qu'au prix de risques nullement négligeables. D'où l'intérêt de considérer maintenant :

Les méthodes orthopédiques avec appui osseux

Elles ont le grand avantage d'éviter l'ouverture du foyer de fracture.

Les auteurs passent en revue les différents procédés :

a) Extension continue transosseuse : broches de Codivilla, Shermann, étrier de Finochetto, pinces de Cuneo, Berard. La technique est longuement décrite et la lecture du texte est facilitée par de nombreuses gravures.

b) Extension bipolaire : appareils de Quenu, Lambret, Mathieu.

c) Réduction suivie de plâtre avec broche transosseuse incluse : procédé de Bohler modifié par Gosset, Cornell, Eikenbary, Padovani.

Comparaison des résultats

Il est nécessaire de consulter le texte du rapport, et les nombreux tableaux synoptiques qu'il comporte, aucune analyse n'étant possible pour juger de ces résultats.

Mais des conclusions s'en dégagent que voici :

I. — Aucune des méthodes considérées ne mérite les critiques diverses dont on les a parfois chargées. La valeur du chirurgien et l'organisation dont il dispose ont une importance considérable dans l'obtention des résultats.

II. — La méthode orthopédique, grâce à l'outillage moderne, permet des réductions souvent parfaites. Par contre, la contention demeure précaire avec le seul plâtre.

III. — L'ostéosynthèse pratiquée à bon escient donne une forte proportion de bons résultats. Elle a l'avantage d'écourter la durée du traitement.

IV. — Les méthodes orthopédiques avec point d'appui osseux marquent un grand progrès sur toutes les autres. Elles exigent malheureusement une prolongation sensible de la durée du traitement.

Résumé du Rapport de M. DANIS (Bruxelles)

L'auteur tient à faire l'éloge de l'ostéosynthèse. Elle seule permet d'obtenir une restauration anatomique réellement parfaite dans le plus grand nombre des cas. Elle permet encore une immobilisation rigoureuse, qu'on lui adjoigne ou non l'application d'un appareil plâtré. Enfin l'appareillage post-opératoire se réduit dans cette méthode à une simple gaine protectrice, à un tout petit bandage ne pouvant en aucune façon entraver le fonctionnement des articulations voisines.

A côté de ce triple avantage, il ne faut pas méconnaître quelques inconvénients : les lésions osseuses qu'entraînent les manipulations, ce traumatisme opératoire qui dépasse parfois en importance l'accident initial.

L'intolérance des pièces métalliques est aussi à retenir. Enfin, cette technique exige une douceur de main, une habileté particulière, un entraînement qui font qu'elle demeurera l'apanage de certains chirurgiens bien doués, et qu'il y aurait peut-être danger à vouloir trop la vulgariser.

Pour toutes ces raisons, l'auteur s'est efforcé :

I. De réduire le traumatisme opératoire.
II. D'augmenter la précision et la solidité des montages.
III. De simplifier la technique,

et ceci en fonction des différentes variétés de fractures.

Et d'abord, que faut-il entendre par « fracture fermée » ? Certaines lésions des parties molles sont tellement accusées que la fracture s'avère manifestement du type des fractures ouvertes. Mais parfois ces lésions sont discrètes, on croit à une fracture fermée et quelques heures après l'accident, certaines érosions insignifiantes se sont transformées en perforations ou en escharres étendues : la fracture fermée est devenue une « fracture ouverte secondaire ». Dans une telle éventualité, les résultats de l'ostéosynthèse sont grandement compromis. D'où l'importance du moment de l'intervention.

Un mauvais état général du sujet, un shock traumatique marqué peuvent retarder l' « heure chirurgicale » ; un jour, deux jours sont nécessaires pour examiner cliniquement le malade, le tonifier, le radiographier. Ce délai étant écoulé, l'ostéosynthèse devient une intervention d'urgence.

Appareillage et soins post-opératoires. — Le sujet est maintenu au lit. Une sorte de guêtre lacée exactement au diamètre voulu est fixée sur le membre malade. Un bandage en plâtre stérilisé, léger, qu'on fenêtre dès le lendemain remplit le même rôle. Le point capital est que les articulations voisines demeurent libres et que le sujet puisse exécuter tous les mouvements, mais « à vide ».

Le malade est autorisé à se lever après deux mois ; mais la jambe n'est libérée qu'après trois mois. Parfois, surtout s'il y a des lésions cutanées importantes, si le trait de fracture est spiroïde, il faut attendre plus longtemps.

La réduction. — L'auteur l'exécute toujours sous rachicocaïnisation (allocaïne à 5 % - 2 cc. 1/2). Il utilise la table opératoire de de Man construite suivant ses indications et qui permet d'intervenir sous une asepsie parfaite.

Ostéosynthèse proprement dite. — Deux procédés sont préconisés :

A. *Ostéosynthèse au fil d'acier.* — Il s'agit d'un fil d'acier inoxydable. La méthode en utilisant un minimum de corps étrangers permet à peu de frais une synthèse indéformable. Le fil est souple, d'un maniement facile ; il supporte sans se rompre une traction dépassant cent kilos. Il ne subit pas d'allongement secondaire ; même fortement serré, il ne crée pas d'ulcérations à la façon d'une plaque ou d'une lame de Parham. Pour rester inoffensif, ce cerclage doit être pratiqué sans entraîner de décollements musculaires ou périostés.

L'auteur emploie une aiguille genre aiguille d'Emet, mais creuse. Cet instrument ne fait qu'un minimum de dégât à condition que pendant sa mise en place, la pointe ne s'égare pas dans les tissus mous. L'usage d'un « tire-fil » est presque toujours nécessaire. La ligature est faite grâce à un « tendeur automatique ».

L'auteur expose ses statistiques en distinguant les fractures spiroïdes des fractures atypiques.

B. *Ostéosynthèses par greffes hétéroplastiques.* — C'est la méthode dite de l' « éclissage » utilisée pour la première fois en 1929. Elle consistait à cette époque à maintenir les fragments à l'aide d'une plaque en os frais autoplastique qu'on logeait dans une rainure taillée au sein de la substance même de l'os fracturé et qu'on maintenait en place par un système de vissage.

En dépit de quelques succès, cette pratique allait être abandonnée quand en 1934, Sivante Orell faisant connaître une espèce particulière de greffon qu'il appelait « os purum », l'auteur tenta d'utiliser ce nouveau greffon.

Il rappelle en détail toutes les expériences d'Orell et les résume en trois propositions : 1° l'os purum ne contient du fait de sa préparation ni albumine, ni corps gras ; c'est un squelette d'os ; — 2° l'os purum est manifestement accepté par l'organisme humain ; — 3° l'os purum est doué d'un pouvoir ostéogénétique indiscutable.

Les tâtonnements du début furent pénibles. L'auteur croit posséder actuellement une technique définitive dont voici les temps principaux. Après réduction, on procède à la perforation d'un premier trou, à 6 centimètres au-dessus du trait de fracture sur le milieu de la face antéro externe du tibia, à l'aide d'une mèche en ébonite de cinq millimètres. A la même distance, mais en dessous du trait de fracture, création d'un second trou. Un coup de scie circulaire jumelée permet la réunion des deux orifices. Les deux copeaux ainsi prélevés laissent à leur place une tranchée large de cinq millimètres. Une fraise tournant à 5.000 tours est promenée rapidement dans cette tranchée pour en régulariser la forme.

Le lit est prêt à recevoir le greffon qui doit y entrer à frottement dur. Quelques coups de marteau en assurent la pénétration. Une foreuse électrique facilite le placement des vis qui traversent totalement le greffon et le tibia.

La technique a été utilisée 6 fois par Danis. Elle se montre à chaque fois plus aisée et les résultats sont de plus en plus satisfaisants.

E.A. DARIAU.

(*A suivre.*)

REVUE DES THÈSES

L'enchevillement central des fractures diaphysaires, par PAUL-LOUIS CHIGOT, préface du Professeur PAUL MATHIEU. Un vol. in-8° de 104 pages, avec 29 figures. Masson, éd., Paris, 1937.

Voici une question d'une très grande actualité à laquelle l'auteur vient d'apporter une contribution dont la préface du Professeur Paul Mathieu atteste la valeur.

Après une étude historique fort complète qui montre combien la méthode a été discutée et l'est encore, M. Chigot envisage toutes les possibilités techniques de cet enchevillement : chevilles autoplastiques, hétéroplastiques, chevilles d'os purum.

Les 18 observations personnelles qu'il apporte montrent avec quelle prudence et quelle rigueur il a passé au crible les résultats observés avant d'en faire état.

Pour apprécier les résultats globaux, dit-il, « il faut penser qu'il s'agit de fractures qui se sont montrées irréductibles ou incoercibles et qui peuvent, par conséquent, être considérées comme des fractures graves ».

Au point de vue fonctionnel, M. P.-L. Chigot a réussi 15 résultats personnels excellents, sur 17 (plus un cas trop récent pour en faire état).

Au point de vue anatomique, 14 résultats excellents.

La tolérance du matériel intramédullaire (cheville autoplastique) a toujours été notée. L'auteur a observé un cas d'infection franche. Au point de vue mécanique, la cheville a été jugée insuffisante deux fois. M. Chigot fait enfin une étude critique des insuccès, puis relate les récentes séries de succès publiés par divers auteurs français, qui s'ajoutent à ses cas personnels.

En résumé, écrit-il, « l'expérimentation, les faits cliniques nombreux prouvent que l'ostéosynthèse par enchevillement central n'est pas aussi détestable qu'on a voulu le prétendre. C'est une méthode qui mérite d'être retenue ».

La cheville autoplastique présente de grands avantages : asepsie et tolérance parfaite, mais l'expérimentation montre que les chevilles hétéroplastiques et notamment l'os purum subissent dans la moelle les mêmes phénomènes d'ostéolyse que les chevilles autoplastiques.

Du point de vue chirurgical, enfin, si l'enchevillement central présente des difficultés techniques, « ces difficultés ne sont pas insurmontables, il s'applique surtout aux fractures transversales récentes ou tardant à se consolider ; il réalise alors une prothèse interne résorbable qui assure aux fragments une contention satisfaisante ».

La remarquable contribution apportée par M. Chigot mérite d'être étudiée avec le plus grand soin.

F. L. S.

Histoire de l'homéopathie française, par Charles JANOT. Petit in-8° de 253 pages, édité par l'auteur, 70, rue Boucicaut, à Fontenay-aux-Roses (Seine).

Pouvons-nous vacciner nos enfants contre la tuberculose avec le B C G, par le docteur M. FERRUS. Petit in-8° de 96 pages. Prix : 5 fr., chez Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, à Paris, 1936.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DES PLEURÉSIES PURULENTES OU PUTRIDES DE LA GRANDE CAVITÉ

Les pleurésies purulentes de la grande cavité sont caractérisées par :

— Une symptomatologie physique plus ou moins riche, mais toujours assez voisine ;

— Une symptomatologie générale et une évolution qui sont propres à chacune des variétés de pleurésie purulente.

Il nous faut en effet décrire :

Des pleurésies purulentes aiguës à streptocoque, pneumocoque, flore anaérobie (P. putride), autres germes (très rares) ;

Des pleurésies purulentes chroniques tuberculeuses, non tuberculeuses.

Enfin nous ne ferons que signaler les pleurésies purulentes traumatiques dues à une plaie de poitrine ou à la transformation d'un hémothorax.

I. — Les pleurésies purulentes a streptocoque

Les pleurésies purulentes à streptocoque se manifestent par des signes généraux graves, des signes fonctionnels au second plan, des signes physiques souvent frustes.

L'évolution est quasi fatale si on n'intervient pas dès que l'état du poumon sous-jacent le permet.

CONDITIONS D'APPARITION

Les pleurésies purulentes à streptocoque peuvent être : *Secondaires* — à une infection broncho-pulmonaire ;

— A une intection streptococcique de voisinage : cancer œsophagien infecté, abcès sous-phrénique ;

— A une infection streptococcique siégeant à distance : otite, angine, appendicite, erysipèle ;

— A une septicémie streptococcique au cours d'une infection puerpérale ou d'une endocardite maligne.

Primitives ou plus exactement cliniquement primitives, car en réalité elles succèdent alors à une infection pulmonaire passée inaperçue.

DEBUT

Le début est — parfois insidieux progressif ;

— En règle brutal par

Des *sg* : frissons, élévation thermique, abattement ;

Des *sf* : point de côté thoracique plus ou moins intense, toux sèche, dyspnée.

ETAT

Ce qui frappe avant tout lorsqu'on est appelé auprès du malade, c'est *l'aspect profondément intoxiqué du malade.*

— Le facies est très altéré, terreux ou plombé, les traits sont tirés, le malade est prostré ;

— La feuille de température montre une fièvre élevée à grandes oscillations irrégulières.

Au moment des poussées fébriles, on a souvent noté l'existence de frissonnements, de sueurs abondantes.

— Le pouls est petit, rapide, mou, hypotendu ;

— La langue est sèche ;

— Les urines sont rares, albumineuses ;

— Il existe souvent des troubles digestifs et de la diarrhée, parfois du subictère.

En somme, c'est le tableau d'une infection grave avec intoxication profonde de l'organisme.

sf. Dans ce tableau qui d'emblée fait penser à une *suppuration profonde*, les signes fonctionnels peuvent attirer l'attention du côté de l'appareil respiratoire, mais ils sont au second plan.

Ce sont :

— L'existence d'un point de côté, d'une douleur thoracique plus ou moins vive ;

— L'existence d'une petite toux sèche et quinteuse, d'une dyspnée que décèlent un léger battement des ailes du nez et une accélération marquée des mouvements respiratoires.

S. ph. A l'examen on n'a quelquefois le premier jour qu'une symptomatologie pulmonaire avec matité et râles, mais le caractère franc de la matité pourra déjà parfois orienter vers une affection pleurale et faire pratiquer une ponction exploratrice.

Un peu plus tard, la symptomatologie se complète, mais reste fruste.

Il existe :

— A l'inspection, une immobilité respiratoire du côté atteint ;

— A la palpation, une abolition des vibrations vocales ;

— A la percussion, une matité franche avec résistance au doigt, dont la limite supérieure est verticale ;

— A l'auscultation, une diminution du murmure vésiculaire.

C'est souvent tout et le meilleur signe reste la matité franche.

Il ne faut compter

Ni sur un souffle pleurétique ;

Ni sur l'existence d'égophonie, de pectoriloquie aphone, d'un signe du son.

Si ces signes existent, on les notera avec soin, mais ils manquent presque toujours.

Il ne faut pas compter non plus sur les signes classiques de purulence de l'épanchement : œdème de la paroi avec circulation collatérale, adénopathie axillaire qui sont très tardifs.

Le diagnostic repose essentiellement sur :

— Les signes généraux de suppuration profonde ;

— Les signes fonctionnels et physiques : point de côté, dyspnée, toux, matité, qui font penser à une atteinte pleurale.

— La profonde intoxication de l'organisme qui doit faire soupçonner que le streptocoque peut être en cause.

On fera donc le diagnostic de pleurésie purulente.

On soupçonnera sa nature streptococcique.

On s'assurera qu'il n'existe pas de signes indiquant une intervention immédiate :

Déplacements du cœur,
Abaissement du foie,
Matité de l'espace de Traube,

et on fera une ponction exploratrice.

La *ponction exploratrice* devra être faite avec une aiguille assez grosse, en pleine matité.

Elle ramène un pus séro purulent, jaunâtre, mal lié, inodore, dans lequel l'examen bactériologique direct montre la présence de chaînettes de cocci Gram positifs.

Quant à l'examen radiologique, il ne peut souvent pas être pratiqué vu l'état général du malade.

Dans le cas contraire, il montrerait une opacité à limite supérieure habituellement moins curviligne que dans la pleurésie séro fibrineuse.

(A suivre.) J. FERROIR.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 89. — SAMEDI 6 NOVEMBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de stomatologistes des hôpitaux.* — Jury (tirage au sort) : MM. Guilly, L'Hirondel, Gornouec, Lacronique, Mahé, Boidin, Guimbellot.

Lecteurs : MM. Lebourg, Hénault.

Censeurs : MM. Fleury, Maric.

Faculté de médecine de Paris. — Un nouveau congé de trois mois, du 1er novembre 1937, est accordé sur sa demande et pour raisons de santé à M. Marcel Labbé, professeur.

— M. Leroux, agrégé, en congé de longue durée, est réintégré dans ses fonctions.

Faculté de médecine d'Alger. — M. Pierre Lafforgue est nommé chef de travaux temporaire d'anatomie pathologique (en remplacement de M. Montpellier, nommé professeur).

Faculté de médecine de Marseille. — MM. Brahic et Figharella, institués agrégés, sont nommés agrégés.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Boulet, agrégé pérennisé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de pathologie médicale et clinique propédeutique à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier (dernier titulaire de la chaire : M. Giraud, appelé à la chaire de clinique médicale).

M. Pagès, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de pathologie et thérapeutique générales (budget de la Faculté), à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier (dernier titulaire de la chaire : M. Bosc, retraité).

M. Vidal, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de médecine légale et médecine sociale (budget de l'Etat(à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier (dernier titulaire de la chaire : M. Gaussel, décédé).

Ecole de médecine de Besançon. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon s'ouvrira le mardi 26 avril 1938 devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Nancy.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Asiles publics d'aliénés. — Mlle le docteur Petit, reçue au concours du médicat des asiles en 1937, est nommée médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'asile public de Plouguernevel (Côtes-du-Nord).

Guerre. — M. le pharmacien colonel Manceau (Pierre-Aimé-Alexis), professeur agrégé du Val-de-Grâce, chargé d'enseignement à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon, est maintenu dans ses fonctions pour une durée d'un an, à compter du 3 juillet 1937.

Sont nommés : 1° *Médecins des hôpitaux militaires.*

Les médecins capitaines :

M. Henri, assistant des hôpitaux militaires, hors cadres, missions.

M. Jude, assistant des hôpitaux militaires, de l'Hôpital militaire Maillot, à Alger.

M. Julliard, des troupes du Maroc.

M. Guilleman, du 405e régiment de défense contre aéronefs.

2° *Chirurgiens des hôpitaux militaires.*

Les médecins capitaines :

M. Provost, de l'hôpital militaire de Belfort.

M. Chappoux, assistant des hôpitaux militaires, de l'Hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé.

M. Meunier, assistant des hôpitaux militaires, de l'Hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris.

Ministère de la Santé publique. — CONSEIL SUPÉRIEUR DE PROTECTION DE L'ENFANCE. — Sont nommés membres du Conseil : MM. les docteurs Cavaillon, Aublant, Sicart de Plauzole, Julien Huber ;

Sont nommés rapporteurs : MM. les docteurs Sarah Weil-Raynal, Suzanne Serin, J.-P. Demaldent, Beley, Heuyer, Marianne Basch-Moutet, Couvelaire, Debré, Lereboullet, Parisot, Lesné, Jules Renault, Rocaz et Weill-Hallé.

Marine. — Des concours pour l'obtention du titre de médecin ou de spécialiste des hôpitaux maritimes auront lieu dans le courant du mois de mars 1938, à Brest (concours de médecine), et dans le courant du mois de mai 1938, à Toulon (concours de chirurgie).

Une seule nomination sera faite dans chacune des catégories ci-après :

a) Concours de médecine

Médecine générale. — Médecine légale et neuro-psychiatrie. — Dermato-vénéréologie. — Electro-radiologie et physiothérapie.

b) Concours de chirurgie

Chirurgie générale. — Ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie.

Inauguration de la nouvelle formation médico-chirurgicale de l'Hôpital Léopold-Bellan. — Le semaine dernière, ainsi que nous l'avons relaté brièvement, la nouvelle Clinique médico-chirurgicale de l'Hôpital Léopold-Bellan a été inaugurée par M. Rucart, ministre de la Santé publique, accompagné de M. Jeanneney, président du Sénat, et du professeur Fernand Bezançon, représentant la Faculté de médecine. Il fut reçu par M. le sénateur Carré-Bonvalet, président de l'Association Léopold-Bellan ; par les docteurs Ch. Mondain et Th. de Martel, respectivement médecin et chirurgien-chefs de la formation sanitaire ; par les membres du Conseil et le personnel de l'Hôpital ayant à sa tête Mlle Benat, directrice de l'Hôpital.

On se rendit dans le nouvel amphithéâtre, où sera donné l'enseignement libre à tendance néo-hippocratique, réservé strictement aux docteurs en médecine, à l'exclusion des étudiants.

Le sénateur Carré-Bonvalet évoqua alors avec émotion le souvenir du grand philanthrope que fut Léopold Bellan, fondateur de l'Association, avec ses œuvres innombrables, professionnelles, sociales, médicales.

Le nouvel hôpital élargi a été sa toute dernière initiative, il devait en voir les premières fondations ; il ne lui fut pas donné de se réjouir de sa réalisation définitive.

Son successeur, grâce à son énergie et à son initiative, trouva le moyen d'achever l'œuvre entreprise.

Le docteur Mondain, en le remerciant, montra que l'hôpital, avec ses salles communes à quatre lits, ses chambres à deux lits et à un lit, son centre de diagnostic et ses consultations spécialisées, se base essentiellement sur la collaboration entre le praticien de ville et le médecin de la formation, collaboration assurée d'ailleurs par un service social.

Le docteur Thierry de Martel montra ensuite l'identité de vue entre le plan chirurgical et le plan médical, et rendit hommage à la grande activité de son adjoint, le docteur Denet.

Le ministre de la Santé publique, en répondant aux divers orateurs, insista sur l'intérêt qu'il portait à une telle organisation hospitalière mixte, permettant d'apporter un merveilleux appui médico-social à la classe moyenne et aux malades économiquement faibles.

Les grandes administrations, comme les mutualités, ne peuvent être que très intéressées par cette formule.

Le ministre et sa suite visitèrent alors l'Hôpital, en admirant le grand confort des salles et des chambres particulières, du bloc opératoire, des services de spécialités chirurgicales et médicales, de radiologie, des laboratoires de clinique et de recherches.

Tout porte à croire, grâce à l'outillage et à une équipe médicale appropriée, que cet hôpital sera appelé à jouer un rôle important dans l'activité des formations hospitalières indépendantes de l'Assistance publique. J. M.

Assemblée française de médecine générale. — Les prochaines assises nationales consacrées aux *Colibacilloses urinaires*, sous la présidence du docteur Caillet, de Tours, auront lieu à l'Hôtel-Dieu de Paris, le dimanche 7 novembre, de 9 heures à midi.

A 13 heures, déjeuner des Assises aux Champs-Elysées, chez Laurent, avenue Gabriel (60 francs), sous la présidence de M. le recteur Roussy.

La Société française de gynécologie organise une séance à Lille, à la Faculté de médecine, le dimanche 5 décembre, à 14 h. 30.

Cette séance sera précédée dans la matinée d'une visite de la ville, sous la conduite des gynécologues lillois, et d'un déjeuner.

Tous les médecins, même non membres de la Société, qui désirent participer à cette réunion et obtenir la réduction de 40 p. 100 sur le transport, sont priés de s'adresser d'urgence au docteur Maurice Fabre, Secrétaire général de la Société française de gynécologie, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (9e).

Nécrologie. — Nous avons appris avec une vive peine la mort du docteur Elie Faure, décédé à Paris. à l'âge de 64 ans. Notre confrère était à la fois médecin, homme de lettres, historien et philosophe. On doit notamment à Elie Faure un magnifique livre de guerre « Sainte-Face », et de très remarquables études sur Napoléon et Montaigne.

Nous prions son frère aîné, le professeur J.-L. Faure, membre de l'Institut, de croire à la part sincère et très affectueuse que nous prenons à sa douleur.

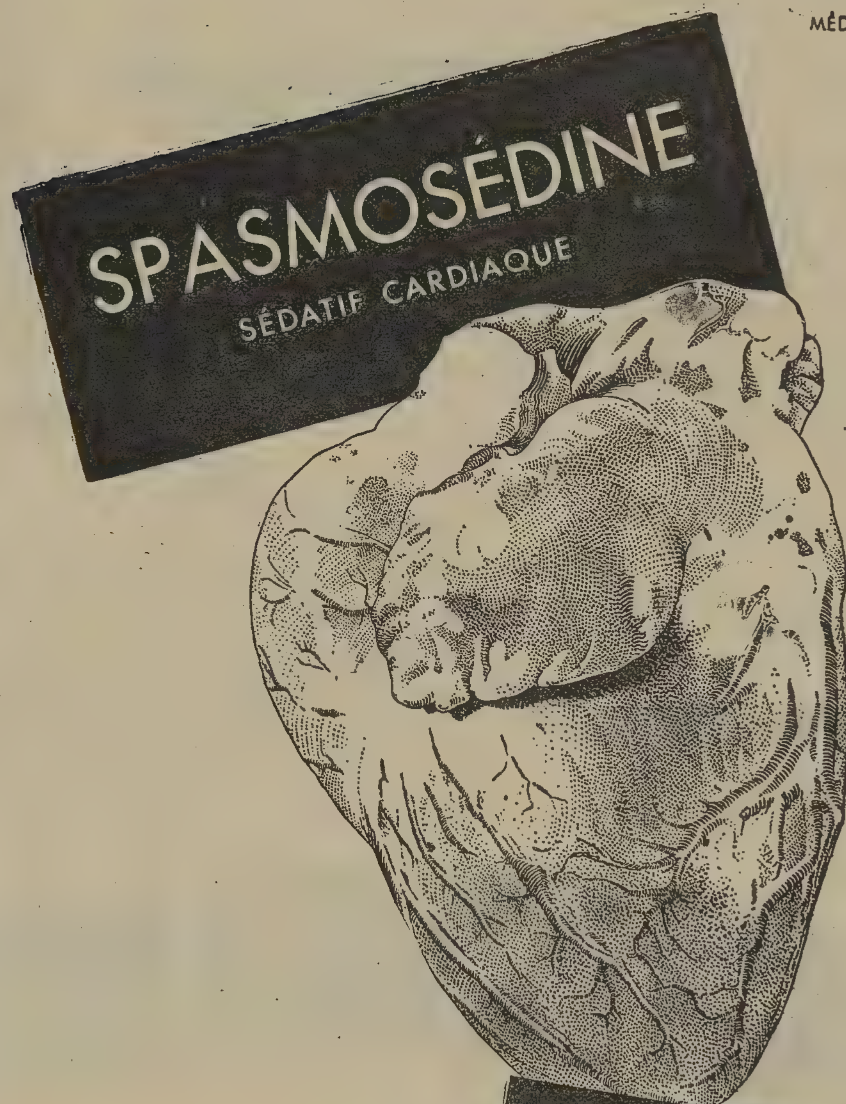
— Le docteur Jean Stini (de Nice).

— Le docteur Laroy (de Zeggers-Cappel), décédé accidentellement.

— Le docteur Joaquin de Sousa Feio e Castro (de Lisbonne). Il était le doyen des radiologistes portugais.

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL.D PASTEUR, PARIS (XVe)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS



DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

les 2 médicaments cardiaques essentiels

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

(Annexe Grancher).

APPAREIL CIRCULATOIRE

Les facteurs héréditaires et constitutionnels dans certaines affection sanguines. P. MORAWITZ, *Münchener medizinische Wochenschrift*, 18 décembre 1936.) — Y a-t-il d'autres affections sanguines que l'hémophilie où la transmission sanguine puisse jouer un rôle ?

Leucémie. — Jusqu'en 1933 on ne connaît que 11 cas valables de leucémie familiale. Après critique, Petri ne peut conclure qu'à la coïncidence. Pour Morawitz, on doit pourtant compter avec un élément endogène, car il est à remarquer que si, dans la pratique, leucémies lymphoïde et myéloïde peuvent être considérées comme également fréquentes, seule la leucémie lymphoïde est représentée parmi ces leucémies familiales. On la constate même parfois chez des jumeaux. On ne peut donc considérer comme négligeable l'élément endogène. D'autre part, l'expérimentation montre qu'il existe des souris rebelles et des souris non rebelles à la transmission expérimentale de la leucémie. A noter aussi la fréquence dans certaines familles d'affections sanguines et de leucémies parmi elles, qui plaide également en faveur d'une constitution particulière.

Erythrémie. — Elle n'est pas sans quelques rapports avec la leucémie. Une enquête suffisamment poussée en ce qui concerne les antécédents héréditaires montre avec une certaine fréquence des cas d'érythrémie au sein de certaines familles. Linck, d'autre part, a insisté sur le nombre croissant d'observations où l'érythrémie semble avoir un caractère familial.

R. LEVENT.

L'agranulocytose après traitement par le pyramidon. (Wilhelm RÜTER. *Klinische Wochenschrift*, 19 décembre 1936.) — Elle a été niée ces dernières années par un certain nombre d'auteurs allemands. D'autre part, en 1935, W. T. Zoutcheff en a rapporté deux cas ; deux autres ont été relatés par H. E. Bock, un autre par Nieckau.

L'auteur en ajoute ici trois autres qui lui sont personnels. L'un apparu brusquement sous ses yeux chez un malade ayant reçu 44 grammes de pyramidon en 22 jours et où la mort par agranulocytose est survenue 3 jours après le début des accidents, et deux autres moins rapides mais pourtant typiques.

Le médicament est habituellement bien toléré, même dans des cas où la dose ci-dessus a été largement dépassée. Sans doute s'est-il agi dans ces cas d'une idiosyncrasie au pyramidon particulière à certains individus.

On devra donc se garder d'administrer du pyramidon au cours d'une angine sans avoir fait d'examen de sang, examen qui sera renouvelé si le traitement se prolonge. On devra l'interrompre au moindre signe de réaction sanguine.

R. LEVENT.

A propos de ce qu'on dénomme « réaction myéloïde »: (Guido TÖTTERMAN. *Acta medica scandinavica.* Vol. XC, fasc. 5-6, 1936.) — Il existe dans la littérature 40 cas de formule leucémique du sang suivie de complète guérison, qu'on oppose à la leucémie vraie, sous le nom de « réaction myéloïde », ou de « formule pseudoleucémique du sang ». Les origines en sont très diverses : angine, intoxications mercurielles par exemple. On peut, d'autre part, l'observer également au stade préagonique des affections les plus diverses, sanguines ou non, et en particulier lorsqu'un processus infectieux grave intéresse la moelle osseuse.

L'auteur rapporte deux observations où la ponction sternale a pu être pratiquée ; dans un cas, il s'agissait de polyarthrite subaiguë ; dans l'autre d'une anémie bothriocéphalique compliquée de pneumonie intercurrente.

La comparaison de la formule sanguine avec le myélogramme amène l'auteur à penser que la réaction myéloïde du sang est uniquement due à la libération anormale d'éléments myéloïdes en eux-mêmes normaux, mais prématurément libérés sous l'influence d'une infection ou d'une intoxication.

R. LEVENT.

La formolgelréaction et les autres réactions des globulines. :s. (Jens BING. *Acta medica scandinavica.* Vol. 91, fasc. 3, février 1937.) — La formolgelréaction témoigne de l'augmentation de la globuline dans le sérum sanguin ; elle présente l'avantage en plus de sa fidélité d'être habituellement en accord avec d'autres procédés d'identification d'une exécution beaucoup moins simple.

Sa recherche systématique a montré à l'auteur qu'elle est positive dans les affections où l'hyperglobulinémie est prononcée, telles que les myélomes multiples et diverses affections chroniques. Elle est positive et rapidement croissante dans des cas d'hyperglobulinémie avec hyperprotéinémie ; l'auteur l'a observée dans un cas de leucémie lymphatique et dans un cas de purpura de Henoch, affections où ce signe n'a pas encore été décrit.

R. LEVENT.

Réapparition des contractions des oreillettes du cœur au moyen d'injections intracardiaques et intrapéricardiques d'oxygène et d'ozone. (M. Damien SOTERIADÈS (d'Athènes), *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 11 mai 1937, t. 117, n° 18, p. 504.) — L'auteur relate une série d'expériences sur l'action de l'oxygène et de l'ozone injectés dans les veines. Au cours de ces expériences, il a observé une action de ces gaz sur le cœur. Il a été ainsi amené à injecter directement de l'oxygène dans le cœur, lorsque celui-ci venait de cesser de battre. Il a observé alors que, le cœur étant arrêté, une injection intracardiaque d'oxygène ou d'ozone provoquait la reprise des contractions des oreillettes

et que des injections successives prolongeaient ce phénomène pendant plusieurs heures.

Des cardiogrammes sont joints à la consommation, dont M. André Mayer, rapporteur, a souligné l'intérêt.

L. G.

APPAREIL DIGESTIF

Les œdèmes des hépatiques. (M. Loeper et F. Siguier. *Paris Médical*, 14 novembre 1936.) — On connaît depuis longtemps les œdèmes des cirrhotiques, où la compression joue le rôle principal, ceux où l'insuffisance cardiovasculaire est à l'origine des troubles ; ces deux sortes d'œdèmes sont des transsudats.

D'autres œdèmes sont d'origine endocrinienne, régis par le trouble dans les fonctions des glandes à sécrétion interne qui gouvernent le métabolisme de l'eau.

Il faut encore, à côté de ces œdèmes, faire une place aux œdèmes des hépatites ictérigènes. On en a observé non seulement à l'occasion de coliques hépatiques, au cours des cirrhoses hypertrophiques graisseuses, mais encore dans l'ictère catarrhal prolongé, dans l'ictère grave.

Ces œdèmes peuvent apparaître au cours d'une affection hépatique récente, coexistent avec l'ictère, se localisent en des points non déclives et s'accompagnent d'une hydrophilie anormale des tissus.

Les recherches des auteurs leur donnent à penser que certains produits encore mal définis mais ayant une action hydropigène et génératrice d'œdème existent dans le sang, les liquides accumulés, dans les tissus, peut-être dans l'ascite, substances provenant sans doute de la désintégration brusque du parenchyme hépatique. Peut-être faut-il, dans certains cas, faire intervenir aussi une perturbation dans le métabolisme de certaines vitamines.

Ces œdèmes de carence et ces œdèmes toxiques peuvent donc s'opposer aux œdèmes mécaniques, circulatoires et endocriniens.

R. LEVENT.

Anémie pernicieuse après brûlure de l'estomac par acide nitrique. (G. Alsted. *The Lancet*, 9 janvier 1937.) — Observation d'anémie grave chez une femme de 43 ans ayant ingéré 7 ans auparavant de l'acide nitrique. La muqueuse gastrique avait été entièrement détruite, en particulier dans la région pylorique. L'estomac est rétracté et a pris une forme cylindroïde de dimensions intestinales avec sténose pylorique accentuée.

Sept ans et demi après la brûlure, on pratique une gastro-jéjunostomie ; la cavité gastrique a, à ce moment, la dimension d'une orange. On prescrit à la suite un traitement par l'extrait hépatique et l'extrait gastrique qui améliore l'état général, mais empêche sans plus les progrès de l'anémie. Des symptômes nerveux apparaissent ensuite, la malade étant demeurée sans traitement pendant environ trois mois ; elle est hospitalisée ; un traitement opothérapique et des transfusions répétées amènent une amélioration certaine, mais non la guérison ; l'anémie persiste de type hypochrome. Elle semble due à la gastro-entérostomie et à l'atrophie diffuse de l'estomac, car la bouche gastrique est perméable et le passage du contenu de l'estomac se fait très aisément à travers le pertuis opératoire, mais l'absorption intestinale semble défectueuse.

R. LEVENT.

A propos d'un syndrome hépatopancréatique non encore décrit dû à la pénétration du suc pancréatique dans la circulation. (Dr Adolf Edelmann, *Wiener klinische Wochenschrift*, 30 octobre 1936.) — L'auteur, s'appuyant sur deux observations, décrit des accidents dus à la pénétration du suc pancréatique dans le sang et caractérisés par des altérations du système nerveux central dus à la diastase ou à l'intoxication, un syndrome polynévritique type Korsakoff, un amaigrissement important, des accidents cutanés : atrophie de la peau, pigmentation grise diffuse, hyperkératose folliculaire.

Ces accidents témoignent d'une affection chronique du pancréas et de la pénétration dans le sang de la sécrétion externe de la glande.

R. LEVENT.

L'auscultation dans les affections chirurgicales aiguës de l'abdomen. (A. Charbonnier. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 juillet 1936.) — Trop peu connue encore, cette méthode offre cependant l'avantage de pouvoir être pratiquée au lit du malade sans gêne aucune pour le patient et sans autre instrument qu'un stéthoscope biauriculaire.

Elle permet d'explorer les modifications du péristaltisme, plus important qu'aucun autre bruit abdominal, dans sa topographie, ses variations de tonalité et de résonance, de constater son exagération ou sa disparition. Les bruits péritonéaux adventices sont trop inconstants pour avoir la même valeur pratique.

La valeur diagnostique de l'auscultation abdominale est surtout grande dans les perforations, les péritonites, le volvulus et les occlusions. Elle permet, dans un abdomen météorisé ou contracturé, de déterminer le siège d'une occlusion et d'explorer l'état de l'iléon et du côlon en faisant à chacun d'eux sa part ; de reconnaître la nature solide ou liquide d'une tumeur et de déceler même un épanchement intrapéritonéal trop peu abondant pour se déceler par les signes physiques classiques.

L'auscultation permet aussi de suivre l'évolution d'une affection abdominale aiguë et d'en formuler le pronostic, ainsi que de surveiller pendant la période postopératoire la marche des réactions péritonéales.

Elle est un complément précieux des autres modes d'exploration clinique, à la condition d'être pratiquée systématiquement, de façon assez prolongée et surtout assez répétée.

R. LEVENT.

APPAREIL RESPIRATOIRE

La néphrite azotémique silencieuse de la pneumonie. (Dumitresco-Mante. *Annales de Médecine*, mai 1936.) — L'azotémie qui peut se rencontrer au cours de la pneumomie est avant tout d'origine rénale et comporte une atteinte de la fonction uréosécrétoire du rein ; il s'y ajoute cependant des facteurs accessoires : oligurie, désassimilation tissulaire, chloropénie.

Les signes d'insuffisance rénale manquent pourtant le plus souvent. On ne doit pas méconnaître l'hyperazotémie moyenne avec ou sans signes urinaires, mais dépourvue de tout signe de rétention azotée qui constitue la néphrite azotémique silencieuse de la pneumonie. Sa fréquence est assez grande : 70 p. 100 environ selon l'auteur. Elle ne peut être dépistée que grâce à l'examen chimique.

Sa évolution est, en général, discrète pendant toute sa durée ; dans les pneumonie graves et compliquées, elle peut cependant prendre le caractère de néphrite urémigène de type courant.

Son pronostic est moins bénin en réalité qu'en apparence, et elle peut avoir pour conséquence des tares durables et latentes, qu'une autre affection pourra dévoiler longtemps après la fin de la pneumonie.

On devra donc toujours, dans l'enquête étiologique relative à une néphrite, faire sa place à une pneumonie antérieure.

R. LEVENT.

La vitamine C dans le traitement de la pneumonie. (J. GANDER et W. NIEDERBERGER. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 18 décembre 1936.) — Les auteurs rapportent un certain nombre d'observations qui leur donnent à penser que l'hypovitaminose C joue un rôle dans le développement de la pneumonie. L'administration de vitamine C dès les premiers jours de la maladie leur a donné des résultats appréciables, en particulier quant à la durée d'évolution de la maladie.

R. LEVENT.

La pneumonie tularémique. (LE ROY, H. SLOAN, A. S. FREEDBERG, J. CEHRLICH. *The Journal of the American medical Association*, 11 juin 1936.) — On connaît depuis 1912 la tularémie comme infection générale autonome, et depuis 1924 l'existence, au cours de son évolution, de manifestations pulmonaires. Le premier cas de pneumonie tularémique est de 1931, date à laquelle on la distingue de la bronchopneumonie survenant à titre de complication. Depuis cette date, divers auteurs en ont rapporté des cas.

Les auteurs en rapportent une observation nouvelle et estiment que cette affection est plutôt méconnue que rare. En dépit des associations possibles avec la pneumonie caséeuse, on doit à leur avis considérer comme pneumonie tularémique toute pneumopathie d'allure bâtarde au cours de la tularémie et particulièrement s'il y a en même temps épanchement pleural, si l'évolution se prolonge anormalement et si on ne peut découvrir aucune étiologie valable, tuberculose en particulier. Les signes radiologiques apparaissent toujours très tardivement et persistent longtemps après que la guérison clinique paraît consommée. Les lésions débutent au niveau du hile et suivent à partir de là un cheminement centrifuge.

Le pronostic en est toujours très grave, bien que des guérisons aient été observées.

La peau lésée, ou même intacte, semble la porte d'entrée habituelle de l'infection ; il faut pourtant envisager la possibilité de la voie gastro-intestinale ou respiratoire. Peut-être, dans certains cas, la localisation pulmonaire est-elle même la première en date.

R. LEVENT.

Contribution à l'étude du mécanisme et du traitement du pneumothorax à soupape. (F. CARDIS et P. REYT (Leysin). *Annales de Médecine*, juillet 1936.) — Pour qu'un pneumothorax à soupape se réalise, il faut que la communication bronchopulmonaire siège sur un tissu sain ou peu altéré et ne communique pas directement avec une bronche. La surpression pleurale n'est pas constante ; sa valeur pendant l'expiration est toujours fortement positive ; sa valeur inspiratoire pourra toujours être ramenée à une valeur négative par une inspiration profonde. L'insufflation spontanée du pneumothorax se fait pendant l'inspiration, en dehors de la période d'installation très courte où l'aspiration se fait aux deux temps. Elle ne se produit jamais pendant la toux, abstraction faite de la phase inspiratoire brusque qui la précède.

La thérapeutique active n'est légitime que si le pneumothorax est vraiment suffocant ; on opérera d'abord une soustraction gazeuse simple et, en cas d'échec, on se servira d'un trocart à soupape.

R. LEVENT.

INFECTIONS

La disparition du virus syphilitique des ganglions lymphatiques dans le sang conservé et sa signification pour la transfusion sanguine. (P. OGANESSAN et E. SALKIND. *Zentralbl. f. Chirurgie*, 10 octobre 1936.) — Au cours de travaux antérieurs (1934-1935), les auteurs ont montré que dans du sang provenant de tissus de syphilitiques, il suffit, pour provoquer la disparition du tréponème, de conserver le sang pendant 5 jours à une température inférieure à + 4° et supérieure à — 6°. L'adjonction d'un sel de quinine au 1/1.000 précipite cette disparition, qui est complète en 3 jours. En 1936, Althausen a obtenu des résultats analogues mais n'a pas recherché l'action des sels de quinine.

Ces tréponèmes étaient prélevés sur des accidents primitifs.

Le tréponème virulent existe également dans les ganglions lymphatiques pendant la période de latence de la maladie et même si les réactions biologiques sont négatives, mais ils sont peu abondants et certains auteurs ont expliqué ce fait en réservant l'existence possible d'autres formes évolutives du germe.

Les auteurs ont repris leurs expériences sur l'animal en se servant de ganglions broyés avec lesquels les animaux témoins ont été contaminés. Ils ont de même constaté la disparition des germes lorsque le broyat était demeuré un temps suffisant en présence de sang conservé. L'adjonction de sels de quinine a rendu le mélange non virulent en 24 heures.

Il serait intéressant de continuer ces recherches sur l'homme au cas de transfusion de sang contaminé à un sujet sain et d'en tirer les conclusions utiles sur la valeur pratique du sang conservé.

Aucun cas analogue ne leur est encore connu.

Leur observation expérimentale s'est prolongée durant 306 jours.

R. LEVENT.

La maladie de Bouillaud est-elle une maladie familiale ? (P. ISAAC-GEORGES et Mlle C. DEBAY. *Revue du Rhumatisme*, février 1937.) — A cette question les divers auteurs ont donné des réponses qui s'inspirent surtout de leurs conceptions étiologiques, et le caractère familial est relevé dans une proportion qui, selon les auteurs, varie entre 21 et 43 p. 100.

En dépit de variations considérables, certains auteurs trouvent un notable écart entre le nombre des rhumatisants dans des familles de rhumatisants et le nombre des rhumatisants dans des familles atteintes d'affections non rhumatismales.

Les auteurs de la présente étude ont renouvelé l'enquête et l'ont fait porter sur 225 observations soigneusement dressées ; ils n'ont plus trouvé le caractère familial que dans 16 cas certains et 6 cas douteux, ces derniers très contestables d'ailleurs.

L'étude purement mathématique de cette statistique ne permet aucune conclusion, favorable ou défavorable, au caractère familial de la maladie de Bouillaud.

L'étude critique des cas apparemment familiaux de sources diverses et celle des observations personnelles aux au-

teurs ne permettent à leur avis que des conclusions négatives. Le nombre des cas où le rhumatisme articulaire aigu se trouve plusieurs fois présent au sein d'une même famille n'excède pas la fréquence qui serait le résultat du simple hasard. De plus cette coexistence se manifeste souvent avec des caractères qui peuvent relever de la simple contagion.

Les auteurs se sont cantonnés de propos délibéré sur le terrain de l'hérédité homologue ; l'hérédité du terrain arthritique, trop mal défini, ne présente pas de base suffisante à une étude valable. L'existence de « manifestations arthritiques » dans l'entourage de leurs malades n'a pas paru aux auteurs, non plus qu'auparavant à Bezançon et M.-P. Weil, particulièrement fréquente.

R. LEVENT.

La sédimentation globulaire dans la scarlatine et ses complications. (J. S. COOKSON. *The British Journal of Children's Diseases*, octobre-décembre 1936.) — Travail effectué sur 76 malades des deux sexes, tant enfants qu'adultes, parmi lesquels 34 ont reçu du sérum antiscarlatineux. Un grand nombre d'entre eux (68) a présenté des complications, néphrite dans un grand nombre de cas.

De son étude, l'auteur conclut que la recherche de la sédimentation fournit aisément des indications sur l'évolution de la scarlatine.

Un taux élevé de sédimentation globulaire au 14e jour annonce la présence de complications ou présage leur apparition prochaine.

C'est également un moyen de diagnostic entre les types d'albuminurie qui surviennent en cours d'évolution ; un taux de sédimentation élevé est en faveur d'une néphrite aiguë, de pronostic évidemment plus réservé que celui de l'albuminurie simple.

De nombreuses complications causent l'augmentation de la sédimentation globulaire avant de se manifester cliniquement ; la sédimentation demeure du même type durant toute leur évolution. Il n'y a d'exception à cette règle qu'au cas d'albuminurie bénigne et de réaction au sérum antiscarlatineux. Les autres caractères hématologiques n'ont aucune concordance avec la sédimentation.

Celle-ci constitue également un index fidèle de l'action du traitement.

Elle peut être faussée par une modification des protéines du plasma modifiant l'agglutination des hématies par changement de la viscosité et des propriétés électriques du plasma.

R. LEVENT.

La fièvre ondulante. Observations cliniques et épidémiologiques dans l'Etat de Iowa. (H. V. HARDY, C. G. JORDAN, I. H. BORTS. *The Journal of the American medical Association*, 22 août 1936.) — De 1930 à 1935 inclusivement, on a reconnu 705 cas de fièvre ondulante, qui s'ajoutent à d'autres déjà dénombrés pour former 1.080 cas dans l'Etat l'Iowa. En se référant aux statistiques des laboratoires, ce nombre représente les deux tiers de la totalité des cas diagnostiqués dans cet Etat. La Brucella de variété porcine a été trouvée dans 87 cas sur 124 où la détermination a été faite soit à partir du sang soit à partir de lésions locales ; ce qui représente 70 p. 100.

La fièvre ondulante est fréquente dans l'Iowa et dans les Etats environnants ; la variété porcine y joue également un rôle plus important qu'ailleurs. La fréquence des contacts avec le bétail, sur pied ou abattu, paraît jouer ici un rôle important.

R. LEVENT.

PALUDISME

Les formes pseudopéritonéales du paludisme. (H. BONNIN et R. BORNEUF. *Gazette médicale de France*, 1er-15 septembre 1936.) — Ce sont des formes méconnues même en pays impaludé, et qui sont souvent la première manifestation du paludisme.

Il y a trois types cliniques de syndromes abdominaux du paludisme :

Les formes où les signes généraux de péritonite dominent la scène ; les formes abdominales sans signes précis de localisation nette (type péritonite par perforation d'un ulcus gastrique ou d'une ulcération typhique) ; les formes à localisation abdominale se manifestant dès le début. Le type appendiculaire est ici le plus fréquent, mais on peut rencontrer aussi des formes duodénale, hépatique ou cholécystique.

Le diagnostic est toujours délicat avec la péritonite vraie, mais il pourra être facilité en quelque mesure : le visage est plus fatigué que grippé, le teint souvent terreux ou bronzé, l'aspect général plutôt infecté. La fièvre, si elle existe, doit être étudiée de près en prenant la température toutes les 4 heures ; on la trouvera alors irrégulière avec accompagnement de frissons et un abattement correspondant aux recrudescences et une amélioration générale contemporaine de crises sudorales si elles se produisent. Le pouls suit parallèlement la température.

La douleur spontanée est mal localisée en général et sujette à variations ; la douleur provoquée est superficielle et les manœuvres d'exploration n'augmentent pas la défense musculaire. La constipation est habituelle, mais il peut exister une diarrhée brun verdâtre. La rate est grosse.

L'examen du sang, pratiqué au bon moment, peut montrer un plasmodium (falciparum en général). Il existe de l'anémie ; les modifications leucocytaires n'ont aucun caractère bien net et ne se rapprochent franchement ni du type péritonite ni du type paludisme. Le traitement quinique possède aussi quelque valeur diagnostique.

Néanmoins, le diagnostic demeure toujours délicat.

Le traitement s'adresse à l'état général : tonicardiaques, transfusion. La quinine sera d'abord administrée par voie intraveineuse ou intramusculaire, puis par voie gastrique aussitôt que le permettra l'état digestif. On devra en prolonger l'administration, en raison des récidives possibles.

R. LEVENT.

Traitement de la malaria par l'hémothérapie (Treatment of Malaria with immune blood), par MM. N. LORANDO et D. SOTERIADES (d'Athènes). *Transactions of the Royal Society of Tropical Medecine and Hygiene*, vol. XXXI, n° 2, July 1937. En septembre 1935, les auteurs ont rapporté au Congrès panhellénique de Salonique leurs premiers résultats de traitement de la malaria par l'hémothérapie (sang de sujets devenus réfractaires habitant le même secteur).

Reprenant la question de la malaria dans son ensemble, ils exposent enfin les résultats obtenus par l'hémothérapie. Ils ont divisé leurs cas en deux groupes : cas traités par la quinine avant le traitement hémothérapique ; cas traités par l'hémothérapie seule et exposés à l'infection.

Les résultats encourageants obtenus par les auteurs méritent d'être signalés.

L. G.

L'érythème noueux de l'adulte est-il toujours tuberculeux ? (P. HALBRON et H. P. KLOTZ. *Paris médical*, 11 juillet 1936.) — La lecture d'un certain nombre d'observations d'érythème noueux chez l'adulte amène les auteurs à conclure qu'il existe indiscutablement chez l'adulte, surtout l'adulte jeune, des érythèmes noueux tuberculeux en tous

points comparables à ceux observés chez l'enfant. Mais qu'indiscutablement aussi il existe chez l'adulte un érythème noueux non tuberculeux, qu'il soit d'origine rhumatismale ou qu'il soit secondaire à des causes nombreuses de réaction cutanée : infections à distance agissant peut-être par leurs toxines ou leurs protéines microbiennes ; intolérances médicamenteuses, etc...

L'érythème noueux chez l'adulte n'est donc pas actuellement un argument de valeur absolue pour attribuer à la tuberculose les lésions qui sont simultanément observées. On doit au contraire interpréter ce symptôme de la même manière que les autres et chercher s'il est ou non en rapport avec une bacillose incipiens ; la conclusion n'étant pas sans comporter naturellement des lignes de conduite essentiellement différentes au point de vue thérapeutique.

R. LEVENT.

Les épreuves cutanées dans les polyarthrites aiguës. (S. Genkin et W. Ljachowsky. *Acta medica scandinavica.* Vol. 91, fasc. IV-V, mars 1937.) — Les recherches des auteurs ont porté sur 88 sujets, les uns sains, les autres malades, ces derniers porteurs de rhumatismes vrais, de rhumatisme intestinal, d'arthropathies non rhumatismales et aussi d'asthme, d'urticaire ou d'affections diverses et non spécifiées.

Les auteurs ont pratiqué chez eux des intradermoréactions au moyen d'un antigène streptococcique préparé pour eux au moyen d'une culture de 24 heures du streptocoque pris dans la gorge d'un rhumatisant au stade aigu, culture titrée et chauffée à 60°.

Ils ont constaté que chez des sujets qui font pour la première fois une polyarthrite aiguë et qui se trouvent à la période aiguë de la maladie, de même que chez les sujets atteints d'une affection d'autre nature, ou chez des sujets sains on n'observait aucune réponse cutanée à l'injection d'antigène.

Dans les cas de polyarthrite aiguë, la réaction devient positive au décours de la maladie et s'affirme à mesure que la guérison s'affirme, pour persister durant un certain temps. Dans les atteintes successives, la réaction se montre positive chez un certain nombre de sujets ; en cas d'aggravation, la réaction positive peut disparaître.

L'injection intradermique de sérum de cheval ordinaire donne des résultats sensiblement comparables dans les diverses catégories en expérimentation. Cette constatation vient à l'appui d'une conception allergique de la pathogénie du rhumatisme et d'un certain nombre de polyarthrites aiguës.

Le parallélisme entre les réactions cutanées et un certain nombre de symptômes des polyarthrites, surtout lors de la première atteinte, confère à cette épreuve une certaine valeur pronostique.

Pour les auteurs, il ne s'agit là en aucune façon d'une réaction spécifique de mécanisme tonique antitoxique, mais d'une réponse à une allergie protéinique.

R. LEVENT.

INTOXICATIONS

Réactions allergiques graves après piqûre d'abeille. (K. Thews. *Zentralbl. f. Chirurgie,* 17 octobre 1936.) — L'auteur rapporte deux observations, dont une personnelle, où des accidents généraux graves, de type allergique, ont éclaté chez des adultes après une seule piqûre par une seule abeille: prurit intense généralisé, œdème généralisé, exanthèmes, accidents hémorragiques, troubles cardiaques et respiratoires. Guérison rapide après traitement calcique.

La localisation de la piqûre, ni la multiplicité des inoculations — donc la quantité importante de venin injectée — ne sont ici en jeu comme elles le sont dans la plupart des observations. Les particularités cliniques semblent ici le fait uniquement d'un terrain particulier, terrain dont on a déjà reconnu l'importance dans des observations analogues dues à divers auteurs et aussi par l'existence d'immunités individuelles vis-à-vis de piqûres même nombreuses.

Il convient donc de distinguer au point de vue clinique trois types différents parmi les accidents graves dus aux piqûres d'abeilles : accidents dus à la localisation de la piqûre ; accidents dus à la quantité de venin injectée ; accidents anaphylactoïdes. Ces derniers semblent dus à la présence de composés albuminoïdes qui ont un rôle important dans la toxicité du venin.

Le traitement de ces accidents est celui des accidents anaphylactiques, les injections intraveineuses calciques étant au premier plan.

R. LEVENT.

Les troubles nerveux de l'intoxication professionnelle par le manganèse. (O. Crouzon et H. Desoille. *Paris médical,* 21 novembre 1936.) — A l'occasion d'une observation personnelle, les auteurs résument la symptomatologie de l'intoxication manganique chronique. Début variable, souvent par des troubles de la marche, ou par asthénie, douleurs, paresthésies, modifications du psychisme. A la période d'état, signes apparentés dans une certaine mesure au tableau du Parkinson ou de la sclérose en plaques : troubles de la marche, perte du tonus musculaire, mouvements anormaux, expression figée du visage, troubles de la parole et de l'écriture, troubles sensitifs subjectifs ; troubles psychiques. Intégrité du liquide céphalo-rachidien.

Polyglobulie suivie à la longue d'anémie. Pneumonies fréquentes.

L'évolution est en général progressive et l'abandon de la profession dangereuse n'a qu'une influence temporaire et incomplète, le malade étant porteur d'une pneumokoniose manganique qui constitue un réservoir toxique.

Les symptômes se modifient toutefois dans une certaine mesure. La mort survient en général, du fait d'une affection intercurrente.

R. LEVENT.

SYSTEME GENITO-URINAIRE

Le syndrome corticosurrénal dans un cas de tumeur d'une surrénale accessoire. (Bertil Josephson. *Acta medica scandinavica.* Vol. XC, fasc. 4, 1936.) — Un adolescent de 17 ans présente une symptomatologie à peu près complète d'adénome basophile de l'hypophyse et de tumeur du cortex surrénal. Seule manquait l'hyperglycémie. L'examen radiologique de la selle turcique ne montra rien d'anormal, sinon qu'elle était plutôt de petites dimensions. L'examen aux rayons de l'abdomen montre au contraire une tumeur dans une région correspondant à l'emplacement de la surrénale gauche. On enlève la tumeur, mais tout de suite apparaissent des signes graves d'insuffisance surrénale avec hypotension extrême que l'on traite par le chlorure de sodium, le glucose et la cortine. Le malade meurt néanmoins 19 heures après l'intervention.

La tumeur, du poids de 22 grammes, était en majeure partie constituée par du tissu de type corticosurrénal.

L'autopsie montra qu'elle s'était développée aux dépens d'une glande surrénale accessoire ; les deux surrénales normales étaient par contre partiellement atrophiées. Leur poids d'ensemble n'était que le 1/5 du poids normal. L'examen histologique confirmait l'atrophie.

Sur des coupes sériées, l'hypophyse semblait à peu près normal et sans accroissement excessif des éléments basophiles.

Cette tumeur d'une surrénale accessoire jouait donc non seulement un rôle de suppléance, mais avait une suractivité qui était la cause du tableau clinique. Son exérèse totale

ne laissa pas au malade de tissu surrénal en quantité suffisante pour assurer l'existence.

R. LEVENT.

Néphrose avec urémie consécutive à la transfusion avec un sang incompatible. (William GOLDRING et Irving GRAEF. *Archives of international medicine*, nov. 1936.) — Les auteurs étudient 7 observations de transfusions pratiquées pour des raisons diverses : anémies consécutives à un abortus ou à un accouchement laborieux, à une métrorrhagie, à des lésions traumatiques des membres inférieurs. Tous les malades transfusés appartenaient au groupe I et ont reçu en une ou plusieurs fois une quantité de sang allant de 200 à 500 cmc. Dans 3 cas, la réaction s'est produite après transfusion de sang de groupe II ; dans 2 autres cas, la légitimité du classement du donneur dans le groupe II ou I n'a pu être vérifiée postérieurement aux accidents. Dans 2 cas enfin, receveur et donneur appartenaient incontestablement tous deux au groupe I.

Deux fois les symptômes alarmants ont apparu pendant même la transfusion ; dans 3 cas, il n'y eut aucun symptôme subjectif ; dans 2 autres enfin, les signes fonctionnels furent imprécis et n'amenèrent pas à interrompre la transfusion. La quantité de sang ne paraît avoir eu par elle-même aucune influence.

Mais dans tous les cas, les malades présentèrent une diminution considérable de la sécrétion urinaire survenant brusquement, de l'hémoglobinurie et un syndrome urémique s'établit graduellement.

La mort est survenue dans 3 cas.

On peut en conclure que dans 3 cas, il y eut erreur dans la détermination des groupes, mais dans 2 autres cas, aucun accident ne pouvait être prévu, puisque donneur et receveur appartenaient au même groupe, et qu'une nouvelle détermination faite après l'apparition des accidents a confirmé les résultats de la première épreuve.

Deux autopsies ont pu être pratiquées ; elles ont montré une nécrose des tubes sécréteurs du rein analogue à celle que l'on voit dans la néphrite mercurielle avec présence de pigments (hémoglobine ou ses dérivés) et œdème interstitiel du rein. Dans un des cas, on a constaté au niveau du foie de la nécrose centrolobulaire.

R. LEVENT.

L'amygdalectomie dans la glomérulonéphrite aiguë diffuse. (Hans BEST. *Zentralbl. f. innere Medizin.*, 3 octobre 1936.) — Il y a trois types évolutifs de la tension artérielle au cours de la période de guérison de la glomérulonéphrite aiguë diffuse ; deux d'entre eux seulement comportent une phase d'hypertension.

Il semble que l'apparition d'une phase d'hypotension succédant à la disparition de l'hypertension soit la règle dans la guérison sans incidents.

L'absence de cette phase d'hypotension est souvent imputable à la persistance d'une amygdalite, cliniquement décelable ou non. Ceci est prouvé par l'effet de l'amygdalectomie qui réussit à faire disparaître des hypertensions résiduelles, même légères, eussent-elles persisté jusqu'à quatre mois. Après l'amygdalectomie, on peut dans la moitié des cas voir une phase d'hypotension.

Ces faits plaident en faveur du rôle joué par les altérations amygdaliennes, qu'elles soient apparentes ou non.

Il faut donc, dans les néphrites de cause inconnue connaître le rôle que peuvent jouer des amygdalites latentes et pratiquer l'amygdalectomie lorsque la guérison est traînante.

Sur 98 malades, 41 ont été opérés. 20 d'entre eux l'ont été précocement et ont présenté rapidement des symptômes de rechute de néphrite (élévation de la tension artérielle, albuminurie, hématurie). Les 21 autres chez qui aucun symptôme de rechute n'est apparu avaient été opérés quatre semaines ou davantage après l'abaissement de la tension artérielle.

L'amygdalectomie n'a jamais donné lieu à des troubles durables, même chez les 4 malades qui ont été opérés pendant la période aiguë et hypertensive de leur affection. Au contraire, l'abaissement de la tension et la guérison sont survenus rapidement.

Les auteurs n'ont noté aucune relation analogue de cause à effet lorsqu'il s'agissait d'autres infections focales, granulomes dentaires en particulier.

R. LEVENT.

SYSTEME NERVEUX

Modifications des propriétés biologiques du liquide céphalo-rachidien chez les épileptiques. (L. PAPADATO. *Acta medica scandinavica.* Vol. 91, fasc. 3, février 1937.) — Dans des travaux antérieurs, l'auteur a montré que le liquide céphalo-rachidien normal contient des hormones d'origine vraisemblablement hypophysaire qui, chez la grenouille sont vasoconstrictrices et exercent sur le cœur isolé une action inotrope et chronotrope, qui, chez la souris ont une action tonique sur l'intestin grêle et qui accélèrent la croissance du têtard sans modifier sa métamorphose.

Chez les malades atteints d'épilepsie essentielle, l'action vasoconstrictrice fait défaut dans 60 p. 100 des cas ; dans 85 p. 100 des cas, on n'observe pas non plus la mydriase que le liquide céphalo-rachidien doit normalement produire.

Dans 51 p. 100 des cas, le liquide céphalo-rachidien est également dépourvu de son action normale sur la musculature utérine (Altenburger et Stern).

Il y aurait donc chez les épileptiques absence dans le liquide céphalo-rachidien de produits d'origine posthypophysaire.

Alors que chez les diabétiques, les accidents épileptiques sont exceptionnels, on rencontre fréquemment chez les épileptiques de l'hypoglycémie au moins temporaire. Pour certains auteurs, les troubles de la sécrétion insulinienne jouent un rôle dans le déclenchement de la crise épileptique.

Sécrétion hypophysaire et sécrétion insulinienne présentent d'autre part un certain degré d'antagonisme.

L'auteur en conclut donc que dans bien des cas d'épilepsie essentielle, il existe une insuffisance du lobe postérieur de l'hypophyse et une hyperactivité de la fonction insulinienne insuffisantes lorsqu'elles ne sont pas conjuguées à provoquer l'accès épileptique. Le rapport qui existe entre ces deux sécrétions serait souvent la cause des accidents épileptiques.

R. LEVENT.

La rickettsiathérapie de la syphilis nerveuse. (Dr NORIO OGATA. *Wiener klinische Wochenschrift*, 2 octobre 1936.) — Divers agents pathogènes vivants ou non ont été, concurremment avec les parasites du paludisme, employés au traitement de la neurosyphilis. Les rickettsia, tout au moins pour certaines variétés, ont paru à l'auteur mériter d'être essayées. Elles présentent sur la plupart des germes vivants employés jusqu'ici, l'avantage de pouvoir être entretenues vivantes et virulentes par inoculation à la souris ou au rat, ce qui en permet l'emploi même en dehors de formations hospitalières importantes. Les espèces choisies, parmi les nombreuses du groupe des rickettsia, provoquent des affections sans gravité foncière (fièvre tachetée japonaise, fièvre dite des tranchées). Elles donnent lieu à une élévation thermique considérable et dispensent de tout traitement curatif obligatoire, puisque leur évolution est brève et se fait vers la guérison spontanée. La prophylaxie et la lutte contre la dissémination en sont en général des plus simples et effica-

ces. L'auteur dans les cas où il en a fait l'essai, a obtenu avec ces rickettsia des résultats des plus intéressants, tant en ce qui concerne les symptômes cliniques qu'en ce qui concerne les modifications du liquide céphalo-rachidien.

R. LEVENT.

THERAPEUTIQUE

L'emploi thérapeutique de l'hélium. (ALVAN L. BARACH. *The Journal of the American medical Association*, 17 octobre 1936.) — Du fait de la faible densité de l'hélium, un mélange de ce gaz et d'oxygène demande pour être respiré un effort beaucoup moindre qu'un mélange oxygène-air ou que l'oxygène pur aux sujets souffrant d'une dyspnée par obstruction.

Dans 18 cas d'asthme grave et dans 21 cas de lésions obstructives des voies respiratoires supérieures, l'auteur a employé ce mélange.

Dans l'asthme chronique, il y a amélioration du pronostic quoad vitam. 5 fois sur 18, dans des formes d'asthme plus ou moins continu, il y a eu amélioration avec retour de la sensibilité à l'adrénaline chez des malades devenus adrénalinorésistants (10 cas).

Dans des cas d'obstruction siégeant entre le pharynx et les bronchioles, l'inhalation d'un mélange oxygène + hélium diminue l'effort respiratoire et aide suffisamment la ventilation pulmonaire pour permettre d'éviter la trachéotomie. Lorsque l'obstruction siège au-dessous de la trachée, la dyspnée peut être soulagée, alors que la trachéotomie demeurait inefficace.

L'emploi du mélange oxygène + hélium dans l'emphysème associé à la dilatation bronchique ou à la sclérose pulmonaire permet au moyen d'une quantité d'oxygène moindre d'obtenir la même restauration de la fonction respiratoire, lorsqu'on emploie pour diluer l'oxygène l'hélium au lieu d'azote.

La réaction clinique à l'inhalation d'hélium + oxygène peut servir au diagnostic des causes d'obstruction des voies respiratoires et de leur association aux troubles d'origine pulmonaire.

R. LEVENT.

La préparation au traitement opératoire de la maladie de Basedow. (Oscar ORTH. *Zentralblatt für Chirurgie*, 20 mars 1937.) — Il est fréquent d'observer après intervention sur le corps thyroïde, une élévation thermique qu'on a souvent attribuée à la pénétration dans la circulation de produits de sécrétion ; la présence d'une infection bénigne semble moins à considérer.

Une telle hyperthermie est particulièrement fréquente lorsque l'opération est dirigée contre une maladie de Basedow. Il faut tenir compte ici non seulement de l'hyperexcitabilité générale de l'organisme, mais de l'action de centres hypophyso-mésencéphaliques.

L'auteur a employé le luminal, agent dépresseur des centres mésencéphaliques et l'a administré avant même l'opération. Il a constaté que l'hyperthermie post-opératoire est tantôt supprimée, tantôt sensiblement amoindrie. Cette constatation est une raison de plus de dénier à l'infection tout rôle dans la production de l'hyperthermie.

R. LEVENT.

Le milieu synovial physiologique et pathologique (Introduction à l'étude de la pathologie articulaire), par le professeur J. SABRAZÈS et le professeur agrégé R. DE GRAILLY. Vol. I, grand in-8° de 205 pages, à Paris, chez J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille (6e). Prix : 50 fr.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE HANOÏ

Thèses soutenues pendant l'année 1936-1937 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 16. BUUN-HIEP. — La médecine française dans la vie annamite.

21. DANG-HUY-LOC. — Le traitement chirurgical du varicocèle.

18. DANG-VAN-NGU. — Contribution à l'étude étiologique et clinique des abcès du foie au Tonkin.

24. DO-DU-ANH. — Contribution à l'étude des myosites tropicales, plus particulièrement des myosites en milieu tonkinois.

19. LE CUU-TRUONG. — Fracture du rachis au niveau de la région dorso-lombaire et son traitement par le corset plâtré.

17. LE HUU-MY. — Contribution à l'étude des traitements chirurgicaux des pleurésies purulentes de la grande cavité, non tuberculeuses.

15. NGUYEN-HUU-PHIÈM. — Contribution à l'étude de la filariose à Wuchereria Bancrofti au Tonkin.

13. NGUEN-MANH-THAN. — Contribution à l'étude des ictères de la chimiothérapie antisyphilitique.

22. NGUYEN-TRONG-TUÉ. — Contribution à l'étude des abcès du lobe gauche du foie.

25. NGUYEN-VAN-CUONG. — Contribution à l'étude clinique, biologique et thérapeutique du bubon climatique.

23. NGUYEN-VAN-NAM. — Contribution à l'étude du cancer aigu fébrile st suppuré du foie au Tonkin.

20. PERRIN (Paul). — Contribution à l'étude des ponctions-biopsies.

14. PHAN-HUY-QUAT. — Contribution à l'étude de la distomomatose hépatique à Clonorchis sinensis au Tonkin.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

— CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE (Hôpital Lariboisière). — M. le professeur Fernand LEMAITRE commencera son cours le mardi 9 novembre 1937, à 10 heures, dans le service de la clinique, à l'Hôpital Lariboisière, et continuera ses leçons tous les mardis, à la même heure.

— CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE (Hôpital Broca). — M. Pierre MOCQUOT, professeur, commencera son enseignement clinique le samedi 6 novembre 1937, à 11 heures du matin.

— CLINIQUE CHIRURGICALE (Hôpital Saint-Antoine). — M. le professeur GRÉGOIRE a commencé ses leçons cliniques le jeudi 4 novembre 1937, à l'hôpital Saint-Antoine.

— CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES (Hôpital Saint-Louis). — M. le professeur H. GOUGEROT a commencé ses cliniques le mercredi 3 novembre 1937, et les continuera les mardis matins, à 11 heures, à l'amphithéâtre Louis-Brocq de la Clinique, et les mercredis soirs, à 21 h. 30, à la consultation de la Porte.

— CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS (Hôpital des Enfants-Malades). — M. NOBÉCOURT a commencé le cours de clinique médicale des enfants le mercredi 3 novembre 1937.

— CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE (Clinique Tarnier). — M. le professeur C. JEANNIN a commencé son cours de clinique obstétricale le jeudi 4 novembre 1937, et le continuera les vendredis, lundis et jeudis suivants, à 11 heures.

(1) Voir *Thèses de Montpellier*, n° 78, p. 1234. — *Thèses d'Alger*, n° 80, p. 1269. — *Thèses de Lille*, n° 81, p. 1284. — *Thèses de Strasbourg*, n° 82, p. 1301.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.


LA MARQUE DE FABRIQUE
EXIGER
SALUS ET SCIENTIA

N° 90.— MERCREDI 10 NOVEMBRE 1937. 110e ANNÉE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de médecine de Paris. — Ont été nommés : chefs de laboratoires de la clinique propédeutique de l'hôpital Broussais : MM. Cachera, Barbier, Ponteuil et Duperat. (Nous avons publié la liste des chefs de clinique et des chefs de laboratoire dans le N° 83.)

Guerre. — M. le médecin commandant Sarroste (Jean-Gustave-Gaston), professeur agrégé du Val-de-Grâce à l'Ecole d'application du service de santé militaire, est nommé, à compter du 1er décembre 1937, professeur agrégé chargé d'enseignement à l'école du service de santé militaire de Lyon.

Prix du Comité nationale de défense contre la tuberculose. — Le prix de 5.000 fr. créé pour récompenser le meilleur travail sur « La valeur comparée de la tomographie, de la sériscopie, et de tout autre procédé analogue pour la découverte et la localisation des lésions tuberculeuses du poumon », sera attribué en octobre 1938.

Le Comité national de Défense contre la Tuberculose a prévu la possibilité de décerner éventuellement un 2e prix de 3.000 francs.

Conditions d'attribution. — Le travail présenté devra être *inédit.* A côté de l'étude scientifique, clinique et radiologique, le travail devra tenir compte des conditions d'utilisation pratique du procédé et des facteurs économiques conditionnant son emploi.

Le travail peut être imprimé ou dactylographié et remis en neuf exemplaires.

Seront admises à concourir les thèses de doctorat soutenues en vue du doctorat d'Etat en médecine, entre la date de publication du présent règlement et la date d'attribution du prix.

Le ou les prix ne pourront être attribués qu'à des auteurs français.

Les décisions du jury sont sans appel, elles n'ont pas à être motivées.

Le Comité national de Défense contre la Tuberculose se réserve le droit de publier, sans indemnité, le ou les mémoires récompensés.

Il ne s'oppose pas à la publication par les soins du ou des auteurs dans une ou plusieurs publications scientifiques, à condition que soit mentionnée la part prise par lui en ce qui concerne la création et l'attribution de ce prix.

Le jury chargé de l'attribution du ou des prix est composé de neuf membres :

3 représentants de la Société d'Etudes Scientifiques de la tuberculose ;

3 représentants du Comité national de Défense contre la tuberculose ;

3 représentants de la Société de Radiologie Médicale de France.

Société de médecine de Paris. — La Société de médecine organise pour le samedi 27 novembre 1937, à 17 heures précises, à l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, Paris, une séance spéciale consacrée exclusivement aux « Maladies du Sang ».

Fédération Nationale des médecins du front. — La Fédération Nationale des Médecins du Front, suivant la coutume, déposera une gerbe de fleurs au pied de la stèle commémorative des morts de la grande guerre, à la Faculté de

médecine de Paris, le 11 novembre, jour anniversaire de l'Armistice, à 9 h. 30.

Le doyen de la Faculté sera présent, ainsi que les représentants des professeurs agrégés des sociétés scientifiques médicales, du haut personnel de la médecine militaire, de la Société de l'internat des hôpitaux de Paris et de l'externat et des différentes Sociétés d'étudiants de médecine de Paris.

CHRONIQUE

LA SÉANCE DE RENTRÉE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS LES NOUVEAUX DOCTEURS HONORIS CAUSA

Samedi, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, a eu lieu, sous la présidence de M. le recteur Roussy et en présence de M. le Président de la République et de M. le Ministre de l'Instruction publique, la séance de rentrée de l'Université de Paris.

L'assemblée était particulièrement nombreuse ; dans la foule multicolore des universitaires, on remarquait la presque totalité des professeurs et agrégés de la Faculté de médecine.

Sur l'estrade, M. Roussy avait à sa droite M. le doyen Allix, de la Faculté de droit ; M. Jean Perrin, de l'Académie des Sciences ; S. E. Pouritch, ministre de Yougoslavie, et M. le doyen Maurain, de la Faculté des Sciences. A la gauche de M. Roussy : S. E. Ph. Roy, ministre du Canada ; M. le doyen Tiffeneau, M. le prof. Bally (de Genève), et M. le doyen Delacroix, de la Faculté des lettres. On remarquait encore le général Nollet, Grand chancelier de la Légion d'honneur.

La remise des diplômes de docteur *honoris causa* commence aussitôt. M. le doyen Allix fait l'éloge de M. le professeur STANG, le célèbre juriste d'Oslo, ancien recteur de cette Université et membre du Comité du prix Nobel de la paix.

M. le doyen Tiffeneau, en un excellent discours, rappelle les titres de Sir Edward ARCHIBALD, professeur à l'Université Mac Gill, à Montréal.

On sait que le grand chirurgien canadien, après avoir fait toutes ses études à l'Université anglaise de Mac Gill, a fait de longs séjours en Europe et notamment à Montpellier. Il est particulièrement connu par ses travaux sur la chirurgie du rectum, l'étiologie des pancréatites, la chirurgie de la tuberculose pulmonaire.

M. le doyen Maurain fit ensuite l'éloge de TESLA, le grand physicien yougoslave, dont l'œuvre capitale est l'étude des courants alternatifs et celle des courants à haute fréquence. Enfin, M. le doyen Delacroix, de la Faculté des lettres, salua M. BALLY, le seul parmi les nouveaux docteurs *honoris causa* qui ait pu venir à Paris. M. Bally a succédé à Ferdinand de Saussure dans l'enseignement de la linguistique à l'Université de Genève.

M. le recteur ROUSSY prononça alors le discours de rentrée.

Après avoir remercié le Président de la République et le ministre, il salua les nouveaux docteurs, puis fit un historique très brillant de l'Université de Paris.

Cet historique devait l'amener naturellement à saluer l'œuvre de ses grands prédécesseurs, et en particulier, de son prédécesseur immédiat, M. Charléty. Et ce fut fort bien dit.

En définissant l'esprit qui anime l'Université française, « société de raison », M. le recteur Roussy montra enfin très heureusement que cet esprit est fait « d'oppositions » et de « mesure ».

Il fut très applaudi.

F. L. S.

La séance de rentrée de l'Université de Lyon vient d'avoir lieu. Sur la présentation du doyen Jean Lépine, le diplôme de docteur *honoris causa* a été remis solennellement au grand savant qu'est le recteur DUSTIN (de Bruxelles).

COURS ET CONFÉRENCES

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — Le docteur Mathieu-Pierre Weil fera, dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, en novembre et décembre 1937, tous les vendredis, à 10 h. 30, une leçon clinique et thérapeutique sur certaines localisations de la douleur. La première leçon aura lieu le vendredi 5 novembre.

Le programme du cours est le suivant :

Vendredi 5 novembre : mal à l'épaule ; vendredi 12 novembre : mal à la nuque ; vendredi 19 : mal à la main ; vendredi 26 : mal aux reins ; vendredi 3 décembre : mal à la hanche ; vendredi 10 décembre : mal au genou ; vendredi 17 décembre : mal au pied.

Le cours est gratuit, ouvert à tous les médecins et étudiants en médecine.

Faculté de Paris. — *Cours.* — CLINIQUE MÉDICALE (Hôtel-Dieu). — M. le professeur Paul CARNOT recommencera ses leçons cliniques le samedi 13 novembre, à 10 h. 30, et les continuera le vendredi suivant à la même heure.

— CLINIQUE CHIRURGICALE (Hôpital Cochin). — M. le professeur Ch. LENORMANT commencera son cours de clinique chirurgicale le mardi 9 novembre 1937, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

— CLINIQUE CHIRURGICALE (Hôtel-Dieu). — M. le professeur Bernard CUNÉO commencera son cours de clinique chirurgicale le mardi 9 novembre, à 10 heures, à l'Hôtel-Dieu.

— CLINIQUE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE DE L'ADULTE (Hôpital Cochin). — M. le professeur Paul MATHIEU commencera son cours le mercredi 10 novembre 1937, à 11 heures, à l'Hôpital Cochin, et le continuera les vendredis et mercredis matins suivants.

— CHAIRE D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE (Hospice des Enfants-Assistés). — M. le professeur P. LEREBOULLET reprendra ses leçons cliniques le mercredi 10 novembre 1937, à 11 heures, à l'amphithéâtre Parrot, à l'Hospice des Enfants-Assistés (74, rue Denfert-Rochereau), et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. L'enseignement des stagiaires a commencé le mercredi 3 novembre.

— CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE (Hôtel-Dieu). — M. le professeur F. TERRIEN recommencera ses leçons cliniques le vendredi 12 novembre 1937, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre Dupuytren, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

— CLINIQUE UROLOGIQUE (Hôpital Necker)). — M. le professeur MARION fera sa premièree leçon le mercredi 17 novembre 1937, à 9 h. 30.

DE L'UTILISATION DE LA COURBE D'HYPOGLYCÉMIE PROVOQUÉE PAR UNE INJECTION INTRA-VEINEUSE D'INSULINE EN VUE DE L'EXPLORATION FONCTIONNELLE DU FOIE

Par MM. E. AUBERTIN et R. DE LACHAUD

I. — Recherches antérieures

A notre connaissance l'insuline a été surtout utilisée de trois façons principales dans les investigations cliniques relatives à l'insuffisance fonctionnelle du foie.

L'épreuve d'Althausen, L. Gunther, J.-B. Lagen, et W.-J. Kerr fait intervenir dans un but de diagnostic l'action simultanée du glucose, de l'insuline et de la surcharge en eau. La valeur de cette méthode confirmée par L. Lorente a été cependant critiquée par Migneco, Ricketts, Gsell ; l'épreuve est d'ailleurs si complexe que les résultats n'en paraissent pas toujours d'interprétation très aisée.

En 1926, Müller et Petersen ont observé chez le chien, après injection d'insuline, une phase d'hyperglycémie de courte durée précédant l'hypoglycémie prononcée produite par l'hormone. Bürger et Kramer, puis Bürger étudiant expérimentalement et cliniquement le phénomène, conclurent qu'il était sous la dépendance de la fonction glycogénique du foie et que son absence traduisait une insuffisance de celle-ci.

Mais pour des raisons diverses, dont nous ne saurions faire ici l'exposé, la valeur de ce test de Bürger n'a pas été admise par la plupart des nombreux auteurs qui ont étudié la question (Oliver Pascual et Montejo Ramos ; Tarres Llorens ; Suros y Forns ; Cruz Aunon ; Mancera ; Fernandez et Clavera, et d'autres).

Enfin des faits d'insulinorésistance indubitables ayant été observés par certains cliniciens, et notamment par Mauriac et Aubertin (1-2), dans le traitement du diabète chez des cirrhotiques, surtout dans des cas de diabète bronzé, quelques travaux ont eu pour objet de mesurer le degré de sensibilité des hépatiques à l'action hypoglycémiante de l'insuline, plus par intérêt physiopathologique d'ailleurs que dans un but d'exploration fonctionnelle. Ainsi Boller et Uberrack (3) ont recherché la quantité maxima d'insuline capable d'être tolérée sans accidents d'hypoglycémie par les sujets atteints d'affections du foie, par rapport aux sujets normaux ; et ils ont trouvé que cette quantité était plus grande chez les premiers que chez les seconds. Ces recherches dont l'interprétation et les difficultés pratiques n'échapperont pas ne paraissent pas avoir été contrôlées.

Plus simplement, Labbé et Boulin, étudiant pendant deux heures la glycémie de 4 cirrhotiques à jeun, après injection de 12 unités d'insuline, ont trouvé que la chute maxima du taux du sucre sanguin était plus faible, que le temps pendant lequel elle se produisait était plus grand, et que l'index d'assimilation, c'est-à-dire le rapport de l'abaissement p. 100 de la glycémie à ce temps, était plus petit que normalement. Après injection de 15 unités d'insuline dans les muscles à 18 malades atteints d'affections hépatiques diverses, les dosages de la glycémie étant faits de demi-heure en demi-heure pendant deux heures, G. Carrière, P.-J. Gineste et Belbenoit (5) ont obtenu des résultats du même ordre dans 9 cas correspondant aux lésions les plus graves. Ces divers auteurs ont conclu que les altérations profondes du foie entraînaient une diminution de la sensibilité, c'est-à-dire une résistance relative à l'action hypoglycémiante de l'insuline.

Mancera (6), Lanza (7), au contraire, après injection intraveineuse d'insuline chez des hépatiques ont observé souvent une augmentation en valeur absolue de la chute de la glycémie. Lanza a même vu se produire avec une fréquence anormale des accidents d'hypoglycémie chez ces malades. Il signale en outre incidemment, ainsi que Guarino et Stellatelli, que le taux du sucre sanguin après la phase d'hypoglycémie se relève ensuite plus lentement que chez les sujets sains.

II. — Recherches personnelles : But et méthodes

L'un de nous avec R. Castagnou (9) ayant été frappé par l'allure tout à fait anormale, tant dans leur phase d'assimilation que dans leur phase de restauration, des courbes d'hypoglycémie insulinique obtenues chez des chiens présentant une dégénérescence graisseuse du foie (fig. 1), nous nous sommes demandé, en nous

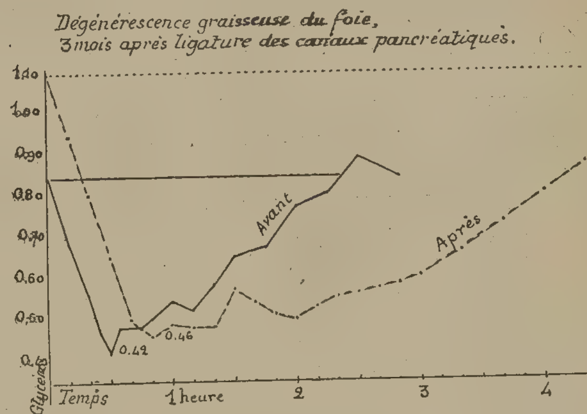


FIGURE 1. — Courbes d'hypoglycémie obtenues par injection intraveineuse de 5 unités d'insuline chez le même chien à l'état normal et après l'apparition d'une dégénérescence graisseuse du foie consécutive à la ligature, trois mois auparavant, des canaux pancréatiques. (D'après E. AUBERTIN et R. CASTAGNOU.)

plaçant à un autre point de vue que les auteurs précédents, si l'insuline ne pouvait pas être utilisée dans le dépistage de l'insuffisance hépatique. C'est dans ce but que nous avons effectué les investigations cliniques dont nous rapportons les conclusions ; cependant qu'avec A. Lacoste et Martinet nous continuions l'étude de cette question au cours de travaux d'un cadre plus étendu sur les hépatites toxiques expérimentales. Nous ne ferons ici que de brèves allusions aux résultats obtenus dans ces dernières recherches, dont l'exposé d'ensemble fera l'objet d'une autre note.

Pour étudier les effets d'une injection d'insuline sur la glycémie de nos malades, nous avons adopté les conditions d'observation utilisées par Norgaard et Thayssen (10) chez le sujet normal et chez le diabétique. Elles correspondent d'ailleurs à celles de l'épreuve

qui a été initialement proposée par Radoslaw (11) et plus spécialement étudiée en France par Sendrail (12).

Au lieu de nous attacher seulement à déterminer, comme l'ont fait Labbé et Boulin, Carrière et ses collaborateurs, la valeur de la chute du taux du sucre sanguin et le temps pendant lequel elle se produit, nous nous sommes efforcés notamment d'étudier la courbe d'hypoglycémie dans son ensemble depuis le moment de l'injection d'insuline jusqu'au moment du retour de la glycémie à la normale ou vers la normale, autant que possible ; la phase de restauration, phase essentiellement hépatique nous paraissant d'un intérêt primordial du point de vue où nous nous étions placés. De plus, suivant en cela les indications précises fournies par l'un de nous avec Trinquier (13), puis avec Castagnou (14), nous avons multiplié les dosages de glycémie dans les limites compatibles avec les exigences de la clinique, afin d'obtenir des courbes complètes non seulement en étendue, mais aussi dans leurs diverses particularités.

Pratiquement, nos malades, antérieurement mis au régime mixte de l'hôpital, étaient à jeun depuis 16 heures. Après une première prise de sang pour établissement du taux de la glycémie initiale, nous leur avons injecté dans les veines 12 unités d'Endopancrine, puis nous avons fait des prélèvements de sang toutes les dix minutes pendant la première heure, toutes les 15 minutes pendant la deuxième heure et toutes les 20 minutes pendant la troisième heure. Nos dosages furent effectués selon la méthode de Hagedorn et Jensen.

Parallèlement à l'épreuve de Radoslaw, nous avons recherché chez tous nos patients : l'urobilinurie, la valeur du coefficient de Maillard, le taux de la cholestérolémie et de la bilirubinémie ; et nous avons en outre pratiqué les épreuves de la galactosurie provoquée et de Quick au benzoate de soude.

Nous avons ainsi examiné, une ou plusieurs fois, 18 malades atteints d'insuffisance fonctionnelle du foie à des degrés divers. Dans 4 cas il s'agissait de cirrhose confirmée, dans 5 cas de cirrhose au début, dans 6 cas de précirrhose et dans 3 cas d'ictère chronique de causes diverses.

III. — Résultats

Les courbes et les tableaux ci-joints montrent clairement les résultats auxquels nous avons abouti. Dans ces tableaux nous avons mis en parallèle les chiffres que nous avons trouvés chez nos patients avec des chiffres moyens obtenus par Norgaard et Thayssen dans leurs études si étendues sur l'effet des injections intraveineuses d'insuline chez le sujet normal.

Dans les 4 cas de cirrhose confirmée, dont 2 avec hypertrophie et 2 avec atrophie du foie, les deux caractéristiques les plus typiques des courbes d'hypoglycémie (fig. 2) furent d'une part l'allongement du temps que mit la glycémie à atteindre son point le plus bas, comme l'ont observé Labbé et Carrière ; et d'autre part, l'extrême lenteur avec laquelle cette glycémie tendit à remonter vers son niveau initial, comme l'ont signalé Lanza, Guarino et Stellatelli. Les 4 malades présentaient des signes accusés d'insuffisance hépatique (tableau I).

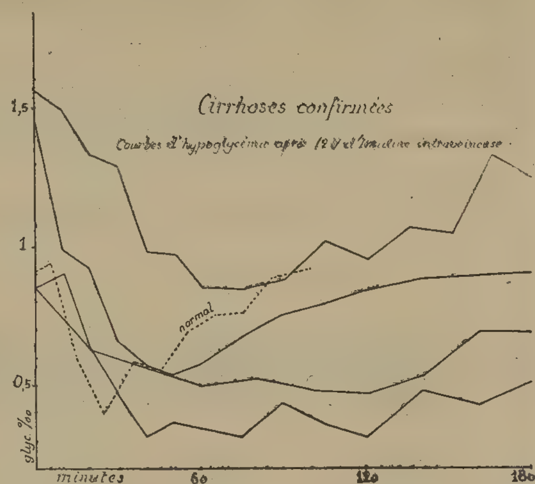


Fig. 2. — Courbes d'hypoglycémie obtenues par injection intraveineuse de 12 unités d'insuline à des malades atteints de cirrhose confirmée.

Dans les 5 cas de cirhose au début, dans lesquels les symptômes de déficience fonctionnelle du foie étaient, comme on peut le voir dans le tableau II, moins concordants que précédemment, le temps de chute maxima de la glycémie fut encore un peu allongé, mais à une exception près, beaucoup moins que chez les cirrhotiques avancés. Cependant la ligne de restauration de la glycémie s'inscrivit en pente presque aussi faible que chez ces derniers (fig. 3).

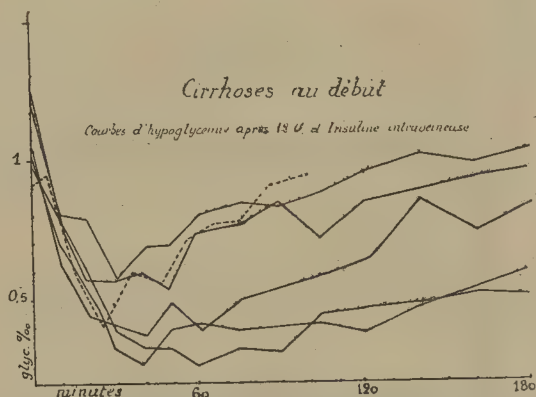


Fig. 3. — Courbes d'hypoglycémie obtenues par injection intraveineuse de 12 unités d'insuline à des malades atteints de cirrhose au début.

Les 6 malades du groupe des précirrhoses étaient des éthyliques avérés venus à l'hôpital pour des causes diverses, et à l'examen desquels on découvrit fortuitement un foie un peu gros et dur, et tantôt de l'urobilinurie, tantôt une galactosurie légèrement anormale ou une épreuve de Quick plus ou moins pathologique (tableau III). Les courbes obtenues chez tous ces sujets montrent une vitesse de chute du taux du sucre sanguin normale mais une restauration de la glycémie toujours plus lente qu'à l'ordinaire (fig. 4).

Enfin nous avons examiné trois malades atteints d'ictère chronique dus dans un cas à une bride péritonéale comprimant le cholédoque (observation 1), dans un autre cas à un ictère catarrhal prolongé (observation 2) et dans le troisième cas à une cause indéterminée. Chez ces trois malades qui, en dehors de leur syndrome cholémique, ne présentaient pas de

I. — VALEURS D'HYPOGLYCÉMIE INSULINIQUE ET EXPLORATION FONCTIONNELLE DU FOIE DANS 4 CAS DE CIRRHOSE CONFIRMÉE.

	NORMALE	CAS 1	CAS 2	CAS 3	CAS 4
Chute maxima	49	70	54	40	90
% de chute maxima	56	44	62	47	62
Temps de chute maxima	25 m.	60 m.	28 m.	60 m.	50 m.
Index d'assimilation	1,7 à 3,3	0,73	0,21	0,78	1,24
Temps d'hypoglycémie	100 m.	> 180 m.	> 180 m.	> 180 m.	> 180 m.
Tangente ligne restauration	0,80	0,31	0,15	0,16	0,26
Foie	normal	gros	petit	petit	gros
Urobilinurie	0	+	+	+	+
Coefficient de MAILLARD	0,07	0,14			0,09
Bilirubinémie	6 mmg.	25 mmg.	23 mmg.	11 mmg.	17 mmg.
Galactosurie provoquée	normale	anormale	normale	anormale	anormale
Épreuve de Quick	2,50	1,35	1,67	1,26	1,75

II. — VALEURS D'HYPOGLYCÉMIE INSULINIQUE ET EXPLORATION FONCTIONNELLE DU FOIE DANS 5 CAS DE CIRRHOSE AU DÉBUT.

	NORMALE	CAS 1	CAS 2	CAS 3	CAS 4	CAS 5
Chute maxima	49	67	75	70	66	72
% de chute maxima	56	54	73	56	64	74
Temps de chute maxima	25 m.	30 m.	40 m.	30 m.	40 m.	60 m.
Index d'assimilation	1,7 à 5,5	1,8	1,82	2,8	1,60	1,23
Temps d'hypoglycémie	100 m.	> 180 m.	> 180 m.	> 180 m.	> 180 m.	> 180 m.
Tangente ligne restauration	0,80	0,30	0,22	0,20	0,32	0,22
Foie	normal	gros	gros	gros	gros	gros
Urobilinurie	0	0	+	+	+	+
Coefficient de MAILLARD	0,07	0,04	0,13	0,03	0,14	0,09
Bilirubinémie	6 mmg.	6 mmg.		10 mmg.		22 mmg.
Galactosurie provoquée	normale	anormale	normale	normale	normale	normale
Épreuve de Quick	2,50	1,17	1,59	2,46	2,09	2,10

III. — VALEURS D'HYPOGLYCÉMIE INSULINIQUE ET EXPLORATION FONCTIONNELLE DU FOIE DANS 6 CAS DE PRÉCIRRHOSE

	NORMALE	CAS 1	CAS 2	CAS 3	CAS 4	CAS 5	CAS 6
Chute maxima	44	67	80	74	77	77	54
% de chute maxima	56	59	76	69	68	62	68
Temps de chute maxima	25 m.	30 m.	20 m.	30 m.	30 m.	30 m.	30 m.
Index d'assimilation	1,7 à 3,3	1,96	3,80	2,30	2,26	2,06	2,98
Temps d'hypoglycémie	100 m.	> 180 m.	> 180 m.	> 180 m.	> 180 m.	> 180 m.	> 180 m.
Tangente ligne restauration	0,80	0,35	0,43	0,29	0,28	0,52	0,34
Foie	normal	normal	gros	gros	gros	gros	gros
Urobilinurie	0	0	0	0	0	+	+
Coefficient de MAILLARD	0,07	0,07	—	0,06	0,09	0,05	0,08
Bilirubinémie	6 mmg.	8	8	9	—	—	9
Galactosurie provoquée	normale	peu anorm.	peu anorm.	peu anorm.	peu anorm.	normale	peu anorm.
Epreuve de Quick	2,50	1,80	3,87	2,14	0,96	2,72	1,23

IV. — VALEURS D'HYPOGLYCÉMIE INSULINIQUE ET EXPLORATION FONCTIONNELLE DU FOIE DANS 3 CAS D'ICTÈRE CHRONIQUE

	NORMALE	CAS 1	CAS 2	CAS 3
Chute maxima	49	64	56	56
% de chute maxima	56	63	62	55
Temps de chute maxima	25 m.	25 m.	25 m.	25 m.
Index d'assimilation	1,7 à 3,3	3,15	3,1	2,75
Temps d'hypoglycémie	100 m.	> 180 m.	> 180 m.	> 180 m.
Tangente ligne restauration	0,80	0,22	0,25	0,25
Foie	normal	gros	gros	petit
Urobilinurie	0	++	++	++
Coefficient de MAILLARD	0,37	0,12	—	0,17
Bilirubinémie	6 mmg.	38	125	48
Galactosurie provoquée	normale	peu anorm.	normale	normale
Epreuve de Quick	2,30	2,60	3,25	2,49

grands signes d'insuffisance hépatique, le temps que mit la glycémie à atteindre son niveau le plus faible se révéla normal ; mais ici encore le rétablissement de cette glycémie se fit moins vite que chez les sujets sains (tableau IV, figure 5).

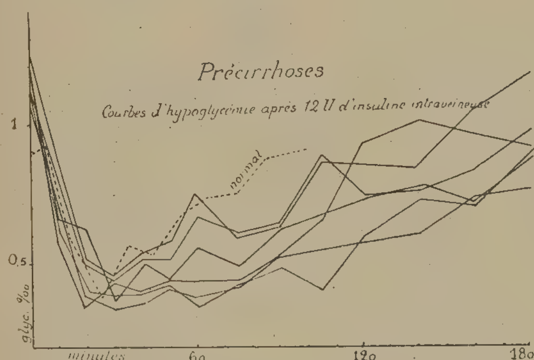


Fig. 4. — Courbes d'hypoglycémie obtenues par injection intraveineuse de 12 unités d'insuline à des malades atteints de précirrhose.

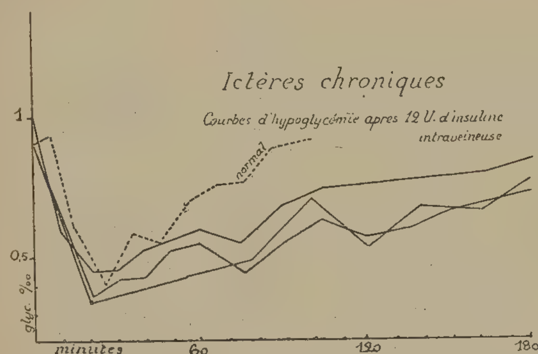


Fig. 5. — Courbes d'hypoglycémie obtenues par injection intraveineuse de 12 unités d'insuline à des malades atteints d'ictère chronique.

IV. — L'insulino-résistance d'origine hépatique reste un phénomène rare

Il ne découle pas des constatations précédentes que l'insuline a moins d'action chez les hépatiques que chez les sujets normaux. Sans doute, dans les cirrhoses confirmées, l'index d'assimilation est-il abaissé parce que le temps de chute maxima est allongé. Mais comme l'un de nous l'a montré avec Trinquier (13), et avec Castagnou (14 et 15), cet index est un mauvais test d'appréciation de la valeur hypoglycémiante de l'insuline, car il tient compte non de la chute maxima réelle, mais du pourcentage de cette chute ; et par ailleurs, pour s'effectuer plus lentement, l'action de l'insuline peut ne pas être moins importante. Dans l'occurrence, les pourcentages de chute maxima de la glycémie ne sont pas dans l'ensemble, même chez les cirrhotiques avancés, très différents de ce qu'ils sont normalement. Les valeurs effectives d'abaissement du taux du sucre sanguin sont souvent plus importantes comme l'ont vu Lanza et Mancera, parce que les taux de glycémie initiale sont assez fréquemment un peu au-dessus de la normale (Radoslaw). En définitive, les aires d'assimilation ne sont pas généralement moins grandes que chez les sujets sains, au contraire.

Au demeurant, les cas d'insulinorésistance observés chez des diabétiques atteints d'affections du foie restent des faits isolés ; et il ne semble pas qu'en général ces malades réagissent moins bien que les autres à l'insulinothérapie. La question de l'insulinorésistance d'origine hépatique n'a donc pas une importance d'ordre général (E. Aubertin, 2).

V. — Valeur de l'épreuve d'hypoglycémie insulinique au point de vue du pronostic de l'insuffisance hépatique

Par contre, on ne saurait trop attirer l'attention sur cette anomalie curieuse que présentent les courbes d'hypoglycémie insulinique chez les hépatiques les plus malades, et qui consiste dans l'augmentation du temps que met la glycémie à atteindre son point le plus bas.

Certes, il ne s'agit pas là d'un trouble pathognomonique des dégénérescences profondes du foie. Expérimentalement chez le chien, l'un de nous avec Trinquier (16, 17) et avec Castagnou (9, 14, 15) a observé le phénomène dans diverses conditions pathologiques : dans le diabète par pancréatectomie, où il est de beaucoup le plus marqué ; après une période d'inanition ou de jeûne hydrocarboné prolongé ; dans la narcose au chloralose ; après néphrectomie ou urétérotomie à la période d'urémie terminale, sans doute du fait du jeûne qui en résulte ; enfin dans les altérations graves du foie.

En ce qui concerne cependant ce dernier cas, dans les recherches ultérieures auxquelles nous avons fait allusion plus haut et que nous avons pratiquées avec A. Lacoste et Martinet chez des chiens intoxiqués par le tétrachlorure de carbone ou le phosphore, nous avons pu constater que cet allongement du temps que met la glycémie à atteindre son point le plus bas ne s'observe pas dans les lésions expérimentales partielles ou encore peu accentuées du foie.

Cliniquement, de même, nous n'avons rencontré cette anomalie que dans les cas de cirrhose indubitable, tandis qu'elle ne se voit pas dans les précirrhoses ou les insuffisances hépatiques légères. Et nous croyons pouvoir conclure qu'elle revêt par conséquent de ce fait une importance de grande valeur au point de vue du pronostic.

Quant à son mécanisme, il ne nous paraît pas encore possible actuellement de l'expliquer. Est-il en rapport seulement avec un trouble profond de la fonction glycogénique du foie ? Ou traduit-il une altération associée portant sur d'autres fonctions du métabolisme des glucides ? La question ne saurait être résolue pour le moment.

VI. — Valeur de l'épreuve d'hypoglycémie insulinique au point de vue du diagnostic de l'insuffisance hépatique

L'épreuve complète de Radoslaw n'a pas seulement une valeur de pronostic chez les hépatiques. Elle permet aussi d'apprécier la façon dont s'opère la recharge de la glycémie après la phase d'hypoglycémie insulinique ; et à ce titre elle paraît avoir, du moins chez l'homme, un grand intérêt pour le dépistage précoce de l'insuffisance fonctionnelle du foie.


PRIMUM NON NOCERE
Aucune contrindication
NEVROSTHENINE


VALS
SAINT-JEAN

Expérimentalement, tant dans les recherches antérieurement effectuées par l'un de nous avec Castagnou (9) que dans celles que nous avons pratiquées récemment avec A. Lacoste et Martinet, les courbes d'hypoglycémie insulinique obtenues chez des animaux atteints de dégénérescence prononcée du foie nous ont toutes montré une ligne de restauration dont la tangente est considérablement abaissée par rapport à la normale (figure 1), et d'autant plus que les réserves glycogéniques de cet organe se trouvaient plus diminuées. Mais dans les cas d'altération moins accentuée, suffisante cependant pour produire d'autres troubles dans le fonctionnement du foie, les courbes d'hypoglycémie ont été trouvées normales.

Les résultats que nous avons obtenus en clinique semblent indiquer que l'homme est beaucoup plus sensible à cet égard que le chien ; car nous avons pu constater une lenteur anormale dans la restauration de la glycémie, non seulement chez des malades profondément atteints, mais aussi chez des sujets ne présentant encore par ailleurs que des troubles hépatiques peu apparents. A ce titre, l'épreuve d'hypoglycémie provoquée par l'insuline nous paraît être, lorsqu'elle est convenablement effectuée, un excellent moyen d'explorer la fonction glycogénique du foie et l'un des tests les plus précoces de la déficience de cet organe.

Bien que la recharge du sang circulant en glucose après hypoglycémie insulinique incombe essentiellement au foie, ce test ne peut avoir de valeur cependant qu'autant que les réserves en glycogène de cette glande n'ont pas été diminuées par d'autres causes que les altérations pathologiques de celle-ci, comme il peut arriver dans le diabète consomptif ou encore après un jeûne hydrocarboné prolongé. Dans ce dernier cas notamment Castagnou (14) a bien montré que les tangentes des lignes d'assimilation se trouvaient d'autant plus abaissées que le jeûne était lui-même de plus longue durée.

Des investigations plus étendues permettront aussi de dire si la courbe d'hypoglycémie provoquée présente des modifications analogues à celles qu'on observe chez les hépatiques dans les syndromes endocriniens qui intéressent les glandes capables de mobiliser le glycogène du foie, et notamment dans les affections surrénalienne, thyroïdienne et hypophysaire, ou encore dans les cas d'hyperinsulinisme d'origine insulaire.

Mais quels que puissent être le nombre et l'importance de ces causes d'erreur, apparemment assez aisées à dissocier en clinique, il n'en reste pas moins que l'épreuve de Radoslaw peut apporter une aide précieuse au dépistage de l'insuffisance hépatique, pour peu que celle-ci se trouve confirmée par ailleurs par quelque test de même valeur.

Bibliographie

1. Mauriac et Aubertin. Insulinorésistance et diabètes par neutralisation. *Presse médicale*, N° 104, p. 1633, 1926.
2. Aubertin (E.). L'insulinorésistance. *Bruxelles médical*, 26 janvier 1936.
3. Boller et Uberrack. La tolérance à l'insuline dans les ictères. *Klinische Wochenschrift*, t. I, p. 671, 1932.
4. Labbé et Boulin. L'épreuve d'hypoglycémie insulinique dans les cirrhoses. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. 115, p. 907, 1934.
5. Carrière, P.-J. Gineste et Belbenoit. La résistance à l'insuline dans les affections du foie. *Gazette des Hôpitaux*, N° 86, p. 1447, 1935.
6. Mancera. Etude de l'épreuve de Bürger. *La Medica Ibera*, t. 27, p. 571, N° 883, 1933.
7. Lanza. L'équilibre glycémique dans les affections du foie. *Minerva medica. Sez « Scientifica »*, t. 1, p. 487, 1933.
8. Guarino et Stellatelli. Etude expérimentale et clinique sur l'insuline injectée par voie veineuse. Sur le comportement de la courbe glycémique dans le diabète et dans quelques maladies du parenchyme hépatique. *Giorn. di Clin. med.*, An. XVI, p. 1132, 1935.
9. Aubertin et Castagnou. De l'action hypoglycémiante de l'insuline chez des chiens ayant subi la ligature des canaux pancréatiques et atteints ou non secondairement de dégénérescence graisseuse du foie. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. 120, p. 1120, 1935.
10. Norgaard et Thayssen. Recherches cliniques sur l'effet des injections intraveineuses d'insuline. *Acta medica Scandinavica*, t. 72, p. 492, 1929 ; t. 73, p. 125, 1930 ; t. 73, p. 408, 1930.
11. Radoslaw. Sur l'action de l'insuline sur le sucre sanguin chez l'homme. *Wiener Archives für Klin. Med.*, t. 8, p. 395, 1924.
12. Sendrail. Etude de la glycorégulation par le test de tolérance à l'insuline. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. 99, p. 1901, 1928.
13. Trinquier. Etude de l'hypoglycémie produite par l'insuline administrée par voie veineuse chez le chien normal en état de veille ou anesthésié au chloralose, ainsi que chez le chien néphrectomisé ou urétéromisé. *Thèse*, Bordeaux, 1932.
14. Castagnou. Fonction hypoglycémiante de l'insuline chez le chien sous l'influence de la pancréatectomie et de la dégénérescence exocrine du pancréas après ligature des canaux, et du jeûne prolongé. *Thèse de pharmacie*, Bordeaux, 1936.
15. Aubertin et Castagnou. Etude comparative de l'action hypoglycémiante de l'insuline chez les mêmes chiens avant et après dépancréatisation. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. 118, p. 697.
16. Aubertin et Trinquier. De l'action hypoglycémiante de l'insuline chez le chien chloralosé. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. 112, p. 316, 1932.
17. Aubertin et Trinquier. De l'action hypoglycémiante de l'insuline chez le chien néphrectomisé ou urétérotomisé. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. 112, p. 318, 1932.

XLVIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (1)

TROISIÈME QUESTION MISE A L'ORDRE DU JOUR

Indications relatives à l'intervention sanglante et aux méthodes orthopédiques dans les fractures diaphysaires fermées des jambes.

Discussion

M. LAMBOTTE d'Anvers). — Une longue pratique de trente années, et la valeur des résultats obtenus font de l'auteur un partisan convaincu de la méthode sanglante dans le traitement de la plupart des fractures.

Il opère tardivement, entre le 12e et le 15e jours, dès que les hématomes se sont résorbés. Il réclive largement le périoste à la rugine, pratique ensuite la réduction, puis la fixation à l'aide d'un « fixateur externe ». La prothèse à matériel perdu est à rejeter.

M. JACOBOVICI (de Bucarest), a souvent recours à la méthode sanglante. Il utilise un appareil spécial combinant le cerclage par ruban métallique et la fixation par un fixateur externe du type Juvara.

Cette technique permet l'ablation facile de la pièce prothétique et donne d'excellents résultats.

M. CHIAROLANZA (de Naples), a utilisé une centaine de fois la méthode orthopédique, en y ajoutant souvent la traction par broche. Dans l'ensemble, les résultats sont bons.

L'examen des radiographies montre qu'un résultat anatomique parfait n'aboutit pas nécessairement à un résultat fonctionnel identique et « vice versa ».

M. PETRE TOPA (de Bucarest), a pratiqué 74 fois sur 89 cas de fractures, l'intervention sanglante d'urgence. La fixation des fragments est assurée très simplement à l'aide d'une agrafe de Jacoël qu'on laisse en place quinze jours. Un traitement post-opératoire mécano-diathermo-thérapique accélère la reprise du travail et supprime le plus souvent toute pension d'invalidité.

M. BOEVER (de Namur), est l'inventeur d'un fixateur externe d'un type spécial à vis inoxydables. Il explique le maniement de l'appareil et expose sa statistique.

M. PODLAHA (d'Olomvuc), est partisan du traitement orthopédique réalisé le plus tôt possible. Mais dans les cas anciens, il faut recourir à la réduction par traction sur l'os. L'ostéosynthèse s'impose là où toutes les méthodes de réduction ont échoué.

M. DECKER (de Lausanne), compare dans sa statistique les résultats obtenus par l'extension continue et ceux obtenus par l'application d'appareils plâtrés.

Contrairement à ce qu'il est classique d'affirmer, la guérison a été plus rapide avec l'extension qu'avec le plâtre.

L'association des deux méthodes constitue souvent une excellente technique.

M. VERBRUGGE (d'Anvers), insiste sur la nécessité d'une réduction mathématique suivie d'une contention parfaite. La méthode de Lambotte lui paraît toujours de mise, exception faite des fractures sans déplacement qu'il faut plâtrer. L'ostéosynthèse doit être pratiquée sans retard par fil métallique ou fixateur externe.

M. LERICHE (de Strasbourg), se montre de plus en plus partisan de l'ostéosynthèse métallique là où la réduction s'avère difficile ou impossible.

Il résume ainsi son opinion : tenter tout d'abord un essai loyal de réduction orthopédique ; en cas d'échec, recourir à l'ostéosynthèse. Mais celle-ci ne donnera tous ses résultats qu'entre les mains d'un chirurgien expérimenté docile à la technique de Lambotte et Danis.

M. AUVRAY, se basant sur l'analyse de 99 cas de fractures de jambe, dont 79 traités par les méthodes orthopédiques et 20 par l'ostéosynthèse, qu'il a été appelé à expertiser, étudie les résultats comparés du traitement de ces fractures par les deux méthodes. Il fait remarquer que cette statistique est l'émanation non pas de quelques chirurgiens spécialisés, mais de tous les chirurgiens.

Il n'a jamais constaté d'infection développée au niveau du foyer de fracture à la suite de simples appareillages, tandis qu'il relève cinq fois sur vingt de l'infection après l'ostéosynthèse, infections qui ont abouti à la production d'ostéite, de fistules ayant nécessité des grattages osseux.

Après l'ostéosynthèse, il a relevé une proportion plus élevée de cals gros et douloureux, la persistance d'un œdème nettement plus fréquent et plus important, une fréquence plus grande d'atrophies importantes de la cuisse.

Les mouvements du genou lui ont paru peu compromis à la suite de l'une ou l'autre des deux méthodes ; par contre, les mouvements du cou-de-pied l'étaient plus gravement, ils étaient en particulier plus touchés à la suite de l'ostéosynthèse.

Les incapacités temporaires ont toujours été plus prolongées à la suite de l'ostéosynthèse, c'est un fait très frappant ; les incapacités inférieures à six mois s'observent dans un tiers des cas à peine, tandis qu'on les observe à la suite des simples appareillages dans près des deux tiers des cas ; les incapacités temporaires d'un an et au delà sont l'exception après l'emploi des méthodes orthopédiques (deux cas sur 79), tandis que, à la suite des fractures opérées, on trouve 10 cas sur 20 qui s'échelonnent entre un an et plus de trois ans.

En ce qui concerne les incapacités permanentes, M. Auvray a constaté qu'à la suite de simples appareillages, le taux d'invalidité a varié de 2 p. 100 à 15 p. 100 dans plus de la moitié des cas, tandis qu'à la suite de l'ostéosynthèse, pas une fois le taux de l'invalidité n'a été inférieur à 8 pour 100 et il a oscillé de 8 à 15 p. 100 dans un tiers des cas seulement. Les taux d'invalidité permanente peu élevés s'observent donc dans une proportion beaucoup plus grande à la suite de fractures non opérées. Par contre, c'est dans quelques cas de fractures appareillées que l'on trouve les taux d'invalidité les plus élevés, allant de 35 p. 100 à 75 pour 100 (dix sur 79).

Il est probable que ces cas graves auraient bénéficié d'une ostéosynthèse. Celle-ci en effet peut trouver ses indications dans les cas à lésions anatomiques complexes, dans des cas impossible à réduire par les moyens ordinaires. Mais il ne faut pas en étendre trop les indications. Il faut s'attacher à obtenir mieux encore que ce qui est aujourd'hui, par l'amélioration des méthodes orthopédiques, par une surveillance plus parfaite des fracturés dans les services hospitaliers, voire même par la création de services de fracturés dirigés par des chirurgiens spécialisés. La chirurgie opératoire des fractures mise entre les mains de tous ne donne pas que de bons résultats.

M. FREDET (de Paris), est depuis toujours convaincu de la supériorité de l'ostéosynthèse. Qu'on relève souvent de mauvais résultats, cela tient à l'inexpérience de l'opérateur en la matière, parfois mal aidé et mal outillé, mais ne condamne nullement la méthode.

Il faut reconnaître que la réduction orthopédique s'est perfectionnée avec l'emploi des broches transosseuses ; les procédés récemment préconisés par Danis vont, d'autre part, donner un nouvel essor à l'ostéosynthèse.

E.A. DARIAU.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des Hôp.*, 1937, n° 81, du 9 oct., p. 1274; n° 87, du 30 oct., p. 1373 ; n° 88, du 3 nov., p. 1393.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DES PLEURÉSIES PURULENTES OU PUTRIDES DE LA GRANDE CAVITÉ (1)

EVOLUTION

Non traitée, l'évolution se fait vers la mort :

— Soit d'une façon rapide, suraiguë même ;

— Soit d'une façon aiguë, le malade succombant aux progrès de l'infection générale ;

— Soit plus lentement.

En tous cas, l'ouverture par vomique ou empyème est tout à fait exceptionnelle et les suppurations métastatiques (arthrites suppurées) sont fréquentes.

La mort est souvent aussi le fait d'une endocardite aiguë maligne par greffe du streptocoque sur l'endocarde.

Il faut donc opérer aussitôt que possible, aussitôt le diagnostic fait, disait-on classiquement, mais cette règle doit comporter actuellement quelques exceptions, des interventions pratiquées chez des malades très intoxiqués, présentant des lésions pulmonaires étendues ont été souvent catastrophiques. Aussi convient-il dans ce cas de relever l'état général, de donner des tonicardiaques et d'intervenir aussitôt que l'état des lésions pulmonaires le permet.

Le pronostic est en effet fonction :

— De l'état d'intoxication de l'organisme ;

— De l'état du cœur ;

— De l'état pulmonaire sous-jacent.

Il reste très grave dans la majorité des cas.

Dans les cas heureux, opérés à temps, on voit au contraire la température tomber très rapidement après l'intervention. Les signes de toxhémie disparaissent, le faciès est meilleur, le pouls moins rapide et l'évolution ultérieure ne dépend plus que du drainage correct de la plèvre.

FORMES CLINIQUES

Il existe : des formes *subaiguës* traînantes qui nécessitent un traitement chirurgical précoce et correct, sinon l'évolution se fait progressivement vers la cachexie.

Des formes où la *pleurésie purulente est masquée* par l'affection qu'elle complique.

Au cours des septicémies à streptocoque, l'épanchement est souvent bilatéral et peu abondant.

Le diagnostic est souvent difficile et la mort est la terminaison habituelle.

Au cours de la grippe, la pleurésie streptococcique est fréquente ; elle est souvent masquée au début par les signes pulmonaires, la matité est le meilleur signe.

Le pronostic est très grave.

C'est là surtout qu'il faut avant de confier le malade au chirurgien remonter son cœur et traiter le poumon, car les interventions trop précoces ont souvent donné de très mauvais résultats.

Cette temporisation n'est cependant pas sans danger, d'où la gravité de l'affection.

II. — Pleurésies purulentes a pneumocoques

— Les pleurésies purulentes à pneumocoques ont des signes généraux moins marqués, des signes fonctionnels et physiques habituellement plus nets.

— Elles ont tendance à se cloisonner et à s'évacuer par vomique.

— Elles sont très fréquentes chez l'enfant, rares chez l'adulte où il s'agit presque toujours de pleurésies enkystées.

— Leur pronostic général est moins grave que celui de la pleurésie à streptocoque.

CONDITIONS D'APPARITION

— Elles sont très fréquemment secondaires à une pneumonie, elles apparaissent :

— Soit au cours de la pneumonie (P. parapneumonique),

— Soit après la guérison, au cours de la convalescence (P. métapneumonique).

— Elles peuvent être cliniquement primitives, en réalité secondaires à une infection pneumococcique passée inaperçue : c'est une éventualité fréquente chez l'enfant.

DEBUT

Dans le cas de *pleurésie parapneumonique*, le tableau est celui d'une pneumonie franche, mais la crise ne se produit pas, la toux devient sèche, le malade prend l'aspect d'un infecté, la température tend à prendre le type oscillant, le faciès est pâle.

Il existe des sueurs profuses.

L'examen montre l'apparition de signes liquidiens plus ou moins nets.

D'autres fois, il s'agit de *P. métapneumonique.*

A la suite de la pneumonie, la convalescence était traînante, le malade restait pâle, fatigué, fébricitant ; et au bout de 2 à 4 semaines après la fin de la pneumonie, des signes nouveaux apparaissent.

— La température remonte ;

— Un point de côté réapparaît.

Les signes physiques vont faire le diagnostic entre une complication pleurale et un nouveau foyer pneumonique.

Dans le cas de *P. cliniquement primitive*, c'est à peu près le même tableau.

Le début est brusque.

S. g. : des frissons, une élévation de température à 40.

S. f. : un point de côté très violent avec dyspnée, toux sèche.

ETAT

Les s. g. sont marqués, mais malgré tout beaucoup moins graves que dans les P. streptococciques.

Le malade est pâle, mais n'est pas plombé.

La température est aux environs de 39.

Le pouls est rapide mais régulier.

Les urines sont diminuées, parfois albumineuses.

Les s. f. du début persistent.

s. ph. : A l'examen, on trouve les signes d'un épanchement abondant de la grande cavité.

Immobilité et asymétrie d'un hémithorax ;
Vibrations diminuées ;
Matité ;
Respiration diminuée ou abolie, etc.

En somme, les s. f. attirent l'attention vers le poumon, les s. ph. font le diagnostic et la conservation d'un état général satisfaisant fait songer à une P. pneumococcique.

La *ponction* confirme le diagnostic en montrant l'existence d'un pus crémeux, épais, bien lié, difficile à retirer et nécessitant l'emploi d'une aiguille de fort calibre.

L'examen bactériologique montre qu'il s'agit de diplocoques encapsulés en flamme de bougie. Gram positif.

Parfois les diplocoques peuvent d'ailleurs se disposer en courtes chaînettes.

Pour éliminer un streptocoque, on pratiquera alors :

— Un ensemencement en milieu bilié ;

— L'inoculation à la souris.

(*A suivre.*) J. FERROIR.

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1937, n° 88, p. 1398.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

Nº 91. — SAMEDI 13 NOVEMBRE 1937. 110e ANNEE Le Nº 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Un certain nombre de places d'assistants des consultations générales de médecine et de chirurgie, seront vacantes le 1er janvier prochain dans les hôpitaux dépendant de l'Administration générale de l'Assistance publique, à Paris.

Les candidats, qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au bureau du Service de santé de cette administration (3, avenue Victoria), avant le 15 décembre prochain, dernier délai.

Ecole de médecine d'Angers. — M. le professeur Metzger est nommé directeur.

Ecole de médecine de Nantes. — M. le professeur Auvigne est nommé directeur.

— M. le docteur Georges Moutier est institué professeur suppléant des chaires d'anatomic, de physiologie et d'histologie.

Ecole de médecine de Tours. — M. le docteur Armand Mercier est institué professeur suppléant de la chaire de physique médicale.

Association des microbiologistes de langue française. — Sur l'initiative des professeurs Bordet, directeur de l'Institut Pasteur de Belgique ; Martin, directeur de l'Institut Pasteur de Paris ; Lisbonne, de la Faculté de médecine de Montpellier, une association des microbiologistes de langue française a été créée au cours d'une réunion tenue le 28 octobre, à Paris.

Cette association se propose d'établir un lien — devenu indispensable — entre les microbiologistes de tout pays dont la langue française est la langue scientifique, et dont l'activité s'étend sur toutes les branches de la bactériologie (bactériologies médicale, vétérinaire, industrielle, agricole).

Le premier congrès de cette Association aura lieu en octobre 1938, à l'occasion du cinquantenaire de l'Institut Pasteur.

Le Bureau, pour 1938, est constitué comme suit :

Président : professeur Martin, directeur de l'Institut Pasteur.

Secrétaires généraux : docteur Lépine, de l'Institut Pasteur de Paris ; docteur Paul Bordet, de l'Institut Pasteur de Bruxelles.

Secrétaire adjoint et trésorier : M. Prévot, de l'Institut Pasteur de Paris.

Pour toute communication, s'adresser au docteur Lépine, chef de service à l'Institut Pasteur, 25, rue du Docteur-Roux, Paris (15e).

Confédération des Syndicats médicaux français. — L'assemblée générale de la Confédération se tiendra les 17, 18 et 19 décembre 1937, au siège de la Confédération, 60, boulevard de Latour-Maubourg, dans la grande salle inaugurée à cette occasion. L'assemblée s'ouvrira le 17, à 14 heures.

Hommage au professeur Arnold Netter. — Sous les auspices de la Renaissance française, une plaque commémorative va être apposée sur la maison natale du professeur Arnold Netter, de l'Académie de médecine, place de l'Homme-de-Fer, à Strasbourg. La date de la cérémonie a été fixée au 21 novembre, à 14 h. 30. Elle coïncidera avec les fêtes habituelles commémorant l'anniversaire de l'entrée des troupes françaises.

Des discours seront prononcés par M. Léonce Armbruster,

président de la Renaissance française, des représentants de la Faculté de médecine de Strasbourg et des élèves du professeur Netter, et M. Viguier, préfet du Bas-Rhin.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Chaire de chimie médicale. — Un cours de perfectionnement de chimie médicale aura lieu à la Faculté de médecine de Paris, sous la direction de M. le professeur POLONOVSKI.

Ce cours comprendra une série de 16 séances de travaux pratiques, qui auront lieu du 12 novembre au 15 janvier, les mardis et vendredis, et 16 conférences sur des sujets d'actualité biochimique intéressant la médecine.

Inscriptions et renseignements au Laboratoire de chimie médicale de la Faculté de médecine. MM. les internes sont dispensés du droit d'inscription, fixé par ailleurs à 250 fr. Le nombre des places étant limité, la priorité sera accordée aux premiers inscrits.

— CLINIQUE CARDIOLOGIQUE (Hôpital Broussais). — M. le professeur Charles LAUBRY fera sa première leçon le samedi 13 novembre 1937, à 10 heures, et continuera son enseignement clinique le samedi de chaque semaine, à 11 heures du matin.

— CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE (Asile Clinique). — M. le professeur Henri CLAUDE commencera ses leçons cliniques à l'amphithéâtre de la Clinique le mercredi 17 novembre 1937, à 10 h. 30, et continuera son enseignement les dimanches et mercredis suivants , à la même heure.

— CLINIQUE MÉDICALE (Hôpital Saint-Antoine). — Le professeur Maurice LOEPER commencera son cours de clinique le jeudi 18 novembre 1937, à 11 heures (amphithéâtre Hayem), et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

CLINIQUE MÉDICALE THÉRAPEUTIQUE (Pitié : Professeur RATHERY), du 15 au 20 novembre 1937. — Lundi 15 novembre. — 9 heures, M. BARGETON : cours de séméiologie cardiaque. — 9 h. 30 : visite dans les salles. — 10 h. 30 : M. DEROT : présentation de malade.

Mardi 16 novembre. — 9 heures, M. SALLET : cours de séméiologie rénale. — 9 h. 30 : visite dans les salles. — 10 h. 30 : M. MOLLARET : présentation de malade. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. RATHERY. Diabète et nutrition.

Mercredi 17 novembre. — 9 heures, M. GRENET : cours de séméiologie nerveuse. — 9 h. 30 : visite dans les salles. — 10 h. 30, M. PAUTRAT : présentation de malade. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. RATHERY. Maladies du rein.

Jeudi 18 novembre. — 9 heures, M. DE TRAVERSE : cours de chimie biologique élémentaire. — 9 h. 30 : visite dans les salles. — 10 h. 30, M. le professeur RATHERY : *Formes cliniques des néphrites.*

Vendredi 19 novembre. — 9 heures, M. BACHMANN : cours de séméiologie pulmonaire. — 9 h. 30 : visite dans les salles. — 10 h. 30, M. BARGETON : présentation de malade. — 11 h. 15, Policlinique et thérapeutique appliquée : M. RATHERY. Diabète, nutrition, rhumatisme.

Samedi 20 novembre. — 9 heures, M. J. FERROIR : cours de séméiologie digestive. — 9 h. 30 : visite dans les salles.

Rectification. — Le cours complémentaire d'obstétrique de M. le docteur LANTUÉJOUL, agrégé, commençant le *samedi 13 novembre* 1937, à l'amphithéâtre Cruveilhier, aura lieu aux jours indiqués et au même amphithéâtre, mais à 18 *heures*, au lieu de 17.

CHRONIQUE

LE DÉPART DU PROFESSEUR DOMINGUEZ

Notre éminent confrère, le professeur F. Dominguez, après un long séjour à Paris, retourne à Cuba.

Le Président de l'Académie de médecine lui a adressé, il y a quelques jours, les adieux de la compagnie dont il était l'associé étranger. Je ne puis laisser partir ce grand ami de notre pays sans lui dire les regrets que nous cause son départ.

Venu, comme Albarran, de la Havane, Francisco Dominguez a refait ses études médicales en France. En 1889, il était à l'hôpital Necker le collègue d'internat de J.-L. Faure. Il était aussi l'ami de Charles Walther. Après avoir passé sa thèse de doctorat à Madrid, il rentre à la Havane, où il instaure un enseignement d'anatomie topographique conforme à celui de ses maîtres de Paris : Farabeuf et Poirier. Professeur de clinique médicale, ministre de l'Instruction publique, après avoir combattu pendant la guerre de l'Indépendance, Dominguez joue un rôle considérable dans son pays, où il ne cesse jamais de parler de la France et de la faire aimer.

Il y a dix-sept ans, Dominguez venu en France pour l'éducation de ses enfants, continue à resserrer les liens qui unissent nos deux pays.

Correspondant, en 1929, puis associé de l'Académie de médecine, notre ami a été l'animateur de la célébration en France du Centenaire de Carlos Finlay. Ce fut l'apothéose de l'œuvre du grand savant cubain, à qui l'on doit la découverte de l'agent de la fièvre jaune et les admirables travaux qui ont permis d'éloigner le fléau.

Dominguez, qui avait été le témoin des recherches et des luttes de Finlay, a publié à cette occasion un traité définitif qui restera son œuvre magistrale.

Il faudrait dire encore tout ce que Dominguez a fait pour nos deux pays, soit comme diplomate, — il a été ministre plénipotentiaire de Cuba à Paris, — soit comme journaliste et membre d'honneur de la Fédération de la presse médicale latine. L'activité de Dominguez s'est encore étendue aux étudiants de son pays, et l'on sait la part qu'il a prise à la fondation de la Maison cubaine de la Cité Universitaire. A la veille de son départ, il y a quelques jours à peine, il représentait encore son gouvernement au congrès d'hygiène qui vient de se tenir à l'Institut Pasteur.

Si nous regrettons le départ du savant, dont tous les actes tendaient à rapprocher et à mieux faire connaître nos deux pays, nous voyons, avec une très vive peine, partir l'ami dont l'affectueuse confiance restera pour nous l'un des meilleurs souvenirs de ces dernières années. De tout cœur, nous lui souhaitons un heureux voyage, mais aussi un prompt retour.

F. L. S.

Nécrologie. — Le docteur Edmond Apard (à Paris).

Le professeur Christian Jacobœus (de Stockholm), professeur à l'Institut de médecine Carolin.

Le professeur Charles Wartmann, titulaire de la chaire de thérapeutique appliquée et de clinique rhinologique à l'Institut dentaire de l'Université de Genève.

Le docteur André Martingay, ancien interne des hôpitaux de Paris.

REVUE GENERALE

LA CUTI-RÉACTION TUBERCULINIQUE

par M. P. BAIZE,
ex-chef de clinique infantile à la Faculté,
médecin assistant à l'hospice des Enfants-Assistés.

La cuti-réaction — et l'on entend pratiquement sous ce nom la seule cuti-réaction *tuberculinique* — consiste à introduire par scarification une minime quantité de tuberculine dans la partie toute superficielle de la peau. En 48 heures, *si le sujet est tuberculeux*, se développe au point d'inoculation une *papule rouge* caractéristique qui dure quelques jours et disparaît sans laisser de traces. Cette réaction ne se produit pas chez les sujets indemnes de tuberculose.

Depuis que cette méthode si simple a été introduite en clinique par von Pirquet (en 1907) sa valeur et son innocuité ont été confirmées dans tous les pays par d'innombrables observations. Il ne semble pas, cependant, en dépit d'une enquête récente (1), que la cuti-réaction soit suffisamment entrée dans les mœurs médicales. En dehors de quelques praticiens, et des pédiatres qui ne sauraient s'en passer, la grande majorité des médecins ignore encore la cuti-réaction ou la craint, on ne sait pourquoi. Ils se privent ainsi d'un procédé d'investigation aussi précieux que l'analyse des urines, la prise de la température ou la mesure de la tension artérielle.

Il ne paraît donc pas inutile d'exposer une fois de plus dans un article d'ensemble, la technique de la cuti-réaction, sa signification et la façon dont il convient d'interpréter ses résultats.

*
* *

Après l'échec retentissant de la tuberculine de Koch comme agent thérapeutique, et à la lueur des recherches poursuivies dans différents pays par des vétérinaires comme Guttmann, Roeckl, Lydtin, Bang, Nocard, etc., les médecins comprirent vite quel parti ils pourraient tirer de la tuberculine pour diagnostiquer l'infection tuberculeuse humaine à son début ou dans les cas douteux.

Dans ce but, on commença par utiliser la réaction thermique qui suit, chez un sujet tuberculeux, l'injection *sous-cutanée* d'une petite quantité de tuberculine (un dixième de milligramme ou moins). Mais, même à ces faibles doses, l'injection provoquait chez les sujets sensibles, des réactions *générales* pénibles (céphalée, courbature, vomissements) et surtout de dangereuses réactions *focales*, capables de donner un coup de fouet à la maladie et d'en précipiter l'évolution. On a donc renoncé à peu près complètement à ce mode d'investigation auquel ont avantageusement succédé *la cuti-réaction* de von Pirquet et les procédés qui en dérivent (*intra-dermo-réaction* surtout).

Ce sont ses études sur l'*allergie tuberculinique* qui conduisirent von Pirquet à la découverte de la cuti-réaction (2). La technique qu'il proposa alors est encore celle que nous utilisons aujourd'hui : elle a pour but de substituer une réaction *locale* inoffensive aux dangereuses réactions focale et générale de l'injection sous-cutanée. Certains auteurs (et notamment Lignières (3), Lautier (4), Moro (5), Hamburger (6), ont tenté de modifier le procédé primitif, sans accroître sa sensibilité. D'autres ont proposé d'autres voies d'introduction de la tuberculine (*ophtalmo-réaction* de Wolff Eissner (7) — Calmette (8), *intradermo-réaction* de Ch. Mantoux (9)). De ces diverses tentatives dont certaines, comme l'ophtalmo-réaction, ne sont pas dénuées d'inconvénients, une seule, l'intradermo-réaction, mérite d'être retenue, parallèlement au procédé classique.

*
* *

La TECHNIQUE de la cuti-réaction est très simple. Indolore et rapide, elle n'exige aucune habileté manuelle, aucun titrage de solution, et pour ainsi dire aucune précaution d'asepsie. On la pratique d'ordinaire *à la face antéro-externe du bras*, comme une vaccination jennérienne.

Après nettoyage de la peau à l'alcool, on trace, avec un vaccinostyle préalablement flambé deux scarifications linéaires de cinq millimètres de longueur environ, parallèles et distantes l'une de l'autre de quatre centimètres au moins. Les incisions, très superficielles, ne doivent pas saigner. L'une des scarifications (la supérieure) sert de témoin et ne reçoit rien. Sur l'autre, on dépose en l'étalant un peu une goutte de *tuberculine brute* de l'Institut Pasteur (10). La région scarifiée est laissée à l'air libre quelques minutes, puis débarrassée de l'excès de tuberculine et recouverte ou non d'un léger pansement protecteur.

On *lit* la cuti-réaction au bout de 48 heures. Si elle est *négative*, les deux scarifications ont même aspect : celui de deux petites cicatrices linéaires sans induration ni rougeur périphériques. Il est bon d'opérer une seconde lecture au bout de 4 ou 5 jours, pour ne pas laisser échapper certaines réactions qui, pour être « retardées », n'en sont pas moins positives (10 *bis*). Dans ce dernier cas, on constate, au niveau de la scarification qui a reçu la tuberculine, l'existence d'une *papule rouge*, légèrement *saillante*, dont le diamètre peut atteindre 1 ou 2 centimètres. La palpation permet de sentir à ce niveau l'*induration* caractéristique des réactions positives. Au bout de 4 ou 5 jours, la papule pâlit, s'affaisse et devient le siège d'une légère

(1) *La Vie Médicale*, numéros du 25 février et du 10 mars 1935.

(2) *Soc. Méd. de Berlin*, 8 mai 1907. — *Deut. Med. Woch.* 1907, t. 33, pp. 865 et 905.
(3) *Centralbl. f. Bakt.* 1908, t. 46, p. 373.
(4) *C. R. Soc. Biologie* 1908, t. 64, p. 91.
(5) *Münch. Med. Woch.* 1908, t. 5, p. 217.
(6) *Wien. Klin. Woch.* 1908, t. 21, p. 381.
(7) *Soc. Méd. de Berlin*, 3 juin 1907.
(8) *C. R. Acad. des Sciences*, 17 juin 1907, t. 144, p. 1324.
(9) *C. R. Acad. des Sciences*, 1908, t. 147, p. 355. — *C. R. Soc. Biologie*, 1909, t. 67, pp. 54, 436, 665.
(10) Il s'agit de la vieille tuberculine (AT) ou « tuberculine brute » de Koch, extrait stérilisé, concentré au dixième et filtré d'une culture de bacilles tuberculeux en bouillon peptoné glycériné, vieille de six semaines. C'est un liquide brun, sirupeux, limpide, d'odeur aromatique, qui se conserve bien en flacon bouché à l'abri de la lumière. Il est néanmoins prudent de ne pas employer de tuberculine trop vieillie.
(10 *bis*) Voir Laurent et Gauch, *Revue du Service de Santé*, mai 1937.

desquamation ; parfois elle se recouvre d'une fine croûtelle brunâtre. Elle disparaît enfin, sans laisser de traces, en une quinzaine de jours.

Telle est l'évolution d'une cuti-réaction d'intensité moyenne ; mais on peut observer tous les modes réactionnels, depuis la réaction *douteuse ou faible* limitée à une petite tache érythémateuse sans relief, jusqu'aux réactions *fortes* ou *très fortes*, « ultra-positives » (Jousset) qui revêtent suivant les cas l'aspect « *en cocarde* » (partie centrale jaunâtre, œdémateuse, largement auréolée de rouge), l'aspect *vésiculeux* et même l'aspect *phlycténulaire*. Phlyctène ou vésicules, en se rompant, laissent sourdre de la sérosité ; elles se recouvrent ensuite d'une croûte analogue à l'escharre du phénomène de Koch, et se cicatrisent lentement.

D'une façon générale, les réactions fortes sont à la fois les plus précoces et les plus durables, les réactions faibles sont d'apparition plus tardive et de durée plus éphémère.

On a cherché récemment à augmenter la sensibilité de la cuti-réaction en utilisant les propriétés vaso-dilatatrices de l'*histamine* (Gautrelet (11), Duine (12) et des cuti-réactions pratiquées avec un mélange tuberculine-histamine auraient donné à MM. Huber, Lièvre et Welti (13) des lectures plus constamment et plus précocement positives que la cuti-réaction ordinaire ; ces résultats n'ont pas été confirmés par d'autres auteurs (notamment P.P. Lévy et Chassagne (14).

***

L'*intradermo-réaction* à la tuberculine est d'une technique plus compliquée que la cuti-réaction et demande un certain tour de main chez les sujets à peau fine. Elle consiste à introduire dans le derme, généralement à la face externe de la cuisse ou de l'avant-bras, avec une aiguille fine à biseau court montée sur une seringue du type Barthélemy, 1 ou 2 gouttes d'une solution de tuberculine diluée au 5.000e (15). On est sûr d'avoir poussé le liquide en bonne place quand on a vu se développer la petite boule d'œdème caractéristique des injections intra-dermiques.

Quand la réaction doit être positive, elle est déjà visible au bout de 24 heures ; mais elle atteint son acmé après 48 heures ; elle présente alors un aspect caractéristique : nodule central rose ou rouge vif, de 1 à 2 centimètres de diamètre, entouré d'un halo érythémateux de dimensions variables. Cet aspect rappelle parfois celui d'une papule urticarienne un peu rosée, ou même celui d'un petit placard d'érythème noueux (Chauffard et Troisier). Après 48 heures, le halo rétrocède rapidement, mais l'induration centrale peut persister quelques jours et laisser après elle, pendant des semaines, une petite tache pigmentée.

La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que l'intradermo-réaction est *plus sensible* que la cuti-réaction ; ainsi, elle peut être positive, à la période initiale de la tuberculose, alors que la cuti-réaction est encore douteuse ou même franchement négative. Elle a aussi pour elle d'être scientifiquement *plus précise* que la cuti-réaction, et de permettre, en injectant une quantité connue de tuberculine, de *titrer* en quelque sorte la sensibilité tuberculinique du sujet (R. Debré, M. Lelong et Mlle Pictet). Mais sa technique est plus délicate que celle de la cuti-réaction, et elle exige l'emploi de solutions titrées et d'un matériel spécial. Comme ses résultats sont dans l'ensemble très comparables à ceux de la cuti-réaction et que l'on peut toujours recourir à l'intra-dermo-réaction quand on estime que la cuti-réaction est en défaut, la cuti-réaction classique reste le test tuberculinique pratique par excellence et suffit amplement aux besoins ordinaires de la clinique.

***

Que SIGNIFIE chez un sujet la constatation d'une cuti-réaction (ou d'une intra-dermo-réaction) positive? Pas autre chose que ceci : *ce sujet a été tuberculisé*, à un moment donné de son existence, il a été contaminé par le bacille de Koch, et il conserve encore, en un point quelconque de son organisme, des bacilles tuberculeux *vivants*, en activité dans un foyer plus ou moins étendu, ou inclus dans le petit bloc fibro-crétacé qui représente la cicatrice de lésions anciennes. Une cuti-réaction positive ne nous renseigne donc ni sur le siège, ni sur l'étendue, ni sur l'âge, ni même sur le caractère, évolutif ou non, de la tuberculose ; elle permet seulement d'affirmer que l'individu qui en est porteur *n'est pas indemne de tuberculose*. Du fait de cette contamination, il a acquis la faculté de réagir à la tuberculine *d'une façon différente* de celle d'un organisme vierge ; cette faculté, il la conservera aussi longtemps que son organisme hébergera le bacille de Koch, c'est-à-dire chez l'homme, pratiquement toute la vie.

C'est cette notion que traduit le terme d'*allergie* créé il y a trente ans par von Pirquet. Pour le médecin viennois, la réaction des tuberculeux à la tuberculine [comme celle des sujets anaphylactisés au sérum et comme les réactions vaccinales précoces, ou fausses vaccines] est due à un phénomène de *sensibilisation* vis-à-vis des toxines tuberculeuses ; il y a conflit entre la toxine tuberculinique et les anticorps formés dans l'organisme lors de l'infection virulente antérieure, le sujet réagit à l'introduction de tuberculine comme il réagirait à la pénétration du bacille lui-même.

Les réactions allergiques ressemblent donc beaucoup aux réactions anaphylactiques ; elles en diffèrent néanmoins parce que « tandis que l'anaphylaxie ne peut être produite que par la substance même qui déclenchera le choc anaphylactique, l'allergie peut être déclenchée par la tuberculine, substance qui, elle-même, est incapable d'engendrer l'état allergique » (R. Debré et M. Lelong) (16). D'autre part, il est possible de désensibiliser un organisme anaphylactisé, alors que l'état allergique n'est pas modifiable et reste définitivement acquis chez l'homme infecté de tuberculose.

(11) *Presse Médicale*, 5 déc. 1936, p. 1970.
(12) *Thèse de Paris*, 1936.
(13) *Soc. de Pédiatrie de Paris*, séance du 16 fév. 1937.
(14) *Soc. de Pédiatrie de Paris*, séance du 16 mars 1937.
(15) Cette solution est obtenue en diluant 1 cm³ de la solution mère à 1 p. 100 de tuberculine (délivrée en ampoules par l'Institut Pasteur) dans 49 cm³ d'eau physiologique : 1 goutte représente 1 centième de milligramme (=0 gr. 00001) de tuberculine.

(16) *Traité de Médecine des Enfants* (Nobécourt et Babonneix), édit. 1934, t. 2, p. 766.

L'allergie est donc autre chose qu'une forme d'anaphylaxie, et, pour beaucoup d'auteurs (Sergent, Jousset, Rist, etc.), les réactions tuberculiniques appartiennent aux réactions d'immunité et témoignent d'un certain degré de *résistance* à l'infection bacillaire, — d'où la possibilité (théorique) de baser un pronostic sur le degré d'intensité de ces réactions, les plus fortes correspondant à une bonne défense organique et *vice versa*. Il n'est cependant pas possible d'assimiler l'allergie à l'immunité et les expériences de Calmette (17) sur de jeunes bovins, celles de Boquet et Nègre sur des cobayes, montrent que la première peut disparaître alors que la seconde persiste.

En réalité, allergie et immunité sont les deux faces d'un même phénomène : le *comportement nouveau de l'organisme* vis-à-vis de l'infection tuberculeuse. Des réactions tuberculiniques positives attestent la réalité d'une tuberculisation antérieure, tuberculisation qui n'a pu se produire sans développer dans l'organisme un certain degré de résistance aux réinfections, de sorte qu'il est impossible de concevoir l'allergie sans coexistence d'un certain degré d'immunité. La première est le témoin de l'infection tuberculeuse et la seconde en est la conséquence. Mais s'il y a parallélisme entre les deux états, leur degré d'intensité n'est pas forcément le même et l'on peut voir une immunité forte avec une allergie peu marquée, et inversement.

***

La spécificité des réactions tuberculiniques ne peut plus aujourd'hui être mise en doute ; elle est prouvée par les expériences de Calmette et ses collaborateurs, de Vallée, de Lignières, de Römer, etc., et par les protocoles d'innombrables autopsies. Chaque fois que, du vivant d'un individu, on a constaté l'existence d'une cutiréaction positive, on a retrouvé sur le cadavre des lésions tuberculeuses qui l'expliquaient. Ces lésions peuvent être minimes, échapper à l'examen clinique, à la radiologie, voire à une enquête anatomique superficielle, elles existent *toujours*.

On peut injecter des quantités énormes de tuberculine sans provoquer de réaction chez des animaux exempts de tuberculose, mais les sujets préalablement infectés par le bacille de Koch ne peuvent en recevoir, même à dose infinitésimale, sans présenter des réactions générales et focales plus ou moins marquées. Chez le cobaye tuberculeux, Römer, Kraus et Volk (18) ont constaté que l'injection intradermique de 0 gr. 02 de tuberculine brute donne *toujours* naissance à une papule rouge semblable à la cutiréaction humaine, alors que les cobayes sains ne fournissent aucune réaction. La propriété biologique fondamentale de la tuberculine est donc *sa spécificité* pour l'homme ou l'animal *tuberculeux* : de cette spécificité même découle son application au diagnostic de l'infection.

Cependant la substance complexe qu'on désigne sous le nom de tuberculine contient non seulement des toxines tuberculeuses, mais encore de la glycérine et surtout du bouillon peptoné, *aux protéines duquel le sujet peut se trouver sensibilisé*. Il y a là une cause d'erreur possible dans l'appréciation d'une réaction positive. Et justement les expériences de Heise et Brown (19), de F. de Potter (20), de J. Troisier et M. Monnerot-Dumaine (21) ont montré que, dans un certain nombre de cas, des sujets réagissaient aux intradermo-réactions de bouillon, peptoné ou non. Ces réactions « du bouillon » sont d'ailleurs moins nettes que la cuti-réaction à la tuberculine, et surtout on ne les observe pratiquement que *chez des tuberculeux* réagissant d'autre part à la tuberculine purifiée ; elles ne constituent donc pas une véritable cause d'erreur. Leur existence prouve simplement, ce dont on se doutait déjà, que la sensibilité locale et générale des tuberculeux n'est pas strictement limitée à la tuberculine.

Von Pirquet avait remarqué (22) que des cuti-réactions répétées chez un même sujet augmentaient parfois d'intensité et même devenaient positives alors que la première avait été négative, comme si l'imprégnation de la peau par la tuberculine la sensibilisait vis-à-vis de cette substance. Il est difficile de dire s'il en est ainsi, ou si, plus probablement, le virage des épreuves ne coïncidait pas avec l'établissement de l'allergie. Pour éviter toute erreur d'interprétation, le mieux sera de changer largement de place lorsque l'on devra pratiquer des cuti-réactions en série.

On observe aussi quelquefois, au moment du virage de la cuti-réaction, la *reviviscence* de cuti-réactions anciennes qui avaient été négatives. Ces faits s'expliquent bien par la persistance de traces de tuberculine au niveau de la petite plaie cutanée ; ils ne justifient en aucune façon les craintes de certains médecins pour qui les épreuves tuberculiniques sont dangereuses. En réalité, la cuti-réaction *ne s'accompagne jamais de* réactions focales ou générales, le phénomène de la reviviscence est purement *local* et la méthode est d'une innocuité absolue.

***

Au cours de sa vie, l'être humain est presque fatalement amené à rencontrer le bacille tuberculeux. Cette rencontre se fait plus ou moins tôt, de bonne heure si le sujet vit dans un milieu fortement infecté

(17) *L'Infection bacillaire et la Tuberculose*, édit. 1936, pp. 161 et 927.
(18) *Zitschr. f. Immunität*, 1910, t. 6, p. 683.
(19) *Amer. Rev. of Tuberc.*, 1922, t. 6, p. 1084.
(20) *C. R. Soc. de Biologie*, 1926, t. 94, p. 961.
(21) *Revue de la Tuberculose*, 1930, t. 11, p. 425.
(22) *Wien. Klin. Woch.*, 1908, t. 20, p. 1123.

(parents tuberculeux, par exemple), plus tard quand il vit dans un milieu relativement sain.

A mesure que l'enfant grandit, les sources de contamination se multiplient ; pratiquement réduites pendant les deux premières années à la contagion familiale, elles se diversifient ensuite grâce aux promiscuités de l'école, du square, de l'autobus, de ce qu'on a appelé la « contagion de la rue » partout présente et partout possible. Dans ces conditions, surtout dans les villes, la grande majorité des individus doit être tuberculisée avant l'âge adulte ; tous ne font pas des formes évolutives, et même chez la plupart cette tuberculisation se fait de façon silencieuse, « inapparente » ; mais chez tous elle peut être révélée avec certitude *par le virage des réactions tuberculiniques*.

La cuti-réaction est donc un précieux moyen de faire le bilan de la tuberculose parmi la population et d'établir *la proportion* des sujets sains et des sujets infectés, en un mot d'établir *l'index de tuberculisation*. C'est précisément chez l'enfant que cette recherche offre le plus d'intérêt, et il faut regretter avec Mlle Dreyfus-Sée (23) et avec M. Bohn (24) que la cuti-réaction ne soit pas *systématiquement* pratiquée dans les écoles et *répétée annuellement* chez les élèves, pour dépister la maladie dès son début et appliquer précocement les mesures thérapeutiques et prophylactiques nécessaires. Cette mesure si simple se heurte à l'incompréhension des parents, à l'hostilité de certains médecins et à l'inertie des pouvoirs publics.

A l'heure actuelle, d'innombrables statistiques concernant l'index de tuberculisation ont été et sont encore dressées dans tous les pays ; en raison des différences frappantes qu'elles présentent, il convient de distinguer les *statistiques anciennes*, établies dans les années qui ont suivi la découverte de la cuti-réaction, et les *statistiques récentes*. Les résultats obtenus avec l'intradermo-réaction sont pratiquement les mêmes que ceux de la cuti-réaction.

1° *Statistiques anciennes*. — Parmi les plus importantes sont celles de Calmette, Grysez et Letulle (25), recueillies en 1910 à Lille parmi 2.108 sujets de tout âge ; celle de M. Marfan (26) établie aux Enfants-Malades entre 1914 et 1919 et portant sur 2.784 enfants ; et celle, plus récente, obtenue de 1924 à 1926 à l'hôpital Trousseau par M. Lesné (27). Voici le pourcentage de *cuti-réactions positives* fourni par ces trois statistiques :

AGE	CALMETTE	MARFAN	LESNÉ
0 à 1 an......	8,5 %	10,5 %	8 %
1 à 2 ans.....	28,2	24,3	21
2 à 5 ans.....	61,9	42,4	42,4
5 à 10 ans.....	92,2	63,8	61,8
10 à 15 ans. ...	91,8	81,5	81,5

Ces statistiques sont lourdes, mais il convient de noter qu'elles ont été faites en milieu hospitalier ; celles de Paisseau et Tixier (28) et de Léon Bernard et Vitry (29) conduisent d'ailleurs à des résultats comparables (78 % et 76 % de cuti-réactions positives avant la 15e année). Quant à l'adulte, les chiffres sont encore plus élevés : 95 à 97 % (Bezançon et Vigneron (30), 97 % (Calmette), 98 % (Jousset). Aussi, sur la foi des premières recherches, avait-on admis que les *quatre cinquièmes* des enfants sont contaminés avant l'âge de 15 ans et qu'à l'âge adulte, pratiquement *tous* les sujets ont été touchés par le bacille de Koch.

2° *Statistiques récentes*. — Fait remarquable, les statistiques récentes n'ont pas retrouvé, à loin près, des taux de tuberculisation aussi élevés. La plus importante par le nombre des sujets examinés (plus de 13.000 enfants, entre 1921 et 1935) est sans contredit celle de MM. Nobécourt et Briskas :

AGE	NOMBRE DE SUJETS	CR+ EN %	RÉFÉRENCE
0 à 2 ans..	6.607	6,0	*Presse médicale*, 1936, p. 1465
2 à 6 ans..	2.802	29,7	*ibid.* 1936, p. 1165
6 à 10 ans..	1.989	45,5	*ibid.* 1936, p. 913
10 à 15 ans..	1.776	65,6	*ibid.* 1936, p. 625

A l'hospice des Enfants-Assistés, M. Lereboullet et ses collaborateurs Gavois, Baussan et Pasquier (31) relèvent des chiffres un peu plus forts, mais néanmoins bien inférieurs à ceux des premières statistiques : 10 % de cuti-réactions positives à 4 ans, 32 % à 6 ans, 52 % à 11 ans, 70 % à 14 ans. Récemment, M. Coffin (32) a présenté à la *Société de Pédiatrie* des pourcentages encore plus faibles : à 3 ans, 8,1 % de réactions positives ; à 5 ans, 12,9 % ; à 10 ans, 37,5 % ; à 15 ans, 60 %. Il est vrai qu'il s'agissait d'enfants de milieux relativement aisés.

Les statistiques étrangères conduisent à des résultats analogues (Dow et Lyod (33), Ustvedt (34), Sympa (35), Hewitt et Rollin (36), Herman, Baetzer et Doull (37)) et fournissent, suivant les auteurs, entre 50 et 60 % de cuti-réactions positives, aux environs de la 15e année. En Norvège, comparant ses résultats de 1930 avec ceux d'Arlinsen en 1914, Ustvedt trouve respectivement à 7 ans et à 15 ans 8 % et 40 % de réactions positives, contre 24 et 60 % en 1914.

De la comparaison des chiffres, anciens et récents, se dégage une conclusion évidente : *l'index de tuberculisation actuel est moins élevé* que celui que l'on admettait encore il y a quelques années ; résultat qu'il est permis d'attribuer à une application plus rigoureuse des règles de la prophylaxie (Marfan). A 15 ans, *un quart des adolescents est encore indemne de tuberculose* ; les recherches de MM. Nobécourt et Briskas donnent d'ailleurs l'impression que si le pourcentage des sujets contaminés par le bacille de Koch a diminué depuis les premières statistiques, le pourcentage des sujets qui font des tuberculoses *actives* n'a guère changé depuis cette époque.

Il est curieux de remarquer que parmi ces premières statistiques, il en est deux, — celle de von Pirquet

(23) Vœu devant la *Soc. de Pédiatrie*, 17 novembre 1936.
(24) *Annales Médico-Chirurgicales*, juillet-août 1937.
(25) In *Thèse* de Letulle, Paris, 1912.
(26) In *Thèse* de Mlle Mioche, Paris, 1919.
(27) In *Thèse* de Samitca, Paris, 1927.
(28) *Paris Médical*, 1911.
(29) *Bull. Acad. de Médecine*, 10 juillet 1923.
(30) *Revue de la Tuberculose*, 1925, p. 363.
(31) *Paris Médical*, janvier 1935, p. 27 ; *Revue de la Tuberculose*, janv. 1936 ; voir aussi Pasquier, *Thèse de Paris*, 1936.
(32) *Soc. de Pédiatrie de Paris*, séance du 22 avril 1936.
(33) *Brit. Med. Journ.*, août 1931, p. 682.
(34) *Beit. z. Klin. de Tuberk*, 1932, t. 81, p. 431.
(35) In Ilvento, *Bull. Union intern. c. l. Tuberc.*, 1932, t. 9, p. 5.
(36) *Amer. Rev. of Tuberc.*, 1932, t. 25, p. 525.
(37) *Bull. John's Hopkins Hosp.*, 1932, t. 51, p. 1.

à Vienne en 1907 et celle de Moro à Heidelberg en 1908 (38) — qui se rapprochent beaucoup des statistiques modernes ; les voici :

VON PIRQUET

2 à 4 ans	13 % de CR+
5 à 6 ans	17 —
7 à 10 ans	35 —
11 à 14 ans	55 —

MORO

2 à 3 ans	19,5 % de CR+
3 à 5 ans	21,7 —
5 à 7 ans	28,2 —
7 à 10 ans	34,3 —
10 à 14 ans	41,3 —

Elles ne sont d'ailleurs pas entièrement comparables aux statistiques françaises, puisque effectuées dans un pays différent ; il faut noter aussi que la plupart des 7.000 enfants examinés par Moro étaient d'origine campagnarde.

En fait, si l'on veut interpréter correctement les statistiques, il faut préciser *dans quelles conditions de milieu* elles ont été recueillies. Les résultats sont essentiellement variables, en effet, suivant qu'on opère sur des sujets vivant à la campagne ou à la ville, dans l'aisance ou dans la pauvreté, en milieu familial ou en milieu hospitalier. Les statistiques récentes sont à cet égard très instructives. En 1927, Phélebon (39) observant en Touraine plus de 3.000 campagnards d'âges variés, ne trouve que 7,3 % de cuti-réactions positives avant 18 ans, 24,6 % seulement à 18 ans. Après cet âge, les pourcentages s'élèvent rapidement : 42,9 % à 20 ans, 52,9 % à 21 ans, 61,7 % à 25 ans. Les campagnards payent donc à la tuberculose un tribut à la fois moins précoce et moins lourd.

Burnet en Normandie (14,3 % de cuti-réactions positives à 10 ans), Hillenberger dans des centres ruraux en Allemagne (10,8 % de tests positifs entre 6 et 10 ans, 31,5 % entre 11 et 15 ans) obtiennent des chiffres analogues. Très récemment enfin, M. Gillard (40) trouve seulement 27,3 % de cuti-réactions positives chez près de 11.000 enfants de 3 à 12 ans, habitant une soixantaine de communes rurales voisines de Liége.

Chez l'*adulte*, on retrouve le même abaissement général de l'index de tuberculisation et les mêmes différences de pourcentage suivant que les sujets sont d'origine citadine ou rurale. M. Debenedetti et ses collaborateurs Oiseau, Balgairies et Foret (41) ont pratiqué la cuti-réaction chez 2.155 recrues à l'incorporation, avec un pourcentage moyen de 66 % de résultats positifs. Sur ces deux mille jeunes hommes, 1.529 d'origine *urbaine* ont fourni 74,5 % de cuti-réactions positives, et 620 d'origine rurale, seulement 45,7 %. Ce sont les natifs de l'Anjou, de la Touraine et de la Bretagne qui ont donné les chiffres les plus bas (44 %) et les citadins des villes du Nord qui ont offert les pourcentages les plus élevés (79 %). Au reste, la région populeuse du Nord (où Calmette avait dressé sa statistique de 1910) paraît présenter un index de tuberculisation très élevé ; sur 936 recrues d'un régiment de cette région, Debenedetti, Cicile et Balgairies trouvent 82,6 % de cuti-réactions positives chez les citadins et 59,6 % chez les ruraux (41 *bis*).

Depuis quelques années, dans les pays scandinaves, et dans les grandes Universités allemandes ou américaines, on emploie *systématiquement* la cuti-réaction ; Scheel, Heimbeck, Husted ont ainsi constaté, chez l'adulte jeune, des pourcentages oscillant, suivant les pays et les conditions sociales, entre 50 et 75 % de sujets contaminés — c'est-à-dire bien inférieurs aux chiffres classiques. En France, M. Courcoux et ses collaborateurs (42) ont étudié la cuti-réaction chez de jeunes étudiants en médecine et chez des infirmières au début de leurs études, c'est-à-dire chez des sujets âgés en moyenne d'une vingtaine d'années. Sur 99 étudiants, 31 % *avaient une cuti-réaction négative* et sur 256 infirmières, 20 % étaient dans le même cas. De même, Vaucher, à Strasbourg, trouve, sur 232 étudiants, 30 % de réactions négatives ; et plus récemment J. Troisier, Bariety et Nico (43) divisant 100 infirmières de 19 à 30 ans en deux groupes, trouvent, dans le premier groupe (19 à 23 ans), 63,3 % de résultats positifs, et dans le second (25 à 30 ans), 72,5 %.

Nous voici loin des chiffres de 95 à 98 % d'adultes contaminés admis il y a à peine quelques années. Rapprochés de la baisse indéniable de l'index infantile de tuberculisation, les résultats précédents montrent que « beaucoup plus souvent qu'autrefois, l'enfance se passe sans que la contamination tuberculeuse ait eu lieu ». Nombre de jeunes adultes ne réagissent pas à la tuberculine et restent donc exposés à la contagion. Les travaux de M. Courcoux ont montré que cette primo-infection de l'adulte n'était ni si rare, ni si grave que le croyaient les classiques ; dans bien des cas, elle se produit de façon tout à fait inapparente et n'est révélée que par le virage des réactions tuberculiniques. Elle n'en doit pas moins être dépistée, prévenue et soignée comme celle de l'enfant.

Le fait qu'un certain nombre d'individus finissent par échapper à la contagion est encore prouvé par la persistance, chez le vieillard, d'un pourcentage relativement élevé de cuti-réactions négatives : J. Troisier, Develoy et Mme Roudinesco (44) ont en effet trouvé chez des octogénaires 11 % de réactions négatives, chiffre qui n'est pas du à la « sénilité », puisque l'inoculation sous-cutanée de 0 mgr. 02 de B. C. G transforme ces réactions négatives en réactions positives, chiffre qui n'est pas dû à la « sénilité », puisque 672 vieillards de l'Hospice Départemental de Nanterre (73,2 % de réactions positives avec la cuti-réaction, et 88,2 % avec l'intradermo-réaction).

(*A suivre.*)

(38) *Münch. Med. Woch.*, 7 janvier et 4 février 1908.
(39) *Presse Médicale*, 17 septembre 1927, p. 1131.
(40) *Presse Médicale*, 27 mai 1936, p. 860.
(41) *Acad. de Médecine*, séance du 3 mars 1936.
(41 *bis*) *Echo Médical du Nord*, 19 janv. 1936 ; — *Revue Médicale*, 25 sept. 1937, p. 1359.
(42) Courcoux, Bidermann, Alibert et Bucquoy, *Revue de la Tuberculose*, 1934, p. 727. — Courcoux et Alibert, *Paris Médical*, janvier 1935, p. 11. — *Presse Médicale*, 21 déc. 1935, p. 2076.
(43) *Acad. de Médecine*, séance du 6 avril 1937. — Nico, *Thèse de Paris*, 1937.
(44) *Presse Médicale*, 30 janv. 1929.
(45) *Thèse de Paris*, 1930.

XLVIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (1)

TROISIÈME QUESTION MISE A L'ORDRE DU JOUR

Indications relatives à l'intervention sanglante et aux méthodes orthopédiques dans les fractures diaphysaires fermées des jambes.

Discussion *(suite)*

M. JUDET (de Paris), essaie aussitôt après l'accident, de réduire la fracture sur la table orthopédique. Il vérifie la réduction sous l'écran. En cas de bon résultat, il applique un appareil plâtré.

L'expérience lui a montré que la réduction se maintient parfaite quand il s'agit d'une fracture transverse. Dans les fractures obliques, on s'expose en procédant ainsi à obtenir une réparation anatomique moins bonne, mais toujours acceptable du point de vue fonctionnel, pourvu que l'axe du membre ait été respecté. Si la réduction orthopédique est impossible, il faut opérer à ciel ouvert et immobiliser à l'aide d'un fixateur externe. L'auteur termine en présentant un instrument de ce genre qu'il a fait construire et dont il obtient toute satisfaction.

M. STULZ (de Strasbourg). — Tous les efforts du chirurgien doivent tendre à l'obtention d'une réduction anatomique parfaite. Malgré les réels progrès de la méthode orthopédique, l'auteur a recours presque toujours à l'ostéosynthèse. Il publie 30 résultats excellents sur 52 blessés qu'il a pu retrouver. Les 22 autres n'ont pas été suivis jusqu'à guérison définitive, mais ils étaient en très bonne voie, de 3 à 10 mois après l'opération.

M. DUPUY DE FRENELLE (de Paris), félicite les rapporteurs d'avoir souligné la nécessité d'une bonne réduction anatomique, si l'on veut obtenir un bon résultat fonctionnel.

Le raccourcissement ne doit pas dépasser deux centimètres ; il faut éviter avec soin toute déviation angulaire, tout déplacement transversal qui viendraient rétrécir l'espace tibio-péronier.

L'auteur signale qu'en quinze ans, il n'a jamais été obligé de pratiquer d'ostéosynthèse lorsqu'il a pu traiter les fractures diaphysaires dès l'accident. Après le vingtième jour, la réduction parfaite n'est plus possible par simple traction mécanique ; il faut alors s'aider d'une instrumentation spéciale et compliquée.

M. LEMAIRE (de Courrières), a été autrefois très interventionniste. Actuellement, il réserve à l'ostéosynthèse les cas qui ont résisté aux méthodes orthopédiques. Il travaille à améliorer ces dernières méthodes, qui ont déjà tant bénéficié du concours de la radiographie pratiquée en salle éclairée suivant le procédé de Ledoux-Lebard.

L'auteur expose sa technique et donne ses résultats.

M. ARNAUD (de Saint-Etienne) — L'ostéosynthèse est indiquée dans tous les cas à réduction difficile, quand les fragments sont nombreux et les déplacements accusés. Elle exige toujours une main très exercée. Il convient d'éviter le traumatisme des parties molles et du périoste. La réduction parfaite obtenue, on fixera soit avec les plaques de Lambotte, soit avec les cercles de Parham.

M. SIMON (de Strasbourg) constate souvent, à titre d'expert, de très mauvais résultats après ostéosynthèse.

Il lui paraît nécessaire d'opérer tôt après tentative infructueuse de réduction orthopédique. Mais on devra confier le blessé à un chirurgien qualifié, entraîné à cette intervention.

M. VANLANDE (de Rabat) demeure fidèle à la méthode de Delbet. En appliquant l'appareil de marche précocement, en faisant convenablement la traction, en opérant sous écran, il est rare que la réduction ne soit pas satisfaisante.

L'ostéosynthèse n'a pour l'auteur que des indications très limitées.

M. SÉNÉCHAL (de Paris) se montre éclectique dans le choix du traitement des fractures. Il attire l'attention sur certains moyens laissés dans l'ombre par les rapporteurs. Ce sont :

1° L'utilisation des fixateurs externes de Judet pour les fractures multi-fragmentaires ;

2° Le procédé de la recoupe des extrémités fragmentaires, qu'il a préconisé au Congrès de 1931 ;

3° L'emploi de la table radio-chirurgicale, qu'il a fait construire avec Girard, Lion et Massiot.

M. PASCALIS (de Paris) utilise toujours le double écran au cours de la réduction. Les déplacements possibles sont dus en grande partie à l'action du triceps sural. L'allongement du tendon d'Achille met à l'abri de cette complication. Sur 51 cas, l'auteur n'a utilisé la méthode sanglante que 5 fois, dont 4 fois par interposition musculaire.

M. DELAGENIÈRE (du Mans) rappelle la technique qu'employait son père : allongement du tendon d'Achille pour supprimer la contraction du triceps sural et faciliter la contention. Il pense que cette technique, simple entre toutes, doit restreindre les indications de l'ostéosynthèse.

Sur 143 fractures fermées ainsi traitées, l'auteur n'a pas fait une seule ostéosynthèse.

M. MASMONTEIL (de Paris). Les dégâts osseux ne sont pas tous dans la fracture. Les lésions des parties molles : peau, muscles, vaisseaux et nerfs sont à considérer, car, aussi bien, elles jouent un rôle important dans l'avenir du blessé. L'auteur insiste sur l'importance de la nécrose au niveau des points fragmentaires, nécrose qui est à la base des retards, voire des absences de consolidation. L'anatomie pathologique n'explique pas à elle seule les difficultés du traitement ; le matériel métallique doit réaliser certaines conditions optima. Les métaux dont la tension électrique est égale ou demeure inférieure à celle de l'os sont favorables à la consolidation.

Il faut être éclectique quant au choix du traitement ; le bon sens clinique et l'expérience doivent guider le chirurgien.

Aux fractures transversales irréductibles et à certaines fractures obliques sans grand déplacement conviennent les attelles plâtrées.

Les fractures irréductibles et incoercibles, les fractures bifocales ou celles que compliquent des lésions musculaires ou nerveuses relèvent de l'ostéosynthèse.

Enfin, aux fractures comminutives on opposera l'extension continue par broches ou fixateurs externes.

M. FEREY (de Saint-Malo). Dans la presque totalité des cas, le traitement non sanglant suffit, bien surveillé, à assurer une bonne guérison. A condition d'utiliser les appareils modernes de réduction, on peut obtenir d'aussi bons résultats qu'avec l'ostéosynthèse.

Pourtant, l'intervention chirurgicale conviendra aux fractures vues tardivement, aux fractures devenues irréductibles, à celles qui présenteront une interposition musculaire ou une pseudarthrose.

M. GRINDA (de Nice) pense que le traitement orthopédique qui utilise à bon escient les transfixions osseuses donne des résultats presque toujours parfaits. En cas de fractures spiroïdes, ou quand les deux os sont atteints transversalement, mais au même niveau, le traitement sanglant doit être combiné au traitement orthopédique.

On doit souhaiter la création de centres spécialisés où l'on trouvera à la fois le chirurgien expérimental et l'outillage nécessaire.

M. RIEUNAU (de Toulouse) combine l'extension continue par traction sur l'os et l'appareillage plâtré.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des Hôp.*, 1937, n° 81, du 9 oct., p. 1274 ; n° 87, du 30 oct., p. 1373 ; n° 88, du 3 nov., p. 1393 ; n° 90, du 10 nov., p. [illegible].

Un cadre métallique s'appuie sur un collier plâtré péricondylien. La traction est mesurée grâce à un dynamomètre fixé à l'extrémité inférieure du cadre. Une broche de Kirchner transfixe le calcanéum.

M. Gentil (de Nogent-sur-Marne) emploie volontiers le Volkmann, trop oublié semble-t-il. Il insiste sur quelques détails importants concernant la préparation de la bouillie plâtrée.

E.A. DARIAU.

CONGRÈS INTERNATIONAL DU TOURISME ET DU CLIMATISME

Les sections du Thermalisme et du Climatisme du Congrès International du Tourisme, du Thermalisme et du Climatisme ont tenu leurs assises à l'Exposition du 14 au 17 octobre 1937. Vingt-cinq pays avaient répondu à l'appel des organisateurs. On a remarqué la présence des professeurs Haeberlin (Allemagne), Terwagne, Gunzburg, Van Beneden (Belgique), Reinert (Danemark), Van Breemen, de Wilde (Hollande), Gloden (Luxembourg), Michailesco (Roumanie), Kahlmeter (Suède), Besse, Burnand (Suisse) et des maîtres de l'Hydrologie française, les professeurs Carnot, Rathery, Laignel-Lavastine, Villaret, Chiray, Crouzon, Justin-Besançon, Creyx, Duboi, G. Giraud, Piéry et de nombreux médecins et techniciens des stations thermales et climatiques françaises groupés autour des docteurs Baudoin et Cattier, Flurin et Mothe respectivement présidents et secrétaires des deux sections.

Ce congrès a permis tout d'abord de faire le point de nos connaissances et de fixer autant que possible la situation actuelle du Thermoclimatisme vu sous ses trois aspects scientifique, économique, social

Il a permis aussi de constater l'association étroite qui unit thermalisme et climatisme dans ces trois cadres divers.

Il a été l'occasion pour le Gouvernement français représenté par M. Rucart, ministre de la Santé publique, d'une déclaration formelle d'intérêt pour les organisations thermoclimatiques françaises.

Ce congrès a par ailleurs permis de constater un progrès réel et tangible dans le domaine de l'étude du problème si important des facteurs électriques de l'atmosphère.

Dans l'ordre international, il a été enfin une affirmation de la priorité française en ce qui concerne l'idée d'une Fédération Internationale du Thermalisme et du Climatisme dont une réalisation peut-être un peu trop hâtive et parcellaire s'est manifestée tout récemment à Budapest.

Telle apparaît dans son raccourci le plus synthétique la « moralité » en quelque sorte de ce congrès brillant dont l'organisation impeccable est toute à l'honneur de son comité exécutif et plus particulièrement encore de M. le docteur Janot, l'actif secrétaire de la Fédération Thermale et Climatique française et de son collaborateur M. Ollivier, qui se sont dépensés sans compter depuis de longs mois.

M. U.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1937)

Péricardite tuberculeuse, échec de la ponction ; péricardotomie, guérison. — M. le médecin général Païtre.

Seules les observations de péricardites tuberculeuses non cloisonnées évacuables, aussi bien par ponction que par péricardotomie, sont à retenir si l'on veut établir la supériorité de l'une ou l'autre méthode.

L'observation présentée concerne un de ces cas. Une première paracentèse ne permit pas d'évacuer une quantité de liquide suffisante pour améliorer l'état du malade, ni pour persuader qu'il s'agissait d'un épanchement non cloisonné.

L'exposition à l'air du péricarde semble avoir eu, dans un cas très grave, un effet thérapeutique intéressant : cicatrisation parfaite, non-tuberculisation du tissu cellulo-ganglionnaire du médiastin, etc...

On peut se demander si la méthode thérapeutique bien connue pour la péritonite tuberculeuse n'est pas applicable aux péricardites de même nature.

MM. Marfan et Laubry font ressortir l'intérêt de cette communication. Pour tous les deux, la ponction reste la préface nécessaire. Dans des cas comme celui de M. Païtre, il faut en arriver à la péricardotomie.

L'évolution des eaux alcalines au rayonnement Tyndall. — M. Roger Glénard. Les eaux alcalines, peu après leur émergence, présentent, par suite de l'oxydation de leurs sels ferreux à l'air libre, une floculation généralement très ténue et que l'œil peut à peine percevoir.

Mais celle-ci apparaît dans ses moindres détails, si, en chambre obscure, on fait traverser l'eau par un vif pinceau lumineux, dont l'éclat varie suivant l'importance de la turbidité, et qui peut être mesuré par comparaison (appareil Dienert et Guillard aux gouttes de mastic, photométrie).

La floculation, constituée principalement par de l'hydrate ferrique, évolue moins comme un précipité qu'à la manière d'un coagulum, dont il est facile d'étudier les différents caractères.

Son développement, qui coïncide avec la fin du pouvoir catalytique, annonce que l'eau minérale a désormais subi une réelle transformation.

Contribution à l'étude du typhus exanthématique murin. — M. Violle.

MM. Takenouchi, professeur de bactériologie à l'Université de Tokio, et Mogaria, professeur de gynécologie à la même Université, assistent à la séance, ainsi que M. Skevos Zervos (d'Athènes).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 9 novembre. — Jury : MM. Jeannin, président ; Marion, Nobécourt, Vaudescal. — M. Andrieux. Contribution à l'étude des facteurs de la gemellité. — M. Cabart. Contribution à l'étude du traitement conservateur des rétentions pyélo-rénales. — M. Halperin. La néphrite chronique d'emblée avec insuffisance de la croissance staturale.

Vendredi 12 novembre. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Loeper, Lacomme, Cathala. — M. Mariani. Contribution à l'étude de la délivrance artificielle. — M. Hamon. Valeur alimentaire et thérapeutique de la pomme, du jus de pommes et du cidre.

Samedi 13 novembre. — Jury : MM. Gougerot, président ; Guillain, Gastinel, Mollaret. — Mme Sternberg. La sarcomatose de Kaposi autochtone en France. — M. Koffas. Contribution à l'étude anatomo-clinique des complications nerveuses des endocardites malignes subaiguës et lentes, type Osler.

Samedi 13 novembre. — Jury : MM. Tanon, président ; Létard, Lesbouyriès. — M. Flockinger. Variations dans le développement et les aptitudes du bétail limousin en Corrèze, sous l'influence du milieu naturel et de son amélioration.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 92.— MERCREDI 17 NOVEMBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de Médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Nancy. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

1° *Externes :* MM. Dufays, Poinsot, Cayotte, Schalow, Blum, Jupille, Mlle Lacaque, MM. Dambrine, Tarralle, Renauld.

2° *Externes à la suite :* MM. Schmitt, Seigle, Aulon, Zappel, Arbonville, Corradini.

Conseil supérieur de la recherche scientifique. — Par arrêté du Ministre de l'Education nationale, en date du 5 novembre 1937, les élections pour la désignation des membres de la 6e section (médecine expérimentale) du conseil supérieur de la recherche scientifique, élus par les chercheurs de moins de quarante ans et par les chercheurs et savants de quarante ans au moins, sont fixées au 14 janvier 1938.

Si un second tour de scrutin est nécessaire, il y sera procédé le 5 février 1938.

La liste des électeurs sera adressée à ceux-ci avant le 1er décembre 1937.

L'arrêté du 20 août 1937 relatif à ces élections est rapporté.

Médailles d'honneur de l'Assistance publique. — *Médaille d'or :* MM. les docteurs Dézarnaulds, ancien sous-secrétaire d'Etat à l'éducation physique, à Paris ; Senglar, à Maréville ; Harvey Burkhart, à Rochester (U. S. A.) ; Le Page, à Orléans.

Médaille d'argent : MM. les docteurs Gautier et Mahoudeau, à Amboise ; Butzbach, Charmoille, Lang, Mettey, Müller et Polony, à Belfort ; Dubois, au Havre.

Médaille de bronze: M. le docteur Troncy, à Saint-Etienne.

Académie des Sciences. — Suite des prix décernés en 1937 :

Médecine et chirurgie. — *Prix Montyon :* 2.500 francs, à MM. Paul Boquet, assistant, et Emile Césari, chef du service de sérothérapie antivenimeuse à l'Institut Pasteur ; 2.500 francs à M. Michel Salmon, chef de travaux à la Faculté de médecine de Marseille ; 2.500 francs à M. Jean Vague, assistant à la Faculté de médecine de Marseille ; mentions honorables de 1.500 francs à MM. Ram Kumar Goyal, docteur en médecine de l'Université de Paris ; Eugène Saint-Jacques, professeur à l'Université de Montréal ; Jean Terracol, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. — *Prix Barbier* (2.000 fr.), à MM. P.-Emile Weil, médecin ; Paul Isch-Wall, assistant, et Mme Suzanne Perlès, assistante chef de laboratoire à l'hôpital Tenon. — *Prix Bréant*, à MM. Georges Girard, directeur, et Jean Robic, médecin de l'Institut Pasteur de Madagascar. — *Prix Godard* (1.000 fr.), à M. Gaston Gros, assistant délégué d'histologie et embryologie à la Faculté de médecine d'Alger. — *Prix Mège*, à M. Georges Curasson, inspecteur général des services vétérinaires de Dakar. — *Prix Bellion* (1.400 fr.), à MM. Jacques Viale, chef du service d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Nice ; Chevalier Jackson et Chevalier L. Jackson, professeurs de clinique broncho-œsophagique à la Temple, Université de Philadelphie. — *Prix Argut* (1.200 fr.), à MM. Jean Braine, chirurgien des hôpitaux, et Raymond Rivoire, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. — *Fonds Charles Bouchard* (2.500 fr.), à M. Maurice Doladilhe,

chef de travaux de physique à la Faculté des sciences de Dijon. — *Prix Jean Dagnan-Bouveret* (15.000 fr.), à M. Michel Weinberg, professeur à l'Institut Pasteur.

Société médicale des hôpitaux de Paris. — *Prix à décerner :*

1° Prix Gingeot (1.500 francs, triennal). Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1939. Le sujet mis au concours est le suivant : « Etude fonctionnelle du foie au point de vue du pronostic opératoire dans les interventions hépato-biliaires ».

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1939.

Les arrérages permettront, s'il y a lieu, de décerner plusieurs prix.

2° Prix Paul Le Gendre (3.000 francs, triennal). Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1939. Le sujet mis au concours est le suivant : « Influence de la publicité contemporaine sur la moralité professionnelle et le discrédit médical ».

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1939.

Un don à l'Académie de médecine. — Un médecin grec, qui est un grand ami de la France, le docteur Skevos Zervos, vient de faire don à l'Académie de médecine d'une statue monumentale d'Hippocrate en marbre du Pentélique. L'inauguration de cette statue aura lieu dans une séance solennelle, qui aura lieu le 30 novembre 1937.

Bicentenaire de Luigi Galvani. — La Société française d'électrothérapie et de radiologie se propose de rendre hommage à Luigi Galvani, à l'occasion de son bicentenaire.

A la prochaine séance, qui aura lieu le 23 novembre, à 21 heures, 12, rue de Seine, le prof. Laignel-Lavastine fera une conférence, avec projections, sur le grand savant italien.

M. Belot, invité du gouvernement italien et de la Société italienne de radiologie, fera le compte rendu des fêtes qui se sont déroulées à Bologne.

Prix international Alfred-Chauvin (oto-neuro-ophtalmologie). — Le prix bi-annuel de 6.000 fr. sera décerné pour la première fois en 1938, lors du Congrès international qui aura lieu à Bordeaux, sous la présidence du professeur Portmann.

Le sujet du prix est le suivant : *Introduction à l'étude de la dysharmonie vestibulaire. Proposition d'un plan d'études cliniques et expérimentales.*

Le jury est composé de MM. J.-A. Barré, président ; Halphen, Roger, Terracol, Tournay, Velter.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. A. Chauvin, docteur en pharmacie, Aubenas (Ardèche).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHAIRE D'ASSISTANCE MÉDICO-SOCIALE (professeur : M. O. CROUZON). — M. le professeur O. CROUZON fera la leçon inaugurale du cours le lundi 22 novembre 1937, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté et le continuera les mercredis et lundis suivants à 17 heures, salle des Thèses, N° 2. Le samedi, à 10 h. 30, le cours consistera dans des démonstrations pratiques qui auront lieu à l'hospice de la Salpêtrière (consultation du Perron et Amphithéâtre de l'école des infirmières) et dans des établissements et services municipaux, départementaux et nationaux d'assistance : le lieu du cours du samedi sera annoncé chaque semaine.

CHRONIQUE

LE GÉNÉRAL GOURAUD QUITTE LE GOUVERNEMENT MILITAIRE DE PARIS

Le général Gouraud, le gouverneur populaire et respecté de Paris, abandonne ses fonctions tout en étant maintenu sans limite d'âge, dans la première section de l'état-major général.

Si les Parisiens déplorent le départ du glorieux mutilé, les médecins peuvent rappeler, non sans fierté, qu'il appartenait à une grande famille médicale.

Son grand-père fut chirurgien des armées impériales. Son père — qui fut l'ami du mien — a été longtemps médecin de l'hôpital de la Charité, à Paris. Enfin, un des frères du général, Xavier Gouraud, interne des hôpitaux de Paris en 1898, et disparu trop tôt, a été pour nous un ami très cher.

Je tenais à rappeler son souvenir, en saluant son glorieux aîné. F. L. S.

Administration Générale de l'Assistance publique à Paris

SOUS-DIRECTION DES HÔPITAUX ET HOSPICES.
SERVICE DE L'EXPLOITATION

Le mercredi 8 décembre 1937, à 15 heures, il sera procédé publiquement au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance Publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication de la fourniture des instruments de chirurgie à anneaux, des instruments en gomme, caoutchouc, cristal, etc., nécessaires au service des divers établissements de l'Administration pendant l'année 1938, savoir :

1er lot.	— Instruments de chirurgie à anneaux...	60.000 frs
2e lot.	— Instruments en gomme et caoutchouc.	200.000 frs
3e lot.	— Gants et doigtiers en caoutchouc, tubes à drainage	1.000.000 frs
4e lot.	— Gants extra-minces, moulés au trempé, sans soudure	3.000 paires
5e lot.	— Articles de caoutchouc	300.000 frs
6e lot.	— Tétines et obturateurs	94.000 frs
7e lot.	— Thermomètres médicaux....	non mis en adjudication
8e lot.	— Seringues en cristal	387.000 frs

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation, de l'Approvisionnement et du Matériel, 3, avenue Victoria, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des lettres de demande d'admission jusqu'au 22 novembre 1937 avant 16 heures. 888.

LE SYNDROME DE MORGAGNI

(*Hyperostose frontale interne, virilisme et obésité* : F. Henschen, *ou endocraniose hyperostosique* : N. Pende)

Par M. SCHACHTER-NANCY
Médecin de l'hôpital « Iubirea de Oameni », de Bucarest

Le syndrome clinique qui porte aujourd'hui le nom de Morgagni est connu dans la littérature contemporaine sous le titre de syndrome de Stewart-Morel, deux auteurs qui ont apporté des contributions fort importantes, mais qui ont négligé d'insister justement (selon l'avis de Henschen et de Pende surtout) sur la triade fondamentale : *hyperostose frontale interne*, *virilisme* et *obésité*, qui justite son existence, pour y faire entrer des symptômes qui doivent être considérés comme secondaires et accidentaux.

En quoi consiste le syndrome de Morgagni ? Cet auteur, ensemble avec Santorini, ont décrit l'autopsie d'une femme de 75 ans, qui a eu pendant la vie un aspect viril (acromégaloïde en quelque sorte) avec une obésité très importante et chez laquelle ils trouvèrent une hyperostose frontale extrêmement accusée qui, sans causer des troubles nerveux, avait pourtant réduit la capacité endocranienne.

Ce tableau clinique très précis a été presque oublié par les cliniciens et fut en quelque sorte découvert et étudié avec tous les détails actuellement possibles, à partir des travaux de : Stewart (1928), Morel (1930), van Bogaert (1930), Redaelli (1931), Schiff et Trelles (1932), Moore (1935-36), Carr (1936), N. Pende (1937), pour ne citer que les auteurs les plus connus.

Pourtant, l'hyperostose frontale interne, en soi, a été observée depuis Morgagni par plusieurs auteurs, et plusieurs essais d'interprétation furent émis à ce sujet. Nous n'entrerons pas dans les détails qui sont aussi bien analysés dans la monographie de F. Morel (1930) que dans celle récemment parue de F. Henschen (1937). Qu'il nous suffise de citer les noms des auteurs ayant étudié et apporté des contributions anatomiques et anatomo-cliniques sur l'hyperostose frontale interne : Rokitansky, Virchow, Follin et Duplay, Lewis, Humphry, Clouston, Beadles, Ribbert, Shattock, Naito et Schuller, Bonnamour et Jamin, Picard, Léri et Cottenet, Casati, Schreiner, Dressler, Greig (1928).

Ce dernier auteur, étudiant 188 préparations provenant du Muséum anatomique, trouve 32 cas d'hyperostose frontale interne, surtout chez des femmes, au-dessus de l'âge de 35 ans. Il note la fréquence de l'hyperostose (17,21 %), la coexistence d'obésité dans certains cas et ne trouve pas de relation entre cette trouvaille anatomique et des maladies mentales (26 cas concernaient des femmes psychiquement bien portantes).

Stewart (1928) qui a donné une description du syndrome qui porte son nom, mais qui correspond au syndrome de Morgagni, insiste sur l'existence de gros troubles mentaux (« dementia and chronic insanity »).

Morel (1930) reprenant l'étude du même syndrome d'hyperostose frontale interne (sur 17 cas) souligne aussi l'importance des troubles cérébraux (céphalée, épilepsie, troubles du sommeil, asthénie musculaire) et sa description se superpose à celle de Stewart, de façon que des cliniciens distinguaient ce tableau comme une entité nouvelle, le « syndrome Stewart-Morel ». Les deux auteurs n'insistent point, ou seulement de façon passagère, sur le virilisme pilaire des malades dont il est question, quoique tous les deux reconnaissent sa prédominance chez les femmes, autour ou après la quarantaine.

Une importante contribution à l'étude des hyperostoses est celle de Moore (1935 et 1936) qui est basée surtout sur des études radiologiques. Chez cet auteur, les femmes prédominent (97 %) comme chez ses prédécesseurs, seulement il trouve des cas *en deçà* de la ménopause. Comme Stewart et Morel, il souligne la fréquence de l'obésité, des troubles nerveux divers (polyphagie, polydypsie, troubles nerveux diffus et vagues à la fois) ou endocrinologiques : pilosité masculine, plus ou moins marquée.

Le travail récent du prof. F. Henschen (1937) est basé sur un important matériel anatomique. Cet auteur, qui plaide avec justesse pour l'individualité du syndrome de Morgagni, insiste sur la prédominance (on pourrait presque dire exclusivité) des femmes, et surtout après la ménopause. L'hyperostose, signe fondamental, se trouverait dans 40 % des cas. A cela se joignent le virilisme pilaire (pilosité masculine du visage avec, en même temps, des traits masculins du corps) et un degré d'obésité plus ou moins notable. Ce qui importe d'être souligné, c'est que pour Henschen, les autres symptômes (surtout ceux de la série neurologique) ne sont pas obligatoires pour caractériser le syndrome de Morgagni. Ces symptômes doivent être considérés comme accidentels et en relation avec la sénescence en général.

N. Pende (de Rome) est aussi un défenseur convaincu de l'individualité du syndrome de Morgagni qu'il nomme « endocraniose hyperostosique ». Cet auteur a étudié depuis 1933 encore plusieurs cas (concernant des femmes) qui ont présenté pendant longtemps des céphalées avec dépression psychique, asthénie physique et intellectuelle, et à l'examen radiologique cranien il a trouvé des épaississements assez diffus de la table interne, mais plus accusés dans la région de l'os frontal et occipital, les processus clinoïdes étant raréfiés, l'ouverture de la selle rétrécie, dans la plupart des cas. Dans des autres cas il y avait une véritable ostéophytose des apophyses clinoïdes. Chez ces mêmes malades, N. Pende a noté en plus une obésité avec hypogénitalisme, des troubles endocraniens et végétatifs (anorexie, impotence, diabète insipide, convulsions épileptiformes, etc.).

Cet ensemble de faits autorise N. Pende à croire que le syndrome de Morgagni n'est pas un processus localisé exclusivement dans la région de l'os frontal, tout en étant la localisation la plus fréquente. Il est vrai qu'il existe des lésions plus diffuses de même nature ostéoplastique dans la zone basale du crâne (perisellaire surtout) sans lesquelles N. Pende ne pourrait pas s'expliquer les symptômes endocriniens et endocrino-basilaires dont se plaignent ces malades. Il n'est pas sans importance de noter que tout en reconnaissant la fréquence de ce syndrome chez la femme,

N. Pende n'admet pas son exclusivité pour l'âge climatérique. Deux cas vus par cet auteur concernent, en effet, des femmes de 25 et 35 ans.

*
* *

Le syndrome de Morgagni, tel qu'il vient d'être esquissé plus haut, se voit, on vient de le voir, de préférence chez la femme, les cas masculins étant exceptionnellement rencontrés.

En effet, en dehors des cas masculins tout à fait nets de Henschen, d'autres sont cités par Naito (1 sur 10), Dressler (7 sur 64), Stewart (2 sur 6), Greig (4 sur 32), Morel (2 sur 17), Nieuvenhuijses (2 sur 14 cas). Selon F. Henschen, seulement une partie de ces cas masculins répondent exactement aux descriptions et symptômes que l'on voit dans les cas féminins, chose qui diminue encore plus la fréquence absolue des cas de syndrome Morgagni chez l'homme. De cette façon, selon F. Henschen, on pourrait parler d'environ 8-9 cas masculins indubitables. Sa propre statistique de 2 cas masculins sur 120 cas féminins typiques est assez claire à ce sujet.

La majorité des auteurs admet l'existence de ce syndrome au delà de l'âge de 45 ans. Seulement peu de cas furent notés chez des femmes plus jeunes (cas de : Beadle, Shattock, Morel, Redaelli, Henschen, Pende), mais dans ces cas il s'agissait de malades ayant présenté en plus des symptômes endocraniens plus ou moins caractéristiques (acromégalie, épilepsie) ou des états de démence.

Quoique rien de précis ne soit possible d'affirmer, quant à la constitution morphologique des malades atteints du syndrome de Morgagni, la morphologie psychique paraît la plus fréquemment observée. La description *princeps* de Morgagni et les observations récentes de Moore, par exemple, soulignent cette impression.

La pilosité de type masculin des malades a été notée, on vient de le voir, par Morgagni lui-même. Morel la mentionne, sans lui prêter une attention spéciale. Il s'agit de poils du menton et de la lèvre supérieure, chute ou rareté des poils axillaires, ensemble avec des traits masculins de tout le corps. Henschen accorde à la pilosité de type masculin de ces malades une attention toute particulière, le virilisme étant le 2e signe fondamental du syndrome de Morgagni.

Le troisième signe fondamental, l'obésité, a été noté par tous les auteurs depuis Morgagni. Cette obésité peut être constitutionnelle, mais peut aussi se développer chez des femmes auparavant maigres. Selon Moore, Carr et aussi selon F. Henschen, il y a des rapports étroits entre l'hyperostose frontale et l'obésité de ces malades.

Le syndrome de Morgagni a été relaté comme se voyant ensemble avec d'autres maladies endocriniennes. Ainsi, Naito relate son association avec l'acromégalie. Stewart note l'existence dans le syndrome de Morgagni d'une déficience des éléments chromophiles ou une sclérose du lobe antérieur avec éosinophilie. Morel note dans un cas une tumeur chromophile de la pituitaire. Des recherches de F. Henschen il résulte aussi l'atteinte fréquente de l'hypophyse dans le syndrome de Morgagni. En effet, cet auteur a noté une diminution importante des cellules principales (à l'exception d'un cas présentant de l'acromégalie avec une tumeur chromophobe) avec augmentation des éosinophiles (formation de masses presque adénomateuses) et des basophiles aussi. En ce qui regarde les autres glandes à sécrétion endocrine, notons la fréquente atrophie ovarienne (mais il faut tenir compte de l'âge des femmes).

En ce qui regarde les autres symptômes cliniques comme : troubles du métabolisme calcaire, troubles du sommeil, polydypsie, polyphagie, troubles de la statique, de la vision, céphalées, troubles du caractère, de la mémoire, F. Henschen n'hésite pas à les attribuer non pas à l'existence des troubles osseux (de l'hyperostose en espèce) mais avant tout aux processus généraux de la sénescence proprement dite.

Si le diagnostic du syndrome est facile, étant donné la constatation de la triade : hyperostose frontale (par examen radiologique), virilisme et obésité, la pathogénie est encore assez mal éclairée.

Ainsi, Clouston, Beadle et Shattock ont invoqué l'existence d'une congestion périodique cérébrale, surtout chez les aliénés, pour expliquer l'hyperostose frontale. Une théorie, qui se basait exclusivement sur le fait que ce trouble existe seulement chez des aliénés (chose qui ne correspond pas à la réalité) devait être totalement abandonnée.

Clouston, puis Naito, Dressler et enfin Redaelli, Laserre, ont admis ce que l'on appelle la théorie de la compensation, selon laquelle l'os frontal subit une hypertrophie en face de l'atrophie progressive du lobe frontal de ces malades. La position couchée des malades serait un moment « facilitant » en plus, selon Dressler. Cette théorie a été niée par Greig et par Stewart, étant donné la très grande fréquence de l'atrophie cérébrale et la rareté relative de l'hyperostose frontale.

L'hypothèse pagetienne admise par Bonnamour-Jamin ne peut pas être prise en considération, étant donné la différence de structure entre les os dans les deux syndromes.

Pour F. Morel, l'hyperostose serait « conditionnée par l'adhérence de la dure-mère et les tractions transmises par celle-ci sur la table interne et la spongieuse des os frontaux ».

Greig et puis Moore ont invoqué l'intervention des troubles du métabolisme calcaire dans le déterminisme du syndrome de Morgagni. Il est cependant vrai que dans les deux travaux suivants Moore a reconnu que le mécanisme est plus complexe, ne pouvant pas se limiter au simple trouble du métabolisme calcaire. Il serait d'ailleurs assez difficile d'expliquer pourquoi un trouble métabolique général donnerait des effets si strictement localisés.

Stewart a admis l'origine endocrinienne de ce syndrome, étant donné l'association et coexistence fréquente (obligatoire selon Henschen) de l'obésité et virilisme ou autres troubles glandulaires endocriniens. Morel pense aussi comme Stewart qu'il s'agirait d'un syndrome pituitaire, tout en n'oubliant pas l'intervention d'éléments infundibulo-tubériens. Cette façon de voir est partagée aussi par van Bogaert, Schiff et Trelles, Henschen. Mais ce dernier auteur n'hésite pas à faire intervenir aussi *un facteur génétique* (donc chromosomique), car d'après lui les traits masculinoïdes (virilisme et obésité) de ces malades lui paraissent en rapport avec un facteur génétique.

Pour N. Pende, il s'agit d'un trouble ostéo-dystrophique se développant chez des sujets chez lesquels on peut mettre en évidence des altérations fonctionnelles du système neuro-hypophysaire.

***

Le syndrome de Morgagni évolue de façon lente. On ne connaît pas de cas de régression ou de guérison. Cela s'explique si l'on se rappelle qu'il se voit après la ménopause (dans la sénilité donc).

Quant au traitement, N. Pende pense que la radiothérapie à petites doses ou la diathermie, ensemble avec des injections de thyroxine, parathyroïde, extraits de lobe postérieur, pourraient être indiquées.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. HENSCHEN. — Morgagnis Syndrom. G. Fischer, Jena, 1937.

2. F. MOREL. — L'hyperostose frontale interne. G. Doin, Paris, 1931.

3. N. PENDE. — Sindromi morbose coordinati con una speciale alt. delle endocranio, etc. *Boll. ed Atti R. Acc. Med. Roma*, F. 1-4 : 5-14, 1937.

4. S. MOORE. — Hyperostosis front. int. *Surgery, Gyn. and Obst.*, 1935, 61. — Metabolic craniopathy. *Am. Journ. Roentgenol.*, 1936, 35.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

A propos de l'esprit de Mindererus, par L. BABONNEIX. (Semaine des hôpitaux de Paris, 15 juillet 1937.)

Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en urologie, par G. MARION. Un vol. de 62 pages, chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (6e), 1936. Prix : 24 fr.

Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en pneumologie clinique, par Emile SERGENT. Un vol. de 84 pages, chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (6e), 1936. Prix : 24 fr.

Klinische Vorlesungen, von Prof. Dr. X. BUINEWITSCH, 1936. Un vol. in-8° de 444 pages. Prix : 2,50 R.M.; Verlag des Verfassers, Gardino 23, Kaunas (Lithuanie).

DEUXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

La Société internationale de gastro-entérologie, fondée à Bruxelles en 1935, présidée par M. le professeur Pierre Duval, a tenu sa première réunion à Paris, les 13, 14 et 15 septembre, sous la dénomination de IIe Congrès international. Cette réunion était réservée aux membres titulaires de la Société internationale ; les membres adhérents ne pouvaient être recrutés que parmi les médecins spécialistes de France.

La séance inaugurale, sous la présidence du ministre de la Santé publique, a eu lieu le lundi 13, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. A côté du ministre, au bureau, ont pris place le professeur P. Duval, président du Congrès ; le professeur Schœmacher, président des délégués étrangers ; le professeur Loeper, président de la Société de gastro-entérologie de Paris ; le professeur Gosset, rapporteur ; le Dr J.-C. Roux, secrétaire de la Société de gastro-entérologie de Paris ; le Dr Brohée, secrétaire de la Société internationale ; le Dr Evely, son trésorier ; le Dr Alban Girault, secrétaire du Comité français ; sur l'estrade prirent place les délégués officiels de trente-cinq nations. Citons entre autres : les professeurs Bassler (U.S.A.), Bonorino-Udaondo (Argentine), Castillejos (Mexique), Glaessner (Autriche), Hatieganu (Roumanie), Hurst (Grande-Bretagne), Holmgren (Suède), Feissly (Suisse), Okada (Japon), Alessandrini (Italie), Netousek (Tchécoslovaquie), Prado-Tagle (Chili)...

Les discours d'usage ont été prononcés par le ministre de la Santé publique, le président de la Société de gastro-entérologie de Paris, le président des délégués étrangers, le secrétaire général de la Société internationale de gastro-entérologie et le président du Congrès.

Les congressistes furent reçus à l'hôtel de ville par le Conseil municipal et à la soirée de bienvenue offerte par la Société de gastro-entérologie de Paris ; les délégués étrangers assistèrent à un banquet offert par le Comité d'accueil à l'Exposition.

TRAVAUX

Deux questions avaient été mises à l'ordre du jour à la réunion de Bruxelles en 1935 : la première, « le diagnostic précoce du cancer de l'estomac », a été traitée simultanément en tous ses chapitres par des rapporteurs allemands et français ; la conclusion de ces différents rapports fut présentée par les professeurs Duval et Gosset, en France, et par le professeur Konjestuy, en Allemagne.

Les divers chapitres concernant la deuxième question, « les occlusions aiguës et chroniques du grêle », furent traités par les rapporteurs de cinq nations.

Première question. — **Diagnostic précoce du cancer de l'estomac.**

MM. PAUL CARNOT et J. CAROLI ont étudié les *possibilités de la clinique* en face de ce problème. Pour ces auteurs, la latence initiale du cancer est un des principaux obstacles du diagnostic précoce ; dans un tiers des cas inextirpables, le début apparent des symptômes, même les plus légers, remontait à moins de cinq mois ; d'ailleurs, la banalité clinique des symptômes rend le malade négligent à se faire examiner, et c'est lui qui est le grand responsable de l'évolution trop prolongée de la maladie.

Le cancer se présente aussi bien sous une forme dyspeptique banale du type gastritique ou une forme ulcéreuse que même sous un type névropathique ; toutefois, les antécédents familiaux paraissent avoir une certaine valeur indicative, valeur que ne présente pas l'âge du malade ; il y aurait souvent alternance familiale avec l'anémie pernicieuse que l'on voit au cours des gastrites chroniques, si souvent à la base des cancers. L'ulcère transformé de Hayem

ne peut trouver une preuve que dans la lente évolution des symptômes morbides, et les signes dits de cancérisation après ulcère sont en réalité des symptômes terminaux marquant la phase d'inopérabilité. Les cancers ulcérés paraissent plus fréquents que les ulcéro-cancers ; leur diagnostic est souvent impossible avec la maladie de Cruveilher. Les auteurs insistent sur la valeur de l'épreuve de l'histamine, déterminant un saignement de la muqueuse, et sur la résistance au traitement clinostatique des signes fonctionnels et des signes radiologiques.

Le *radiodiagnostic* a fait le sujet d'un rapport très documenté et abondamment illustré du Dr R. Gutmann.

Le diagnostic précoce du cancer gastrique est possible et basé sur l'interprétation de radiographies en série de technique irréprochable ; d'autre part, ce diagnostic radiologique est aussi basé sur l'évolution clinique du malade en même temps que des images sous l'influence de traitements d'essai. L'image radiographique se traduit soit par la raideur constante d'un segment de la paroi, rectiligne ou courbe, soit par l'ulcération sous les deux types suivants : cancer ulcériforme d'emblée et ulcère transformé ; la niche en plateau, encastrée ou triangulaire, les irrégularités progressives de l'image sont un signe extrêmement suspect ; son évolution, sous l'influence d'un traitement actif, offre un critérium capital ; la bénignité de la lésion est basée sur la disparition des signes radiologiques et cliniques. La végétation constitue le troisième aspect radiologique ; elle se manifeste par des lacunes très petites sur les courbures, l'aspect irrégulier des plis.

Le Dr Moutier décrit le cancer précoce de l'estomac d'après la *gastroscopie*. Au niveau du fundus, les lésions observées sont toujours assez évoluées lorsque le malade présente un premier accident clinique ou une première déformation radiologique ; on peut voir, par contre, au niveau de la région antro-pylorique, des lésions très jeunes : au niveau de la poche à air se voit un type gastritique infiltrant ; au niveau de l'antre et du pylore, les lésions affectent la forme d'un plateau ou de lésions végétantes. Les formes gastritiques sont caractérisées par un état mamelonné à mamelons inégaux et anarchiques ; la muqueuse est souvent blanche, présentant des fissures et des cratères minuscules ; dans d'autres cas, on voit des plis noueux ou des nodosités d'aspect polypoïde. Les lésions de l'antre se présentent sous forme de polypes isolés, de plaques squirrheuses d'aspect linitique ou de plis à nodosités espacées ; au pylore, on peut voir une végétation que les contractions péristaltiques peuvent culbuter vers le duodénum, ou des anomalies de la contraction sphinctérienne traduisant la rigidité partielle. L'auteur insiste sur les examens endoscopiques en série pour s'assurer des modifications évolutives, notamment sous l'influence de certains traitements.

MM. Garin et Bernay apportent la contribution de la *gastro-photographie*. Des images de toutes petites tumeurs gastriques sont rares ; les auteurs admettent qu'une gastrophotographie négative n'a pas de valeur diagnostique absolue ; mais, dans la majorité des cas, les images sont positives et faciles à interpréter, et donnent une sécurité diagnostique aussi grande qu'une lacune sur une radiographie.

MM. Marcel Labbé et Nepveux étudient le *chimisme gastrique au début du cancer gastrique*. Le test de la chlorhydrie, important dans le cancer de l'estomac évolué, doit être interprété avec prudence dans les cas de cancer au début : l'anachlorhydrie n'a été constatée que dans 53 p. 100 de ces derniers cas. L'étude des variations du chlore du contenu gastrique ne donne que des indications discutables : la présence d'acide lactique n'est pas non plus un signe précoce ; l'étude du suc gastrique après épreuve à l'histamine répétée chez le même sujet peut être un bon élément de diagnostic. Le test de l'albumine de Salomon n'est pas spécifique du cancer de l'estomac ; la recherche du sang et des hémorragies gastriques occultes par les réactions chimiques et spectroscopiques de l'hémoglobine et par les réactions de fluorescence de l'hémato-porphyrine constitue un des meilleurs signes. Toutes ces déductions n'ont de valeur qu'autant qu'elles restent en accord avec les constatations cliniques et radiologiques, et aussi chirurgicales.

L'étude du *diagnostic histologique* précoce a été faite par M. Ivan Bertrand. Le simple examen macroscopique des pièces prélevées ne permet dans aucun cas un diagnostic précoce de cancer ; seul, un examen microscopique minutieux garantit la certitude du diagnostic de malignité au début. Les examens extemporanés offrent trop d'aléas pour être pratiqués au cours de l'intervention. L'intégrité ganglionnaire complète est de règle dans les stades précoces du cancer gastrique. La transformation cancéreuse de l'ulcère donne une proportion de 20,75 p. 100. L'examen des cancers au début montre la superficialité des lésions, la *Muscularis mucosæ* étant longtemps respectée ; l'extension en surface est considérable avant tout bourgeonnement et toute infiltration pariétale ; l'ulcération superficielle et irrégulière de la muqueuse est aussi précoce que l'extension d'emblée en surface.

MM. Charrier et Gatellier ont exposé le *diagnostic opératoire du cancer de l'estomac* au début. Aucun signe anatomique ne permet, au cours de l'intervention, d'affirmer qu'un ulcus gastrique n'est pas cancérisé ou qu'il ne s'agit pas d'un cancer ulcéré au début ; les inflammations péritonéales œdémateuses ou rouges des mésos sont plutôt le fait de l'ulcère que du cancer, mais l'ulcère transformé présente les mêmes caractères. La pluralité des lésions est en faveur de l'ulcère. Les auteurs rejettent la gastrotomie comme moyen de diagnostic entre l'ulcère et le cancer, et l'examen histologique au cours de l'intervention. Le diagnostic clinique et radiologique paraît aux auteurs plus sûr que les constatations chirurgicales.

Les *conclusions générales* des rapporteurs français ont été tirées de ces travaux par les professeurs Gosset et Duval.

De grandes déceptions dans le diagnostic précoce sont à l'actif de la clinique, de la chimie du suc gastrique, des constatations directes des lésions. Tout l'intérêt actuel des conclusions diagnostiques paraît être concentré sur les résultats donnés par la combinaison de l'examen clinique et de l'examen radiologique, leur comparaison constante tant dans les périodes douloureuses que dans les périodes de calme, et plus encore dans ces dernières. Toute lésion gastrique que cette méthode montre persistante doit être tenue pour suspecte et extirpée ; toute lésion qualifiée douteuse par la répétition des examens radio-cliniques doit être, le plus tôt possible, extirpée très largement.

(*A suivre.*) Dr ALBAN GIRAULT,
Secrétaire du Comité national.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1937)

Les propriétés optiques des suspensions bactériennee. — M. P. Bonet-Maury.

Du rôle de la peau proprement dite et du tissu sous-cutané dans l'évolution des tumeurs malignes. — MM. Alexandre Besredka et Ludwik Gross.

(SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1937)

Le rapport calcium/phosphore dans le tissu cutané et dans le sang du lapin au cours de la croissance. — M. Jules Alquier et Mlle Andrée Michaux.

Sur la genèse des inclusions produites par les ultra-virus en général et par le virus herpétique en particulier. — M. Stéfan Nicolau.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1937)

M. BASSET rapporte un travail de M. Polony (de Belfort) **sur deux cas de syndrome abdominal aigu.** Dans la première observation, le diagnostic clinique était invagination intestinale aiguë chez un jeune enfant ; à l'intervention, on trouve en effet cette lésion, mais on ne peut réduire en raison de l'état inflammatoire de l'intestin ; ce dernier est mis, par l'auteur, sur le compte d'un rush abdominal au cours d'une varicelle, dont l'éruption est apparue quelques jours après l'intervention. Résection. Guérison.

Dans la deuxième observation, il s'est agi d'un purpura abdominal ; à l'intervention, amorce d'invagination et discrètes suffusions sur l'intestin ; le purpura des membres ne s'est manifesté qu'un mois après le syndrome abdominal. La laparotomie n'a pas modifié, semble-t-il, l'évolution des accidents abdominaux qui se sont traduits par des hémorragies post-opératoires.

M. WILMOTH rapporte un travail de CALVET et MONSAINGEON sur un **cas de rupture sous-hépatique d'un pyosalpinx droit.** A l'entrée de la malade à l'hôpital, on porte le diagnostic de plastron appendiculaire ; on met la malade en observation avec de la glace sur le ventre. Au bout de quelques jours, une douleur aiguë fait penser à la rupture d'une poche de pus péri-appendiculaire. L'intervention vient montrer qu'il s'agit de la rupture d'un pyosalpinx, le pavillon de la trompe étant collé sous le foie. Hystérectomie subtotale (en raison des lésions annexielles du côté opposé). Mickulicz. Guérison.

MM. Raoul-Ch. MONOD et ARNAL présentent une observation de **péritonite aiguë par perforation sur un sarcome de l'intestin grêle.** Les auteurs insistent sur la rareté de cette lésion, la difficulté du diagnostic de sarcome de l'intestin.

M. SORREL précise la technique de la **désarticulation de la hanche** ; il utilise le procédé à deux lambeaux, décrit par Farabeuf ; ligature préalable des vaisseaux fémoraux ; transfixion antérieure pour tailler le premier lambeau ; désarticulation et taille du lambeau postérieur, en ressortant. Les moignons obtenus sont de bonne qualité ; l'auteur n'a perdu qu'un seul malade sur 40 cas.

M. J.-L. FAURE conseille de faire d'abord une amputation de cuisse au 1/3 supérieur, puis de compléter l'intervention par l'extirpation du moignon de fémur restant.

M. SOUPAULT conseille la novocaïnisation préalable du tronc du sciatique pour éviter le shock déclenché par la section de ce nerf.

M. RICHARD a eu l'occasion de compléter la désarticulation de hanche par une cotyloïdectomie secondaire.

M. ROUX-BERGER insiste sur l'intérêt de ces désarticulations des racines des membres comme traitement des tumeurs malignes. Si l'on opère avec douceur, une hémostase parfaite, une infiltration préalable des tissus nerveux, on diminue considérablement le shock, et la mortalité opératoire devient insignifiante.

M. André MARTIN. — **Traitement préventif et curatif des complications pulmonaires opératoires** chez l'enfant en particulier. L'auteur recommande l'emploi de suppositoires de sulfate double d'orthoxy-quinoléine et de potassium, qui possèdent un pouvoir antiinfectieux polyvalent indiscutable.

MM. MOCQUOT et Cl. ROUVILLOIS. — **Etude sur la vascularisation artérielle de l'ovaire,** en vue de la chirurgie conservatrice. Etude anatomique fort intéressante faite à la fois sur des pièces opératoires et des pièces cadavériques. Les injections poussées par l'artère utérine ont permis de constater les faits suivants :

Dans la grande majorité des cas (23 fois sur 30), l'artère utérine et l'artère tubo-ovarienne se partagent la vascularisation de l'ovaire (tantôt avec des territoires distincts, tantôt avec un territoire unique).

Dans un petit nombre de cas, l'ovaire tire la presque totalité de sa vascularisation, soit de l'artère utérine (5 fois sur 30), soit de la tubo-ovarienne (2 fois sur 30 cas). On conçoit l'intérêt pratique de ces notions dans la chirurgie conservatrice des annexes.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DES PLEURÉSIES PURULENTES OU PUTRIDES DE LA GRANDE CAVITÉ (1)

EVOLUTION

Non traitée, l'évolution se ferait :

— Rarement vers l'ouverture à la peau par un empyème de nécessité, d'où infection secondaire.

— En règle vers la vomique massive, fractionnée ou nummulaire, vers le 40e ou 50e jour.

On aurait alors une rémission thermique et cliniquement parfois un syndrome de pyopneumothorax.

Ce n'est qu'exceptionnellement qu'une telle ouverture dans les bronches a pu amener la guérison, en règle elle entraîne l'infection secondaire, la cachexie et la mort.

— Aussi importe-t-il d'évacuer le pus dès que l'état du poumon sous-jacent le permet.

On pourra essayer la ponction qui a permis chez l'enfant de nombreuses guérisons.

Si la ponction n'amène pas le résultat espéré, du fait du cloisonnement ou de la récidive de l'épanchement, on pratiquera une pleurotomie.

Après pleurotomie, la température tombe et si le drainage est convenablement assuré et une bonne gymnastique respiratoire instituée, le pronostic de la P. purulente à pneumocoque est habituellement bon.

FORMES CLINIQUES

La *P. de l'enfant* a des signes physiques particulièrement frustes. Ils doivent être recherchés avec d'autant plus de soin que les signes généraux peuvent égarer le diagnostic du fait de leur coexistence avec des signes trompeurs méningés et digestifs.

Il ne faut pas trop compter sur les signes d'auscultation.

— Le murmure vésiculaire peut sembler persister du fait de la transmission de celui du côté sain par les parois thoraciques ;

— Le souffle est inconstant ;

— Parfois il existe des signes pseudocavitaires.

La recherche des vibrations n'est souvent d'aucun secours.

La symptomatologie physique se résume donc :

— A des déformations thoraciques d'autant plus marquées que l'enfant est plus jeune ;

— A la matité, signe de beaucoup le plus important, mais qui doit être recherché à la percussion douce et fine.

En cas de doute, la radio, beaucoup plus facile à pratiquer que chez l'adulte, aidera le diagnostic qui confirmera la ponction exploratrice.

L'évolution est souvent très favorable soit par ponction, soit par pleurotomie sans résection costale.

Chez le nourrisson, la matité avec sensation de résistance au doigt est souvent le seul signe physique.

La *P. postgrippale* est au contraire beaucoup plus grave, les mêmes indications à temporiser que dans les P. streptococciques sont de mise, d'autant que des ponctions pourront être pratiquées en attendant la rémission du foyer pulmonaire sous-jacent.

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1937, n° 88, p. 1398 ; n° 90, p. 1430.

III. — Pleurésies putrides

Elles sont caractérisées par :

— L'atteinte très marquée de l'état général ;

— Une symptomatologie physique qui est tantôt celle d'un épanchement pleural, tantôt celle d'un pyopneumothorax ;

— La fétidité du pus ;

— Leur pronostic très sérieux.

CONDITIONS D'APPARITION

Elles sont soit secondaires à une gangrène pulmonaire, une affection éloignée (appendicite, otite) ; soit primitives.

Le début est habituellement brutal par :

— Un point de côté atroce ;

— Une dyspnée vive ;

— Une toux sèche très douloureuse ;

— Une élévation thermique assez marquée.

ETAT

Les signes toxiques dominent le tableau clinique :

— Faciès plombé subictérique ;

— Prostration, abattement ;

— Pouls petit, irrégulier ;

— Diarrhée.

A l'examen, on trouve :

— Tantôt les signes d'un épanchement pleural banal ;

— Tantôt des signes hydroaériques, sonorité surmontant une zone de matité, succussion hypocratique, etc.

La *ponction exploratrice* pratiquée avec des précautions toutes spéciales (mandrin porté au rouge) ramène un liquide roussâtre très fétide contenant une flore variée, aérobie et anaérobie ou strictement anaérobie.

En tous cas il existe plusieurs espèces de germes et leur isolement demanderait souvent un nombre considérable de repiquages.

Le streptocoque, les b. ramosus, fragilis, funduliformis sont fréquemment rencontrés.

EVOLUTION

Elle est grave malgré l'association d'une sérothérapie antigangréneuse intense à une pleurotomie.

Le malade peut mourir d'intoxication, d'hémorragie intra pleurale, d'embolie gangréneuse.

IV. — Les autres pleurésies purulentes aiguës

Sont rares.

La plus fréquente reste la *P. à staphylocoque*. Elle peut compliquer une affection staphylococcique préexistante si son étiologie n'est pas nette, il faut toujours craindre que le staphylocoque ne soit qu'un germe de surinfection au cours d'une P. tuberculeuse.

Les *P à B d'Eberth* peuvent se voir après pneumonie au cours de la F. T.

Les autres pleurésies purulentes aiguës ne sont que des curiosités.

(A suivre.) J. FERROIR.

Une médication nouvelle de l'anxiété et de l'émotivité : l'Aeïne, complexe cortico-surrénal, associé à la malonylurée. (Préface du professeur Laignel-Lavastine). Par le docteur J. Bayard. 1 vol. in-8°. Prix : 10 francs. Editions Hippocrate, 7, rue des Grands-Degrés, Paris, 1937.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 93. — SAMEDI 20 NOVEMBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.



SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de la médaille d'or* (médecine). — Jury : MM. Chabrol, Armand-Delille, Hallé, Paraf et Lamy. Censeurs : MM. Rouquès et Michaut.

Concours de la médaille d'or (chirurgie et accouchements). — Jury : MM. Gosset (Jean), Leibovici, Desmarest, Moulonguet et Couvelaire. Censeurs : MM Merle d'Aubigné et Patel.

Faculté de médecine de Paris. — *Certificat et diplôme d'électroradiographie.* — 1° Les externes et internes titulaires peuvent être autorisés par M. le doyen à s'inscrire pour l'enseignement du Certificat d'électrologie et de radiologie médicales, à la condition d'être affectés dans un service d'électroradiologie des hôpitaux de Paris, pendant la période des stages.

2° Ce privilège n'est pas accordé aux étudiants remplaçant ces externes et internes, ni aux externes et internes d'une Faculté ou d'une Ecole de province.

3° Aucun stage ne peut compter s'il n'est accompli pendant la période de l'enseignement, donc après l'inscription du certificat.

4° En ce qui concerne les étudiants pourvus du Certificat et non docteurs en médecine, ils peuvent être autorisés à s'inscrire pour les stages en vue du Diplôme, mais ne peuvent passer l'examen du Diplôme que s'ils sont docteurs en médecine.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au docteur Delherm, chef du Service d'électroradiologie de l'hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital, Paris (13e).

Faculté de médecine de Lille. — Sont nommés à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille : MM. Delannoy, professeur de clinique chirurgicale ; Swynghedauw, professeur de pathologie externe ; Paquet, professeur d'accouchement et d'hygiène de la première enfance.

Ecole de médecine de Dijon. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, s'ouvrira le lundi 16 mai 1938 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — Le 30 novembre, auront lieu des élections pour pourvoir au remplacement de plusieurs membres, dont M. Roussy et M. Sigalas.

A la mémoire d'Emile Roux. — Dimanche dernier, à Confolens, a été inauguré un monument à la mémoire d'Emile Roux, ancien directeur de l'Institut Pasteur. M. Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur, a prononcé un excellent discours, se mettant à la portée des enfants qui assistaient très nombreux à la cérémonie ; il a fait un exposé des travaux de celui qui les a préservés de la diphtérie.

Mission sanitaire. — La section d'hygiène de la Société des Nations envoie en Chine une mission, dont feront notamment partie le médecin général inspecteur Lasnet, membre de l'Académie de médecine, et le docteur Laigret, de l'Institut Pasteur de Tunis.

L'organisation d'un concours de masques à gaz. — Le Ministre de la Défense nationale et de la Guerre communique :

Un concours pour le choix de certains appareils de protection contre les gaz de combat est ouvert à tous les in-

venteurs, du 10 novembre 1937 au 10 janvier 1938. Ce concours est doté de prix variant de 5.000 à 100.000 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser au ministère de la Défense nationale et de la Guerre, direction des fabrications d'armement, 23, rue Lapérouse, à Paris, de 9 h. 30 à 11 h. 30.

Distinctions honorifiques. — Le docteur L.-M. Pierra, secrétaire général fondateur de la Fédération de la Presse médicale latine, rédacteur en chef d'*Acta medica latina*, directeur de la *Revue française de Gynécologie*, vient d'être nommé commandeur de la Couronne d'Italie.

Toutes nos amicales félicitations.

COURS ET CONFÉRENCES

Hôpital de la Pitié. — M. le professeur Laignel-Lavastine, avec la collaboration de MM. Georges ROSENTHAL, Jean VINCHON, Robert LARGEAU, H.-M. GALLOT, Georges D'HEUCQUEVULLE, H.-M. FAY, Mme HECTOR et M. MIGNOT, a commencé ses leçons de clinique annexe, avec présentation de malades le *mercredi 3 novembre, à 10 heures* et les continuera tous les mercredis à la même heure.

Objet du cours : *Neurologie.*

Horaire du service tous les matins, à 9 heures, visite.

Lundi à 10 heures : examens endocrino-pathologiques : M. LARGEAU.

Lundi à 11 heures : Conférence de séméiologie : M. H.-M. GALLOT.

Mardi à 10 heures : consultation de neurologie : M. LAIGNEL-LAVASTINE.

Mercredi à 10 heures : présentation de malades : M. LAIGNEL-LAVASTINE.

Jeudi à 10 heures : consultation de neuro-psychiatrie infantile : M. FAY.

Vendredi à 10 heures : consultation neuro-psychiatrique : M. VINCHON.

Vendredi à 11 heures : clinique psychiatrique : M. LAIGNEL-LAVASTINE.

Samedi à 10 heures . consultation endocrino-sympathologique : M. LAIGNEL-LAVASTINE.

CLINIQUE MÉDICALE THÉRAPEUTIQUE (Pitié : professeur RATHERY), du 22 au 28 novembre :

Lundi 22 : 9 h., M. Bargeton. Cours de séméiologie cardiaque. — 9 h. 30, visite dans les salles. — 10 h. 30, M. Derot. Présentation de malades.

Mardi 23 : 9 h., M. Sallet. Cours de séméiologie rénale. — 9 h. 30, visite dans les salles. — 10 h. 30, Mlle Jammet. Présentation de malade. — 11 h. 15. Policlinique et thérapeutique appliquée. M. RATHERY. Diabète. Nutrition.

Mercredi 23 : 9 h., M. Grenet. Cours de séméiologie nerveuse. — 9 h. 30, visite dans les salles. — 10 h. 30, M. Kourilsky. Présentation de malade. — 11 h. 15, Policlinique et thérapeutique appliquée. M. RATHERY. Maladies du rein.

Jeudi 24 : 9 h., M. de Traverse. Cours de chimie biologique élémentaire. — 9 h. 30, visite dans les salles. — 10 h. 30, M. Rathery. Leçon clinique : gangrène et intoxication oxycarbonée.

Vendredi 25 : 9 h., M. Bachmann. Cours de séméiologie pulmonaire. — 9 h. 30, visite dans les salles. — 10 h. 30, M. Largeau. Présentation de malade. — 11 h. 15, Policlinique et thérapeutique appliquée : M. RATHERY. Diabète, nutrition, rhumatisme.

Samedi 26 : 9 h., M. J. Ferroir. Cours de séméiologie digestive. — 9 h. 30, visite dans les salles.

— CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES (Hôpital Claude-Bernard). — M. le professeur LEMIERRE a fait sa première leçon clinique le jeudi 18 novembre 1937, à 10 h. 30, et continuera son cours les jeudis suivants, à la même heure.

— CLINIQUE OBSTÉTRICALE (Clinique Baudelocque, 121, boulevard de Port-Royal). — M. le professeur COUVELAIRE a repris son cours de clinique le vendredi 19 novembre, à 11 heures, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE (hôpital Laënnec. Professeur : M. Fernand BEZANÇON). — M. le professeur Bezançon a commencé ses leçons à la salle des conférences de la clinique, le lundi 15 novembre 1937, à 10 heures, et les continuera les vendredis suivants, à 11 heures.

CONFÉRENCES D'ANATOMIE DESCRIPTIVE. — M. le professeur HOVELACQUE a commencé ses conférences le mardi 16 novembre 1937, à 17 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : *Anatomie du thorax, de la tête et du cou.*

Nécrologie. — M. le docteur Charles Lantaume, médecin-major de 1re classe en retraite, à Aix-en-Provence.

— Le docteur Jules Boyer, à Elbeuf.

— Le docteur Maurity Santos, chirurgien de l'hôpital Gamboâ, à Rio de Janeiro.

— Le docteur Henri Blanchon, de Vauvert (Gard).

— Le docteur Thévenet (de Voreppe).

— Le professeur Charles Gravier, du Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Académie des sciences.

— Le docteur Jean Camescasse (de Saint-Arnoult-en-Yvelines). Nous adressons nos très vives condoléances à nos confrères du *Concours médical*, dont le docteur Jean Camescasse était le collaborateur.

Administration Générale de l'Assistance publique à Paris

SOUS-DIRECTION DES HÔPITAUX ET HOSPICES.
SERVICE DE L'EXPLOITATION

Le vendredi 10 décembre 1937, à 14 h. 1/2, il sera procédé publiquement au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance Publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication sur soumissions cachetées des fournitures d'herboristerie, droguerie, produits chimiques et préparations pharmaceutiques, produits pour laboratoires et matières colorantes, produits chimiques hors série (oxygène) nécessaires au service de la Pharmacie Centrale des Hôpitaux et Hospices civils pendant six mois pour les substances pharmaceutiques et produits chimiques, et pendant une année pour les produits chimiques hors série (oxygène) à compter du 1er janvier 1938.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation, de l'Approvisionnement et du Matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de dix heures à midi et de quatorze heures à dix-sept heures.

Dépôt des demandes jusqu'au 25 novembre 1937. 889

Le mercredi 8 décembre 1937, à 15 heures, il sera procédé publiquement au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance Publique à Paris, 3, avenue Victoria, à l'adjudication en un seul lot et sur soumissions cachetées, de la fourniture des bandages, pessaires, bas élastiques, etc..., nécessaires au service de cette Administration pendant l'année 1938. L'importance du marché est évaluée avant adjudication à 100.000 francs pour l'année.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation de ladite Administration, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au mardi 23 novembre 1937. 890

REVUE GENERALE

LA CUTI-RÉACTION TUBERCULINIQUE (1)

par M. P. BAIZE,
ex-chef de clinique infantile à la Faculté,
médecin assistant à l'hospice des Enfants-Assistés.

Dans l'interprétation du résultat, positif ou négatif d'une cuti-réaction, il faut compter avec un certain nombre de causes d'erreur, aisément évitables, mais qu'il faut connaître pour s'en prémunir.

1° *Causes d'erreur dans l'interprétation d'une cuti-réaction positive : le B.C.G.* — La cuti-réaction peut être positive chez certains enfants sans qu'ils aient été contaminés au sens habituel du mot ; il suffit qu'ils aient ingéré du B.C.G. Bien qu'il ait perdu toute virulence le B.C.G. produit néanmoins des tuberculines et doit rendre sensible à ces substances l'organisme qui l'a reçu. C'est effectivement ce qu'on observe lorsque chez l'animal ou chez l'homme *on injecte* le B.C.G. sous la peau.

Mais lorsqu'il s'agit de vaccination *per os* selon la technique usuelle (3 doses pendant la première semaine de la vie) les sujets sont loin de devenir *constamment* allergiques. MM. Weill-Hallé et Turpin (46) relevant le pourcentage de cuti-réactions positives chez des enfants vaccinés au B.C.G. et vivant en milieu apparemment indemne de tuberculose, trouvent qu'à l'âge de 2 ans, *un quart seulement* d'entre eux présentent une cuti-réaction positive. Affirmer qu'ils sont devenus allergiques du fait du seul B.C.G. paraît téméraire puisque ces enfants, non isolés, ne sont pas soustraits aux infections virulentes surajoutées. Dans les mêmes conditions, Armand-Delille, Mme Banu et Lestocquoy (47) ont trouvé un pourcentage identique de cuti-réactions positives (10 à 17 %) chez les sujets vaccinés au B.C.G. et chez les non-vaccinés.

Etablie parmi les enfants que l'Œuvre du Placement familial des Tout-Petits, après les avoir vaccinés au B.C.G., a soustraits dès leur naissance à tout contact suspect, la statistique de L. Bernard, R. Debré et M. Lelong (48) est bien plus probante : sur 105 enfants, élevés dans ces conditions quasi expérimentales, 50 ont présenté *à un certain moment, et au moins une fois*, une cuti-réaction positive (soit 48 % de résultats positifs, attribuables au seul B.C.G.). Ainsi, des enfants vaccinés au B.C.G. buccal peuvent, après avoir présenté une cuti-réaction positive, cesser de réagir à ce mode d'application de la tuberculine.

Cette rareté et ce caractère transitoire des réactions tuberculiniques chez les vaccinés ne sont d'ailleurs qu'*apparents ;* si, avec R. Rebré, M. Lelong et Mlle Pictet (49) on substitue à la cuti-réaction des *intra-dermo-réactions* pratiquées avec des doses importantes de tuberculine (1/10, 1/2 et même 1 milligramme), on constate que 97 % *des enfants vaccinés par voie buccale et sans contact tuberculeux réagissent positivement.* Sayé, puis Foley et Parrot (50) ont obtenu des résultats analogues.

L'allergie, chez l'enfant vacciné par absorption de B.C.G. à la naissance, est donc *lente à s'établir ;* elle peut n'exister que de façon transitoire, et elle est d'ordinaire *peu prononcée* puisque dans une bonne moitié des cas elle n'est révélée que par l'intradermo-réaction. Quand elle est décelable par la cuti-réaction, celle-ci est ordinairement *faible* et facile à distinguer de la réaction nette, forte et durable due aux bacilles virulents.

Allergie et immunité peuvent être deux états relativement distincts de l'organisme infecté de tuberculose ; il n'en est pas moins vrai qu'il est bien difficile d'admettre qu'une immunité forte puisse se développer avec une allergie transitoire ou nulle. Les travaux les plus récents ont montré que le B.C.G. administré *per os*, est suffisant contre les infections peu virulentes et peu fréquentes, mais qu'il protège mal contre les contaminations répétées et massives, telles que les réalise par exemple la contagion familiale. Les bacilles qui, après absorption du B.C.G., traversent la muqueuse intestinale, ne sont ni assez nombreux, ni assez virulents pour produire une allergie durable et forte ; il est probable que, dans ces conditions, l'immunité qu'ils déterminent n'est pas de meilleure qualité que l'allergie.

En pratique, il faut donc, ou bien augmenter les doses de vaccin et revacciner jusqu'à l'apparition de réactions tuberculiniques nettes, ou bien (et cette méthode paraît rallier une majorité croissante de suffrages) substituer à l'administration *per os la voie sous-cutanée*, qui provoque à coup sûr le virage des réactions tuberculiniques.

Au point de vue du diagnostic, une cuti-réaction positive chez un vacciné ne permettra de conclure à une contamination tuberculeuse pathologique qu'étayée sur une investigation complète, étiologique, clinique, radiologique et bactérioscopique.

2° *Causes d'erreur dans l'interprétation d'une cuti-réaction négative.* — Il y a des causes d'erreur qu'une technique correcte suffit à éliminer : nombre de cuti-réactions *faussement négatives* sont dues à ce qu'on a employé une tuberculine trop ancienne, ou trop diluée, ou encore à ce que la petite plaie de scarification a saigné abondamment.

La technique étant irréprochable, avant de conclure que le sujet est réellement exempt de tuberculose, il faut encore se rappeler qu'un individu peut *ne pas réagir momentanément* à la tuberculine, et cela pour deux raisons : *a)* ou bien, quoique touché par le bacille, il n'a pas encore acquis la sensibilité tuberculinique, il est, comme on dit, en *période anté-allergique ; b)* ou bien, il a perdu temporairement la faculté de réagir du fait d'états physiologiques ou pathologiques, qui suspendent l'allergie et qu'on appelle, pour cette raison, *anergisants.*

(1) **Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 91, du 13 nov., p. 1437.**

(46) La Vaccination préventive contre la tuberculose par le B.C.G., Paris, Masson, 1927. — Voir aussi Cofiño Ubico, *Thèse de Paris*, 1929.

(47) *Acad. de Médecine*, 13 avril 1937.

(48) *C. R. Acad. de Méd.*, 23 oct. 1928, p. 1201. — *Ann. de Méd.*, avril 1929, p. 318.

(49) *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1932, t. 49, p. 4.

(50) *Acad. de Médecine*, 1er juin 1937.

a) CUTI-RÉACTION EN PÉRIODE ANTÉ-ALLERGIQUE. — R. Debré et Jacquet (51) ont donné le nom de période anté-allergique au laps de temps compris entre le moment où le bacille de Koch pénètre dans un organisme et celui où apparaît la première réaction tuberculinique positive. Cette phase, cliniquement, radiologiquement et biologiquement latente, correspond à la dissémination des bacilles tuberculeux dans l'organisme; sa durée est en moyenne de 3 à 8 semaines, elle excède rarement 3 mois ; elle est inversement proportionnelle à la quantité de bacilles inoculés : à infection discrète, période anté-allergique longue, et *vice-versa*.

La cuti-réaction pratiquée chez un sujet en période anté-allergique est donc *négative*, et ne devient positive, d'abord faiblement, puis nettement, qu'après un certain délai. Il en est de même de l'intradermo-réaction, mais celle-ci, plus sensible, devient positive une semaine environ avant la cuti-réaction.

Il suffira, pour éviter cette cause d'erreur, de répéter les réactions tuberculiniques à plusieurs reprises, par exemple à deux mois d'intervalle ; leur négativité persistante permet pratiquement d'éliminer la tuberculose.

b) ETATS ANERGISANTS. — Chez un sujet, porteur habituellement d'une cuti-réaction positive, *l'allergie peut être momentanément suspendue* sous l'influence de facteurs multiples. C'est ainsi que, *chez l'adulte*, la cuti-réaction devient négative chez les *cachectiques* (cancéreux à la dernière période, tuberculeux cavitaires), chez les débilités, les inanitiés, les malades atteints de diarrhée profuse, en un mot chez tous ceux dont les facultés réactionnelles sont amoindries.

Certains *états physiologiques* peuvent aussi temporairement supprimer ou affaiblir la cuti-réaction ; il en est ainsi dans la *grossesse* et la *puerpéralité* (15 % des cas, Nobécourt et Paraf) (52), Debré, Paraf et Dautrebande (53), au moment des *périodes menstruelles* (Coulaud) (54), après les *opérations* chirurgicales avec *anesthésie* générale (Decressac et Jacquelin) (55), au cours des brusques *pyrexies* (Gernez et Marchandise) (56).

Toujours chez l'adulte, Jousset (57) trouve la cuti-réaction négative de façon constante au cours des *pneumococcies, de la fièvre typhoïde, des leucémies*, et, dans les trois quarts des cas, chez des *cancéreux viscéraux* en dehors de toute cachexie. Elle est souvent absente au cours des *rhumatismes* articulaires aigus et gonococciques et des *streptococcies*, chez les *cirrhotiques* (Fiessinger et Brodin) et même au cours de la *syphilis* acquise primo-secondaire (Mucci, Rivalier et M. Lelong) (58).

Chez l'*enfant*, les causes d'anergie paraissent beaucoup plus rares que chez l'adulte. La plus importante est la *rougeole* dont l'action, signalée dès 1907 par Preisich et par Von Pirquet, a été confirmée depuis par de nombreux auteurs, notamment par Teissier et M. Léon-Kindberg (59), Ch. Mantoux (60), R. Debré et Mme K. Papp (61), P. Lereboullet et P. Baize (62). Les choses se passent presque toujours de la façon suivante : quelques heures *avant* l'éruption, la cuti-réaction jusque-là positive devient *brusquement* négative, elle demeure telle pendant toute la durée de l'éruption, ou même davantage, soit six à sept jours en moyenne, puis reparaît progressivement. Mais il y a des cas (et M. Nobécourt (63), M. Debré et nous-même l'avons constaté) où la cuti-réaction reste négative pendant des semaines et des mois après une rougeole.

L'intérêt de la disparition de la cuti-réaction au cours de la rougeole est surtout doctrinal. Pour beaucoup d'auteurs, qui confondent allergie avec immunité, cette disparition, rapprochée du prétendu rôle phtisiogène de la rougeole, est la preuve même du fléchissement des résistances de l'organisme. Pour d'autres, la rougeole n'a pas de rôle phtisiogène spécial; et l'extinction de la cuti-réaction au cours de cette maladie n'a rien à voir avec un fléchissement d'immunité ; c'est un phénomène d'inhibition purement locale, d'anergie cutanée analogue à celle qu'on observe quand la peau a subi l'irradiation solaire ou ultra-violette (Talon-Chauveau, Valtis et Talon) (64). Telle est la thèse tout récemment encore soutenue par Paraf et Morhange (65).

Beaucoup d'autres affections ont été accusées de négativer la cuti-réaction chez l'enfant : la *fièvre typhoïde* (Kranhals, Rolly, Paisseau et Tixier), la *scarlatine* (Moltchanoff, Rolly), la *coqueluche* (Nobécourt et Forgeron, Paisseau et Tixier), la *grippe épidémique* (Bloomfield et Mater, Lereboullet, R. Debré, Dickinson), la *pneumonie* (Bride, Reyes, Rolly, Mc Neil), la *diphtérie* (Moltchanoff), la *vaccine* et la *varicelle* (Ricciardi), etc. A la vérité, le rôle de ces affections est fort inconstant (Lesné et Marquézy (66), Tixier et Paisseau (67), et, pratiquement, en dehors de la rougeole et peut-être aussi de la grippe, la persistance de la cuti-réaction au cours des maladies infectieuses de l'enfance est la règle et son absence l'exception. Il sera bon néanmoins d'interpréter avec réserve le résultat d'une cuti-réaction négative au cours de maladies qui, comme la grippe, la fièvre typhoïde ou la pneumonie, posent le diagnostic de certaines formes de tuberculose, et de répéter les tests tuberculiniques à plusieurs reprises après la guérison.

***

Valeur diagnostique et pronostique de la cuti-réaction. — Il ne faut pas demander aux réactions tuberculiniques plus qu'elles ne peuvent donner. Telles qu'elles sont, elles constituent une méthode précieuse, parce que, si on les a trouvées négatives à plusieurs reprises et à quelques mois d'intervalle chez un sujet, *on peut affirmer de façon à peu près absolue que ce sujet n'est pas tuberculeux.*

(51) *Annales de Médecine*, 1920, t. 7, n° 2, p. 122.
(52) *Presse Médicale*, 1920, p. 133.
(53) *C. R. Soc. de Biol.*, 1920, pp. 986 et 1025.
(54) *Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 11 fév. 1921. Voir Lewin, *Thèse de Paris*, 1935.
(55) *C. R. Soc. de Biol.*, 1924, t. 91, p. 272.
(56) *C. R. Soc. de Biol.*, 1935, t. 118, p. 462.
(57) *Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 21 mai et 4 juin 1926.
(58) *C. R. Soc. de Biol.*, 1923, t. 88, p. 327.
(59) *C. R. Soc. Biol.*, 1911, t. 70, p. 853.
(60) *Presse Médicale*, 5 janv. 1920, p. 11.
(61) *Ann. de Médecine*, juin 1926, p. 576.
(62) *Arch. de Méd. des Enfants*, t. 34, déc. 1931, p. 701.
(63) Nobécourt, Liège et Mlle Herr, *Arch. de Méd. des Enfants*, t. 33, 1930, p. 65.
(64) *C. R. de Biol.*, 1927, t. 97, p. 683.
(65) *Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 3 avril 1936.
(66) *Progrès Médical*, 5 mars 1927, p. 345.
(67) *Paris Médical*, 27 janv. 1912, p. 206.

Pour être *négative*, cette réponse n'en est pas moins d'un haut intérêt pour trancher certains diagnostics cliniquement *douteux*, comme la distinction entre fièvre typhoïde et typho-bacillose, et pour établir la véritable nature d'une arthrite, d'une adénite, d'une pneumopathie, ou d'une fièvre inexpliquée. Chez bien des enfants, porteurs d'un torticolis ou d'une réaction méningée suspecte, regardés à tort comme atteints de coxalgie, de mal de Pott, d'adénite bacillaire ou de tuberculose rénale, des réactions tuberculiniques négatives permettent d'éliminer la tuberculose, de rassurer les parents, d'instituer une thérapeutique appropriée.

Positive, la valeur de la cuti-réaction est encore considérable, tout au moins chez l'enfant jeune. Il est rarissime de trouver une réaction positive avant le 3e mois de la vie, et ceci se comprend puisque la durée moyenne de la phase anté-allergique est de deux *ou* trois mois. *Pendant la première enfance*, une cuti-réaction positive signifie presque à coup sûr que l'enfant est porteur d'une *tuberculose évolutive grave*, dont le pronostic, l'expérience le prouve, est le plus souvent fatal ; à cet âge, en effet, il n'existe pour ainsi dire pas d'infection bacillaire au repos. Après deux ans, la valeur diagnostique d'une cuti-réaction positive va en s'affaiblissant mais garde néanmoins l'intérêt d'orienter le médecin vers l'idée de tuberculose. Incapable à elle seule de préciser le diagnostic, puisque le nombre de tuberculoses quiescentes ou guéries s'accroît énormément avec l'âge, elle doit faire pratiquer, outre une enquête étiologique serrée et un examen clinique complet, une radiographie des poumons, la recherche du bacille de Koch dans les selles ou dans le contenu gastrique, et la prise de la température. La cuti-réaction n'est qu'un élément dans un ensemble de symptômes ; prise isolément, elle est sans valeur.

A l'âge adulte, enfin, il ne faut pas négliger sa recherche puisque 1/4 ou 1/5 des individus ont encore, à 20 ans, une cutiréaction négative.

Quant au *pronostic* tiré de l'aspect même de la cuti-réaction, sa valeur est nulle *chez l'enfant* ; elle peut devenir négative à la période ultime de la tuberculose, dans les heures ou dans les journées qui précèdent la mort (Debré et Laplane), mais le plus souvent elle reste inchangée jusqu'au bout, fait qu'il faut attribuer chez le nourrisson, à l'absence habituelle de cachexie (Lesné et Coffin) (68).

On a dit (Marfan, Lesné, Gardère) que les réactions intenses et précoces étaient assez souvent l'apanage des formes graves de tuberculose ; ceci est loin d'être constant, et la cuti-réaction au cours de certaines manifestations bénignes comme l'érythème noueux ou la pleurésie séro-fibrineuse type Landouzy se montre volontiers très forte, voire phlycténulaire, en vertu de nous ne savons quelle « hyperergie » temporaire. En réalité, chez l'enfant, le pronostic n'est pas basé sur la cuti-réaction, mais sur l'âge du sujet, la forme et le siège de sa tuberculose, la durée et l'importance de la contamination et des réinfections successives.

Chez l'adulte, les cuti-réactions *fortes* ou *très fortes* témoigneraient, d'après Jousset, d'une infection bacillaire en évolution, alors que la cuti-réaction « normale » indique le plus souvent une tuberculose éteinte, stabilisée. Les cuti-réactions faibles, « cachectiques », sont d'un fâcheux pronostic, parce qu'elles décèlent l'effondrement des défenses et des facultés de réaction de l'organisme. Tuberculose *évolutive* ne veut d'ailleurs pas forcément dire tuberculose *grave*, et il est certain que chez l'adulte, les réactions les plus accentuées se voient dans les tuberculoses « à bon pronostic » : tuberculoses cutanées (I. de Jong et René Martin) (69), tuberculose pulmonaire fibreuse ou à forme d'emphysème (Bezançon et Vigneron, Léon Bernard et Baron), adénopathies cervicales, tuberculoses chirurgicales (Jousset).

Mlle Verlière (70) a cherché à vérifier la valeur pronostique de la cuti-réaction chez l'adulte en la comparant aux réactions quantitatives (Vernes à la résorcine) et à la vitesse de sédimentation des hématies. Bien qu'il n'y ait pas de parallélisme constant entre ces diverses méthodes, elle a trouvé, *grosso modo*, qu'aux Vernes intenses correspondaient des cuti-réactions faibles, et inversement. On peut donc dire, approximativement, qu'il vaut mieux, à l'âge adulte, posséder une cuti-réaction *fortement positive*, témoin d'une allergie marquée, et sans doute aussi, d'une immunité vigoureuse.

***

En réalité, la cuti-réaction est de peu d'intérêt pour le pronostic de la tuberculose. Elle est avant tout *un moyen de diagnostic*, de technique idéalement simple, dénué d'inconvénients et d'une grande fidélité quand on ne lui demande pas plus qu'il ne peut donner. Elle permet d'affirmer qu'un sujet est ou n'est pas indemne de tuberculose, et de trancher ainsi nombre de diagnostics litigieux. Grâce à elle les formes frustes, camouflées ou latentes de la maladie peuvent être dépistées ; grâce à elle nous pouvons saisir le moment où s'installe l'infection tuberculeuse. Elle nous a appris que si avant quinze ans, les 3/4 des individus ont été touchés par le bacille de Koch, l'éventualité d'une primo-infection tardive, dans l'adolescence ou même à l'âge adulte, est cependant loin d'être rare.

Nous pouvons, grâce à elle, faire le bilan des ravages de la maladie, étudier sa répartition dans le mon-

(68) *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 21 mai 1926, p. 787.

(69) *Revue de la Tuberculose*, 1925, p. 250.

(70) *Thèse de Paris*, 1933.

de, en fonction de l'âge, du milieu, etc. La cuti-réaction est donc à la base de toute étude et de toute prophylaxie sérieuses de la tuberculose. Enfin, son intérêt théorique n'est pas moindre, puisqu'elle a créé la notion si fructueuse d'allergie.

Pratiquement, on peut résumer ainsi les indications que nous fournit la cuti-réaction :

1° Toute cause d'anergie étant éliminée, une *cuti-réaction négative*, dûment constatée à deux reprises séparées par deux mois au moins d'intervalle, permet d'affirmer que le sujet *n'est pas tuberculeux*.

2° *Une cuti-réaction positive* postule l'existence dans l'organisme d'un foyer tuberculeux, mais ne nous renseigne ni sur l'ancienneté, ni sur le siège, ni sur l'étendue, ni même sur le caractère, extensif ou non, de ce foyer. Il faut donc compléter l'information qu'elle nous apporte par les procédés habituels d'investigation, surtout par la radiographie des poumons, siège ordinaire des lésions bacillaires.

3° *Dans la première enfance*, une cuti-réaction positive permet cependant de porter presque à coup sûr le diagnostic de *tuberculose évolutive grave*, les tuberculoses quiescentes étant à cette époque de la vie tout à fait exceptionnelles. Après deux ans, une cuti-réaction positive perd progressivement sa valeur pour le diagnostic de la tuberculose évolutive, puisque le nombre des tuberculoses stabilisées augmente et cela d'autant plus que le sujet est plus âgé. Chez l'adulte, enfin, la cuti-réaction n'a d'intérêt que lorsqu'elle est négative ; positive, elle peut fournir, par son aspect, un élément de pronostic, sur la valeur duquel il est prudent de ne pas trop s'illusionner.

DEUXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE GASTRO-ENTÉROLOGIE (1)

En *Allemagne*, les mêmes chapitres furent traités. Voici les résultats de ces travaux :

Le professeur G. Katsch (Greifswald) présente la *partie clinique* de la question. Il insiste sur la longue latence relative pendant laquelle le cancer se manifeste par des signes minimes et ne peut être que suspecté ; le diagnostic est en grande partie fonction de la compétence du praticien ; il existe à ce moment une sorte d'aptitude d'éveil de l'observateur. Le diagnostic de preuve dépend de la radiologie associée à la clinique ; encore le radiographe doit-il être doué d'une expérimentation particulière. La lacune apporte le soupçon, mais la lacune de mobilité est plus importante que la lacune de remplissage Les examens répétés sont absolument nécessaires et plus précieux que la laparotomie exploratrice. Un examen négatif ne doit pas être péremptoire ; la gastroscopie doit venir vérifier les données de la radiographie. L'auteur recommande de faire un recueil de cas sélectionnés sanctionnés par l'exérèse et de publier la relation de ces cas afin d'arriver plus rapidement et avec moins d'aléas au diagnostic précoce. Il passe en revue les résultats des différentes recherches et arrive à cette conclusion que les symptômes sont ceux de la tumeur déjà évoluée et n'ont que peu de valeur pour le diagnostic précoce, ou encore ils se voient dans d'autres affections : ainsi les hémorragies occultes, l'anacidité ou l'hypoacidité, la présence d'acide lactique, d'albumine dans le suc gastrique, la modification du taux du chlore total. Toutefois, l'apparition de suc gastrique « marc de café » ou de vomissements de cette teinte revêt une grande importance. La radiokymographie avec examen de l'estomac dans différentes positions et à des intervalles de temps assez longs permet de relever des anomalies suffisantes pour une bonne interprétation des lésions. Il insiste particulièrement sur le contrôle continu clinique et radiologique des malades atteints de gastrite ; en effet, la gastrite, l'anémie pernicieuse constituent le terrain propre au développement du cancer.

Le professeur Buerger (Bonn) a été chargé de la *partie chimique.* Il paraît bien que tous les résultats probants soient fournis par une tumeur cancéreuse déjà très évoluée et ne peuvent constituer un appoint sérieux pour le diagnostic précoce : c'est ainsi que le métabolisme basal est élevé dans plus de la moitié des cas, ce qui ne se présente pas en cas d'ulcus calleux, mais un métabolisme normal n'exclut pas le cancer. L'augmentation des ferments protéiniques dans la tumeur offre une certaine base ; elle est mise en valeur par l'épreuve de glycyltryptophane dans le suc gastrique ; mais cette épreuve suppose une désintégration du cancer. De même, l'épreuve de Salomon est limitée dans sa valeur du fait qu'elle se présente dans des processus catarrhaux intenses. L'augmentation du pouvoir antitryptique du sérum sanguin s'est constamment manifestée ; la réaction de Fuchs, basée sur la faculté du sérum des cancéreux de décomposer la fibrine du sang normal, se montre positive dans 92 p. 100 des cas. La vitesse de sédimentation du sang est accélérée quand la tumeur est présente. Le métabolisme des lipides et lipoïdes subit un changement : la bile des cancéreux est plus riche en stérine ; un acide gras non saturé, présent dans la cellule cancéreuse, n'offre qu'un intérêt biologique, mais ne saurait servir au diagnostic.

Le professeur Prévot (Hambourg) expose le *diagnostic radiologique.* C'est l'étude du relief de la muqueuse combinée à la palpation qui fournit des signes de diagnostic importants. Tous les types se révèlent plus ou moins clairement par des modifications dans l'image du relief. La motilité, la consistance, la coordination et la continuité des plans sont déviées de la normale. Le défaut de remplissage et la discontinuité marquée du dessin normal des plis à la limite de la tumeur sont caractéristiques de celle-ci ; la rigidité de la paroi, la suppression du dessin des plis, le rapetissement de l'organe sont caractéristiques des tumeurs diffuses infiltrantes. Il est très souvent impossible de faire la démarcation entre les altérations bénignes et les altérations malignes de la muqueuse de la région prépylorique. Il en est de même pour la gastrite chronique et ses complications.

La *gastroscopie* et la *photographie gastroscopique* ont été étudiées par le professeur Henning (Fürth). La radiographie et la gastroscopie se complètent : l'endoscopie vient confirmer les rayons X ; les rayons X doivent rechercher le point suspect déterminé par l'endoscopie. Il y a trois segments à considérer : le cardia, le corps et l'antre. L'examen du fornix doit être fait avec l'œsophagoscope, le gastroscope étant contre-indiqué. Le cancer du corps, en raison de la longue latence, se présente dans des conditions d'examen défavorables, alors que l'antre et le pylore montrent mieux leurs lésions : le rétrécissement dentelé de la lumière est le fait le plus marquant. Parmi les affections précancéreuses se rangent la gastrite atrophique, la gastrite hyperplastique atrophique et l'anémie pernicieuse. La gastrophotographie aveugle doit être bannie ; seule a une réelle valeur la photographie d'après la gastroscopie, et les premières prises en couleurs permettent de grands espoirs. L'évolution des lésions d'après les données photographiques en série est une amélioration notable dans les recherches en vue du diagnostic précoce.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1937, n° 92, du 17 nov., p. 1456

Le *diagnostic histologique* fut présenté par le professeur Stemmler (Breslau). L'ulcus chronique joue un rôle plus important qu'on ne le croit dans le stade précurseur du cancer ; un deuxième stade précurseur du cancer est constitué par le polype muqueux ; on peut trouver dans un même estomac des formations hyperplasiques et adénomateuses. La muqueuse de l'estomac cancéreux présente des processus de modification très prononcés : ils consistent en une atrophie diffuse avec hyperplasies délimitées à papilles petites ; il est probable qu'ils constituent le terrain sur lequel se développe le cancer.

Le professeur Konjestny (Hambourg) donna les *conclusions générales des rapports allemands*. On a pu constater, dit-il, que le cancer ne se développe jamais sur la muqueuse gastrique saine, mais sur des bases ayant évolué pathologiquement (ulcus ou gastrite). Il existe certaines possibilités pratiques pour arriver à poser un diagnostic précoce, mais il y a des limites à ces possibilités. Du point de vue clinique, c'est la radiologie moderne de la représentation en relief de la muqueuse gastrique et la gastroscopie qui paraissent les plus sûrs procédés. Les états précancéreux déterminés par d'autres méthodes sont de toute importance ; cette connaissance nous amène à poser la question de prophylaxie du cancer par la revision de nos conditions de vie et d'alimentation, et par un traitement approprié à la gastrite. L'éducation du public est à envisager dans ce sens.

Deuxième question. — **Les occlusions aiguës et chroniques de l'intestin grêle.**

Le rapport sur la *clinique médicale* confié au professeur Mogena (Madrid) n'a pu être déposé en temps voulu.

Le Dr Jean Bottin (Liége) a étudié la *physiopathologie* de l'occlusion. L'intoxication, la déshydratation et la déminéralisation sont des facteurs plus importants que l'infection, les phénomènes de nature réflexes et les lésions viscérales. Par la méthode des transfusions sanguines et des circulations croisées, l'auteur montre que l'occlusion de l'intestin aboutit à une intoxication où la glande pancréatique semble jouer le rôle primordial ; d'autres phénomènes toxiques prennent naissance dans l'anse obstruée ou dans le foie ; cette action toxique du pancréas ne provient pas de sa sécrétion amenée dans l'anse obstruée, ni de la perte de cette sécrétion par les vomissements. Ces vomissements, la salive, la respiration, les urines donnent lieu à un syndrome de déshydratation et de déminéralisation sanguines et tissulaires, et ces deux facteurs permettent à l'intoxication de produire tous ses effets ; réhydraté et reminéralisé, l'organisme peut expulser les toxines par les urines et les vomissements.

Le Dr Krinski (Varsovie) était chargé du *rapport radiologique*. Le diagnostic radiologique des lésions de l'intestin grêle est à ses débuts, les difficultés techniques étant jusqu'à maintenant presque insurmontables. Le repas d'épreuve, selon la technique de Pansdorf, la position de Trendelenburg, les essais de compression ne donnent aucune certitude. L'étude du relief muqueux est à ses débuts. La seule image pathologique du grêle connue depuis longtemps est l'image de sténose ; mais nous sommes en face du symptôme et non de la cause. Les sténoses congénitales englobent l'atrésie du duodénum et de la valvule iléocœcale, ainsi que les rétrécissements par brides ; les sténoses aiguës acquises comprennent les iléus spastiques et paralytiques qui peuvent être produits par des corps étrangers ingérés ; les sténoses chroniques acquises comprennent la majorité des inflammations intrinsèques du grêle avec invagination intermittente, tumeurs, et les inflammations extrinsèques, ptoses et éventrations abdominales.

L'*anatomie pathologique* a été confiée au professeur Cagnetto (Padoue). Les possibilités anatomo-cliniques d'une occlusion du grêle, dit cet auteur, sont tellement nombreuses et de natures tellement diverses qu'on ne peut guère les comprendre dans un rapport ; aussi s'attache-t-il à signaler des causes plus particulières. Ce sont les ulcères peptiques duodéno-jéjunaux, les tumeurs de la papille de Vater, de la tête du pancréas, les périgastrites et les cholécystites adhésives, tout le groupe des soi-disant hernies internes qui constituent les éventualités les plus connues déterminant l'obturation du segment proximal de l'intestin grêle. Il existe un rapport assez fréquent entre la cholélithiase et une occlusion duodénale ou jéjunale ; l'engagement d'une anse iléale dans les fossettes congénitales ou acquises du mésocôlon est une cause assez fréquente d'occlusion ; il traite longuement l'importance du diverticule de Meckel et celle des chylangiectasies macrokystiques, confondues souvent avec les kystes péritonéaux ; elles déterminent une occlusion lente du grêle par la formation d'amas lactescents ou hémorragiques de dimension d'un poing d'adulte qui amènent des malformations diverses : torsion, étranglement, infarctus hémorragiques, compression et dilatation secondaire.

Le professeur Felsen (New-York) a décrit les *altérations biochimiques* dans les occlusions du grêle. Voici les conclusions de l'auteur : plus l'occlusion approche des ouvertures des canaux pancréatiques, plus précoce est l'apparition des symptômes toxiques aigus et de la mort. Les altérations chimiques les plus importantes sont caractérisées par l'anhydrémie, la déminéralisation, l'alcalose et un accroissement du volume du nitrogène uréique et du nitrogène non protéinique du sang.

La substance toxique cause de ces altérations se trouve dans le contenu intestinal et dans la muqueuse de l'anse occluse ; la nature chimique de cette substance toxique est celle d'une protéose, amine ou l'histamine même. L'iléite chronique distale constitue la plus importante des lésions occlusives intrinsèques chroniques de l'intestin grêle ; pour l'auteur, cette iléite ne serait qu'une forme atypique de la dysentérie bacillaire.

Le professeur sir David Wilkie (Edimbourg) apporta le *résumé* et les *conclusions* de ces travaux. Trois types d'occlusion s'intriquent l'un dans l'autre : occlusion simple de la lumière intestinale par un corps étranger ou une bride ; occlusion de type fermé des deux bouts ; strangulation avec hyperhémie supplémentaire (hernie étranglée, volvulus, intussusception). Dans la première forme, on doit distinguer l'occlusion haute, dans laquelle la déshydratation et la perte des chlorures par vomissements entraînent l'issue fatale, l'occlusion basse au cours de laquelle le rôle essentiel est joué par la fermentation bactérienne et par la toxémie. L'occlusion par anse fermée est très rarement constatée ; dans ce cas, la perforation est le terme ultime du processus. La strangulation présente le triple danger de shock, d'invasion bactérienne et de toxémie. Dans la première forme, le traitement consiste à remplacer les liquides et les chlorures perdus, à lever l'occlusion avec vidange de l'intestin. La résection doit être pratiquée quand il existe le moindre doute sur la viabilité d'une anse fermée. Dans l'occlusion chronique du grêle, il est désirable d'extirper la cause quand il est possible d'agir avec certitude. Par précaution, on effectuera une iléostomie temporaire sur l'intestin réséqué. Dans les cas d'occlusion étendue et de strictures multiples, une iléocolostomie permettra de lever l'obstacle.

La Société internationale de gastro-entérologie s'est réunie en assemblée générale pour l'élection du bureau ; voici la composition pour 1937-1940 :

Président : Sir A. Hurst (Londres).

Vice-présidents : M. Gallart-Mones (Barcelone) ; Max Einhorn (New-York).

Secrétaire général : Brohée (Bruxelles).
Trésorier : Evely (Bruxelles).

Les deux questions mises à l'ordre du jour de la prochaine réunion de la Société, qui aura lieu à Londres, en 1940, sont :

1° Rapport des maladies des voies digestives et du sang.
2° Les iléites.

Dr ALBAN GIRAULT,
Secrétaire du Comité national.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1937)

Descartes et la médecine. — M. Antoine BÉCLÈRE. L'Académie de médecine ne pouvait laisser passer le troisième centenaire de Descartes, sans rendre hommage à l'auteur du Discours de la Méthode. C'est à M. Béclère qu'est revenu l'honneur de parler au nom de l'Académie. Il l'a fait dans une très belle étude, de haute tenue, devant un auditoire particulièrement nombreux et attentif. « La gloire de Descartes, dit l'orateur, est dans l'ordre de l'esprit une des plus hautes et des plus pures dont notre pays ait le droit de s'enorgueillir. Les jugements portés sur le mérite fondamental et la portée de son œuvre diffèrent toutefois suivant qu'ils émanent d'hommes de lettres, métaphysiciens, théologiens, moralistes, professeurs de philosophie ou de véritables hommes de science. Les jugements de ces derniers sont, il me semble, pour nous médecins, ceux qui comptent le plus, car Descartes fut, par excellence, un penseur scientifique... »

En 1628, Descartes travaille à un « *Traité du Monde* », puis, craignant la condamnation de sa doctrine, comme hérétique, il se ravise, ampute son travail et publie en 1637, à Leyde, sans nom d'auteur, le « *Discours de la Méthode pour bien conduire sa raison et chercher la vérité dans les sciences. Plus la Dioptrique, les Météores et la Géométrie, qui sont des essais de cette Méthode* ».

Analysant alors l'œuvre de Descartes, M. Béclère montre qu'il fut un anatomiste et un physiologiste, un observateur et un expérimentateur. A l'occasion même, il fut médecin consultant, plus tard enfin psychanalyste.

Son « *Traité des passions de l'âme* » est, en effet, le couronnement de son œuvre biologique. M. Béclère insiste sur l'originalité de ce traité, dans lequel Descartes montre que « le malaise ou la souffrance, la satisfaction ou le plaisir, la joie ou la tristesse, l'attirance vers l'une, l'aversion pour l'autre, sont à l'origine de nos passions, depuis les plus vulgaires et les plus basses jusqu'aux plus élevées et aux plus nobles... »

En terminant, M. Béclère imagine quelle serait l'admiration de Descartes s'il revenait à la vie, en constatant « les merveilleux progrès que la Biologie, la Médecine, la Chirurgie, doivent à un Jenner, à un Lavoisier, à un Laënnec, à un Claude Bernard, à un Berthelot, à un Pasteur, à un Rœntgen, à un Pierre et à une Marie Curie, ainsi qu'à leurs innombrables émules... »

Trois cas non méditerranéens de kala-azar infantile, autochtones : Vosges, Ardèche, Isère. — MM. PÉHU et P. BERTOYE (de Lyon) communiquent trois cas avérés de kala-azar (leishmaniose viscérale) observés en 1931, 1936 et 1937, chez des enfants jeunes, appartenant l'un à la région des Vosges, un autre à l'Ardèche, le troisième à la région dauphinoise (département de l'Isère). Aucun d'eux n'avait quitté la région pour se rendre dans le Midi de la France. *Ce sont des cas autochtones.* La source de la contagion n'a pu être exactement fixée. Cependant, les trois enfants avaient été vraisemblablement en contact avec des chiens malades.

Election de deux correspondants nationaux dans la 2e division (Chirurgie et spécialités chirurgicales). — Classement des candidats. — En première ligne : M. Voron, de Lyon ; M. Nové-Josserand, de Lyon.

En seconde ligne, ex aequo, et par ordre alphabétique : MM. Fiolle, de Marseille ; Guyot, de Bordeaux ; Jacques, de Nancy ; Villard, de Lyon.

Adjoint par l'Académie : M. Guillaume Louis, de Tours.

MM. Voron et Nové-Josserand sont élus.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1937)

De l'hypertéléradiographie en milieu militaire. Son application à la radiographie en groupe, à la recherche des projectiles et à leur localisation par le compas de Hirtz. — M. JALET fait ressortir les avantages de l'hypertéléradiographie et montre comment on peut la réaliser à 3 mètres avec les moyens dont disposent les centres de radiologie de l'armée à l'heure actuelle. Il indique la façon de procéder à la radiographie en groupe de 7 sujets s'étant révélés comme suspects lors des séances de radioscopie systématique ; ceux-ci sont disposés sur un arc de cercle de 3 mètres de rayon et l'ampoule est située au centre du cercle. Il montre comment, obtenant à 3 mètres des projections sensiblement orthogonales, on peut réaliser instantanément la prise de films permettant de monter en compas de Hirtz et de guider le chirurgien si l'extraction d'un ou de plusieurs projectiles s'avère nécessaire.

Les indications opératoires et l'heure de l'intervention dans les otomastoïdites aiguës. (Suite de la discussion.) — M. TOUBERT estime qu'il faut opérer sans hâte injustifiée, mais tôt et avec l'idée de lutter efficacement de vitesse contre l'infection du moment et de prévenir l'infection à venir ; il faut opérer à la demande des lésions, mais en les dépassant, envisager à la fois l'état local et l'état général et également les résultats du moment et ceux de l'avenir.

Les réactions vaccinales au cours des vaccinations associées. — M. F. MEERSSEMAN fait d'abord l'étude clinique de ces réactions, qu'il classe de la manière suivante : 1° les incidents bénins, d'ordre soit local soit général ; 2° les accidents banaux, qui peuvent consister, soit en une exagération des réactions locales ou générales bénignes, soit en syndromes nouveaux, parmi lesquels il faut citer surtout les réactions rénales et les réactions hépatiques ; 3° les accidents exceptionnels, qui peuvent être des plus variés. L'auteur insiste sur l'extrême rareté des accidents quelque peu sérieux. Il montre que les incidents sont plus fréquents après la première injection qu'après les suivantes et qu'ils paraissent être devenus un peu plus nombreux et plus durables depuis la mise en application de la vaccination associée triple. Discutant de la pathogénie des réactions vaccinales, l'auteur passe en revue les différents mécanismes que l'on peut incriminer : fragilités viscérales congénitales ou acquises, sensibilisation, intolérance, biotropisme. De ces notions cliniques et pathogéniques, il déduit la conduite à tenir pour éviter, sinon les incidents bénins, sans grande importance, du moins les accidents plus sérieux.

Deux accidents de la vaccination triple : eczéma, herpès profus. — MM. L. FERRABOUC et P. MOZZICONACCI rapportent deux observations : l'une d'un sujet chez qui l'injection de vaccin antitypho-paratyphique, antidiphtérique, antitétanique déclencha à deux reprises une poussée d'eczéma ; l'autre, d'un herpès profus, intéressant la face et les membres, survenu après la même vaccination.

Hémorragie secondaire de la sous-clavière gauche au cours d'un adéno-phlegmon. — MM. MEYER, HEURAUX et MARION.

Polynévrite diphtérique tardive du type ascendant et à forme de pseudo-tabès. — MM. PERRIGNON DE TROYES, DU BOURGUET et ROBINNE.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 15 novembre. — Jury : MM. Abrami, président ; Robert Debré, Fiessinger, Cathala. — M. NICOLLET. La transfusion sanguine dans le traitement des maladies du premier âge. — Mlle FLORIMOND. Contribution à l'étude des troubles glyco-régulateurs chez la femme enceinte. — M. PAHMER. Contribution à l'étude de l'équilibre vasculo-sanguin et de la sensibilité cutanée à la tuberculine au cours de la fièvre artificielle par ondes courtes.

Mardi 16 novembre. — Jury : MM. Bezançon, président ; Carnot, Maurice Villaret, J. Besançon. — M. BROUTIN. Traitement de l'érythrémie (sans érythroblastose) par les injections de thorium. — M. VIENNET. La fièvre ondulante d'origine bovine dans le département du Doubs.

Mercredi 17 novembre. — Jury : MM. Clerc, président ; Mathieu, Tanon, Duvoir. — Mlle JUSTER. Contribution à l'étude des érythroblastoses de l'adulte. — Mlle MARSIN. Contribution à l'étude de la puberté féminine dans les pays chauds. — M. JACQUIN. Quelques observations de tuberculose ganglionnaire mésentérique à manifestations abdominales aiguës. — M. FLORES. Contribution à l'étude de l'hypertension artérielle essentielle.

Jeudi 18 novembre. — Jury : MM. Balthazard, président ; Pierre Duval, Terrien, Duvoir. — M. GRINFELDER. Le trichloréthylène. Intoxications professionnelles. Emploi en thérapeutique. — M. PIÉTU. Lésions produites par le nitrate d'argent sur les yeux des nourrissons.

Mardi 23 novembre. — Jury : MM. Balthazard, président ; Tanon, Joannon, Piédelièvre. — M. DRUILHE. Evolution des empreintes chez les mammifères. — M. VOGAS. Contribution à l'étude de l'hygiène au Vénézuéla.

Mercredi 24 novembre. — Jury : MM. Léon Binet, président ; Couvelaire, Grégoire, de Gennes. — M. CARLE. Variations des réactions psychomotrices en fonction de l'altitude, de la pression barométrique et de la tension partielle de l'oxygène dans l'air inspiré. — M. GUILLOU. A propos de trois cas inédits de cloisonnement transversal du vagin. — M. GIRARD. Les pyloro-antrites chroniques.

Jeudi 25 novembre. — Jury : MM. Cunéo, président ; Gougerot, Nobécourt, Gastinel. — M. ROBIN. A propos de deux cas de grossesse ovarienne jeune rompue. — M. DESCHAMPS. Des cancers cutanés survenant rapidement après un traumatisme.

Jeudi 25 novembre. (Thèse vétérinaire.) — Jury : MM. Gougerot, président ; Henry, Robin. — M. PIGOUET. Phtiriases des animaux domestiques.

REVUE DES THÈSES

L'Estomac des diabétiques, par Jean FERROIR, *Thèse de Paris*, 1937. — J.-B. Baillière et fils, éd., Paris.

On ne saurait s'étonner que le professeur Rathery, qui touche de si près à Bouchardat, ait inspiré une thèse sur un sujet auquel ce maître attachait une si grande importance, car c'est lui qui mit en vedette le rôle joué par l'estomac dans le diabète.

M. Ferroir reprend cette question dans son ensemble. Aux travaux de Bouchardat, il ajoute tout ce que les recherches et l'expérimentation modernes ont apporté de nouveau. En y joignant ses recherches personnelles, il apporte un travail très complet, sur lequel nous aurons à revenir très prochainement. Dès maintenant, il fallait signaler cette très importante contribution que devront consulter tous ceux qui s'intéressent à la question du diabète.

F. L. S.

PRATIQUE MÉDICALE

CARÉNA-OUABAÏNE

Un muscle qui travaille consomme dix fois plus de sang qu'un muscle au repos (loi de Chauveau). Un myocarde mal irrigué travaille mal et devient douloureux : il se produit une véritable crampe du muscle cardiaque, analogue à la claudication intermittente (Vaquez).

Renforcer la contraction myocardique par l'ouabaïne, sans augmenter en même temps l'irrigation coronarienne, peut conduire à des accidents (syncope au cours d'une injection d'ouabaïne). C'est pourquoi de nombreux auteurs ont insisté sur la nécessité de soutenir l'effort demandé au muscle cardiaque par une meilleure irrigation sanguine, et conseillent d'ajouter à chaque injection intraveineuse d'ouabaïne 10 à 20 centigr. d'aminophylline (Caréna), qui dilate les coronaires et assure la nutrition du myocarde.

Chaque ampoule de *Caréna-Ouabaïne* contient 1/4 de milligr. d'ouabaïne et 10 centigr. d'aminophylline.

Ses indications sont *celles de l'ouabaïne :*

L'insuffisance ventriculaire gauche aiguë, caractérisée par l'accès d'angor pectoris ou l'œdème aigu ;

L'insuffisance ventriculaire gauche chronique, progressive, des myocardites et des aortites chroniques ;

Les arythmies, les asystolies du cœur rénal, où le myocarde a besoin d'être soutenu pour vaincre plus efficacement les obstacles qui l'épuisent, pour provoquer la diurèse et chasser les œdèmes ;

Le collapsus des maladies infectieuses.

Sa posologie est *celle de l'ouabaïne :*

Injecter lentement, par voie intraveineuse, une à deux ampoules par jour.

L'amélioration du syndrome cardio-rénal est plus nette et plus durable. Mieux que l'ouabaïne, *Caréna-Ouabaïne* soulage la dyspnée et déclenche la diurèse.

Caréna-Ouabaïne vient compléter heureusement la gamme des formes injectables de Caréna, la première aminophylline française.

Bourbonne-les-Bains, par le docteur RONOT, préface de M. le professeur DESGREZ, introduction de M. CONSTANTIN-WEYER. — Un volume de 160 pages. Prix : 10 fr. — L'Expansion Scientifique Française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 94. — MERCREDI 24 NOVEMBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Étudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Académie de médecine. — Par décret du 6 novembre, l'Académie est autorisée à accepter le legs qui lui a été consenti par Mme Angèle-Marie Paoletti, épouse de M. Jean-Charles Tasso, de la nue-propriété de tous ses biens pour les arrérages en être employés, au décès de l'usufruitier, à la fondation d'un prix annuel destiné à encourager et récompenser le savant ou médecin français, auteur du meilleur ouvrage pour la guérison du cancer. Ce prix portera le nom de « Prix Angèle Paoletti ».

Académie de chirurgie. — La séance annuelle aura lieu dans la 3e séance de janvier 1938. M. Louis Bazy, secrétaire général, prononcera l'éloge de Quénu.

Prix Nobel. — L'Académie des sciences de Stockholm a décidé de partager, cette année, le prix Nobel de physique entre M. Davisson et M. G.-P. Thomson. Ces deux physiciens ont, chacun de son côté, prouvé que le phénomène de la diffraction des électrons existe réellement et qu'il suit exactement les lois de la mécanique ondulatoire formulées par M. Louis de Broglie.

Le prix Nobel de chimie pour 1937 a été également partagé entre deux savants par l'Académie des sciences de Stockholm, M. Walter Norman Haworth, de Birmingham, et M. Paul Karrer, de l'Université de Zurich. Leurs travaux les plus marquants se rapportent aux vitamines.

Ministère de la Santé publique. — Le *Journal officiel* du 17 novembre publie un décret portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 12 juillet 1916 concernant le commerce des substances vénéneuses.

— Le même numéro contient un arrêté concernant la fabrication et la vente des sérums thérapeutiques.

Sanatorium des étudiants. — Le Conseil d'administration du sanatorium des étudiants s'est réuni à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), sous la présidence de M. Sarrailh, recteur de l'Université de Grenoble, et s'est occupé de la mise au point du projet des grands travaux actuellement en cours et qui comprennent notamment la création de 80 lits nouveaux et l'agrandissement de la bibliothèque et de salles de cours et de conférences.

En outre, le Conseil d'administration a été informé qu'un don anonyme de 100.000 francs venait d'être fait au sanatorium des étudiants, par l'intermédiaire de la Société alsacienne générale de banque, à Strasbourg.

XVIIIe Salon des médecins, dentistes, pharmaciens et vétérinaires. — Le XVIIIe Salon des Médecins et du Corps médical aura lieu du 30 janvier au 13 février 1938, en la « Nouvelle Galerie de Paris », 212, faubourg Saint-Honoré, Paris. Les exposants ont pu apprécier l'année dernière tout le succès recueilli par cette manifestation et juger de l'intérêt que lui ont porté presse et visiteurs après un vernissage présidé par le ministre de la Santé publique et les Maîtres de l'Académie.

Nous rappelons que les Sections Peinture, Sculpture, Arts décoratif et appliqué seront présentées dans l'une des toutes premières galeries d'art de Paris. Il faut que cette année la Section de Photographie soit particulièrement brillante, car une salle spéciale lui sera réservée. Comme l'année dernière, une section de l'Art dans les Revues médicales réunira au Salon toute la littérature corporative dont l'esprit est empreint d'une note artistique.

Enfin la durée de l'Exposition sera doublée et portée à 15 jours.

Aussi faut-il que tous les confrères qui ont participé irrégulièrement aux expositions antérieures, répondent cette année par leur adhésion.

La clôture des inscriptions est fixée au 30 décembre 1937.

Pour tous renseignements, écrire au Secrétaire général : docteur Pierre-Bernard Malet, 46, rue Lecourbe, Paris (15e).

Fédération Nationale des Médecins du Front. — « La Fédération nationale des médecins du front rappelle que sa fête de bienfaisance aura lieu, le samedi 27 novembre, au Pavillon Dauphine, Porte Dauphine.

Dîner par petites tables, à 20 h. 15 (couvert : 60 fr.). — Soirée dansante à 22 h. (entrée : 15 fr.).

Le bénéfice sera versé à la caisse de secours, car les infortunes sont nombreuses à soulager. »

(Secrétariat : 122, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

Remise d'une plaquette au docteur Rousseau-Decelle. — Au moment où le docteur Rousseau-Decelle, stomatologiste de l'hôpital Lariboisière, va prendre sa retraite des hôpitaux, ses amis, ses collègues et ses élèves se réunissent pour lui offrir une plaquette, en témoignage de leur affection, de leur admiration et de leur reconnaissance.

Un exemplaire en bronze de cette plaquette, œuvre de M. La Fleur, médaille d'honneur du Salon des Artistes Français, sera remis à tous ceux qui s'associeront à cet hommage au cours d'une cérémonie dont la date sera communiquée ultérieurement (deuxième quinzaine de décembre).

Les souscriptions (minimum 100 francs) doivent être envoyées au trésorier, M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e). Compte de chèques postaux Paris 599.

COURS ET CONFÉRENCES

Faculté de médecine. — Le cours de chimie physiologique, 2e année, de M. le docteur Sannié, agrégé, aura lieu les *lundis, mercredis et vendredis* à 18 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

Il commence aujourd'hui mercredi 24 novembre.

Hôpitaux de Paris. — CONFÉRENCES DU DIMANCHE. — L'Association d'enseignement médical des Hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1937-1938, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, rue de l'École-de-Médecine.

Ces conférences sont publiques et gratuites.

— CLINIQUE MÉDICALE THÉRAPEUTIQUE (professeur : M. F. RATHERY).

Lundi 29 novembre. — 9 h. : M. BARGETON : Cours de séméiologie cardiaque. — 9 h. 30 : Visite dans les salles. — 10 h. 30 : M. DEROT : Présentation de malade.

Mardi 30 novembre. — 9 h., M. SALLET : Cours de séméiologie rénale. — 9 h. 30 : Visite dans les salles. — 10 h. 30 : M. BACHMANN : Présentation de malade. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. RATHERY. Diabète, maladies de la nutrition.

Mercredi 1er décembre. — 9 h. : M. GRENET : Cours de séméiologie nerveuse. — 9 h. 30 : Visite dans les salles. — 10 h. 30 : M. J. FERROIR : Présentation de malade. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. RATHERY. Maladies du rein.

Jeudi 2 décembre. — 9 h. : M. DE TRAVERSE : Cours de chimie biologique élémentaire. — 9 h. 30 : Visite dans les salles. — 10 h. 30 : M. F. RATHERY : Formes cliniques du diabète.

Vendredi 3 décembre. — 9 h. : M. BACHMANN : Cours de séméiologie pulmonaire. — 9 h. 30 : Visite dans les salles. — 10 h. 30 : M. Julien MARIE : Présentation de malade. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. RATHERY. Diabète, nutrition, rhumatisme.

Samedi 4 décembre. — 9 h. : M. J. FERROIR : Cours de séméiologie digestive. — 9 h. 30 : Visite dans les salles.

Ski-Club médical. — Le Ski-Club médical recommencera à partir du 17 novembre ses cours d'éducation physique préparatoires au ski, qui ont connu un si vif succès l'an dernier.

S'inscrire chez le docteur Berthier, 1 *ter*, boulevard de La Saussaye, à Neuilly, ou à l'Institut d'éducation physique, 1, rue Lacretelle, Paris (15e).

CHRONIQUE

JOURNÉES MÉDICALES FRANCO-TCHÉCOSLOVAQUES

Il y a quelques mois, la Société médicale franco-tchécoslovaque de Prague s'affiliait à l'A. D. R. M. ; peu de temps après se créait en France, également filiale de l'A.D.R.M., une association similaire, dont le président est le professeur Noël Fiessinger et le secrétaire général, le docteur Ravina.

Cette association décida immédiatement d'organiser à Paris des Journées franco-tchécoslovaques. 68 médecins, la plupart professeurs ou agrégés, se rendirent à l'appel de leurs collègues parisiens. Reçus à leur arrivée par l'A.D.R.M. et par le professeur Cunéo, faisant fonction de doyen, ils assistèrent à deux conférences couplées. Le premier jour, le doyen de Prague, le professeur Bolchradek traita de « *La vie et la température* », et le professeur Binet, de « *La mort dans l'hyperthermie* ». Le deuxième jour, le professeur Divis exposa le *traitement chirurgical des tumeurs bénignes du médiastin*, le professeur Lenormant lui répondit.

Après différentes réceptions officielles ou privées, des visites à l'Exposition, dans les hôpitaux, au château de Grosbois et enfin une représentation de gala, un grand banquet de clôture, présidé par le professeur Hartmann, a réuni les médecins tchécoslovaques à leurs collègues français. S. E. M. Osuski, ministre de Tchécoslovaquie, prononça à cette occasion une vibrante allocution. A la fin du banquet, M. Hartmann remit aux professeurs Bolchradek (de Prague) ; Mentl (de Prague), et Netousek (de Bratislava), la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

La prochaine réunion aura lieu à Prague, en septembre 1938, et comportera de même deux jours de conférences couplées.

SOLUTÉ INJECTABLE D'EXTRAIT DE FOIE

Campolon

- Haute activité hémopoïétique.
- Action certaine dans les cas graves.

ANÉMIE pernicieuse, **ANÉMIES** secondaires ou d'étiologie obscure, convalescence, hémorragies, insuffisance hépatique.

BOITES de 5 et 25 ampoules de 2 cc.
BOITES de 3 et 15 ampoules de 5 cc.



ERICO, 26, rue Vauquelin - **PARIS** (Ve)

HYPOCHONDRIE DÉLIRANTE SCHIZOPHRÉNIQUE ET AUTRES DÉLIRES HYPOCHONDRIAQUES

Par M. André P.-L. BELEY
Chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin chef des hôpitaux psychiatriques

L'hypochondrie délirante n'est pas une rareté au cours des états schizophréniques, elle en constitue même souvent le syndrome central. Mais il est des cas où la dissociation intellectuelle sous-jacente au délire est difficile à mettre en évidence. C'est pourquoi nous avons essayé de reconsidérer, en les analysant, les divers états d'hypochondrie délirante.

Voici, tout d'abord, parmi les cas nombreux que nous avons rencontrés récemment, l'observation d'un délire hypochondriaque schizophrénique.

M. T., entré le 20 mars 1937, pour *dépression* et *délire d'interprétation hypochondriaque.*

D'après le frère, qui est mal renseigné, il s'agit des *premiers troubles ;* il le connaissait comme un garçon de caractère gai et agréable, très sérieux, non buveur, assez jaloux.

Le trouve cependant changé depuis le départ de sa femme du domicile conjugal, il y a quelques mois. Il y avait des discussions fréquentes entre eux, où ils avaient des torts réciproques.

Dans la nuit du 18 au 19 courant, rentrant de chez son frère, il aurait vu une bête descendre de la cheminée pour le piquer. Il aurait passé la nuit dans un état d'anxiété assez vive.

Il s'est présenté à un médecin qui l'a envoyé à l'hôpital Henri-Rousselle, où il est venu seul.

Il s'agit d'un homme aimable et souriant, relativement bienveillant, tout au moins au début de l'examen, car, dans la suite, il fera preuve d'une certaine irritabilité, pensant toujours « en avoir assez dit », répondant souvent à côté, se montrant influencé et délirant. Il comprend les questions sans rapidité, et il faut quelquefois insister pour obtenir l'adhésion de l'attention, facilement détournée par des objets extérieurs ou par des préoccupations intimes.

Une conversation est cependant possible ; le contact est loin d'être parfait ; il est suffisant.

T. est cantonnier de la Ville de Paris depuis 12 ans, nous dit-il ; il travaille dans les bureaux — et son « boulot » a toujours bien marché.

Auparavant, il était fondeur aux Arts-et-Métiers.

Il est marié depuis 1923 ; il a un enfant ; si son ménage a bien marché au début, il se plaint amèrement de sa femme, à l'heure actuelle ; d'abord, « elle est issue d'une famille très malade » (recherche des causes) ; elle est jalouse ; elle le provoquait, allait jusqu'à le frapper. Lui, qui n'aime pas la provocation, se défendait, et c'étaient des discussions, de vraies batailles. Maintenant, elle l'a quitté ; elle est partie, un jour, après une violente discussion au sujet de leur fille.

Depuis, il n'a cessé d'avoir des difficultés ; elles viennent de sa belle-famille, au sein de laquelle il y a un véritable *complot contre lui :* « c'est de la jalousie... on veut le faire passer pour un sale type ».

Cependant, a continué son activité jusqu'à vendredi dernier (15 courant), où s'est produit l'incident qui a amené l'hospitalisation ; il venait de rentrer de chez son frère, le soir, il n'était pas encore couché, lorsqu'il a vu soudain descendre par la cheminée trois serpents : deux boas très longs (7 à 8 mètres), et une toute petite vipère.

Il décrit encore très bien ces animaux : il a été encerclé — et la vipère l'a piqué à la main droite (montre une toute petite cicatrice au niveau de l'éminence thénar).

S'est alors barricadé dans sa chambre... « Si je m'étais couché, et si j'avais dormi, j'étais cuit. » (*Rires.*)

« Je pouvais mourir, et on aurait dit, le lendemain, que je m'étais suicidé. » (*Rires.*) En tout cas, il est resté à l'état de veille jusqu'à 5 heures du matin. Le lendemain, se sentait complètement intoxiqué ; il a bu du lait ; il avait mal à la tête, des douleurs lombaires, il a vomi des « boules blanches », *cela ne lui était jamais arrivé.*

Ses jambes étaient complètement engourdies ; il y ressentait des picotements ; c'est à peine s'il pouvait marcher. Il a été alors se faire porter malade, et on l'a dirigé sur l'hôpital.

Depuis son entrée, continue à ressentir des malaises variés, surtout au niveau des membres inférieurs qui restent engourdis et quelquefois douloureux. C'est surtout à la jambe gauche.

Il donne de ces faits une explication nettement *délirante :* ces serpents qui étaient destinés à le tuer, et qui l'ont intoxiqué, lui ont été envoyés *par vengeance ;* on les a lâchés... peut-être au Jardin des Plantes. D'ailleurs, depuis longtemps il avait des cauchemars ; il les attribue à une action extérieure : « Lorsque les gens cherchent à vous faire peur, vous êtes forcé de vous réveiller. »

Il semble relier ces attentats à sa tranquillité et à sa vie au complot dont il parlait tout à l'heure.

Tel est l'exposé du délire de persécution et d'hypochondrie persistant, à l'heure actuelle, sous une forme *assez active.* L'activité porte sur le contenu, mais non sur l'expression, qui est peu *sthénique,* maladroite et assez *embarrassée.*

Il n'y a en tout cas aucun désir de réponse, de vengeance ; les faits persécutifs sont enregistrés, mais ne suscitent aucune réaction : « Je ne veux pas provoquer le monde. »

Mais ce qui frappe surtout, à la fois dans la présentation générale, dans l'expression et dans la mimique, c'est une *discordance* extrêmement marquée, qui traduit, sans aucun doute, un état de *dissociation intellectuelle.*

C'est continuellement qu'il *sourit sans raison apparente ;* le sourire reste souvent figé sur les lèvres.

Il a souri, en particulier, en évoquant les discussions avec sa femme, et en demandant qu'on lui fasse passer la visite, et aussi en parlant du complot dirigé contre lui.

Indifférent, préoccupé, son *autisme* est évident, et se manifeste particulièrement au cours de l'expression des idées délirantes hypochondriaques.

T... présente des bizarreries nombreuses ; ses gestes et ses paroles sont souvent *stéréotypés.* « Je n'aime pas beaucoup qu'on m'embête » à plusieurs reprises, il fait mine de se lever : « Voilà, c'est tout ce que j'ai à vous dire », puis se rassied en souriant.

Enfin, il présente, *en réalité un syndrome de persécution et d'influence,* beaucoup plus étendu que ce qu'il nous a dit ; l'expression en est extrêmement *vague* et *imprécise* dans le fond et dans la forme ; le langage est à la fois mystérieux et maladroit : « Payer des dettes pour les autres, j'en ai assez ; allez trouver un tel ». « ...il paiera ça »... La tendance délirante, surtout hypochondriaque à l'heure actuelle, est sous-jacente à toute l'activité et à toute la pensée.

Elle se retrouve dans l'ironie, dans les *réponses à côté,* dans la recherche inutile des causes, dans les problèmes qu'il se pose ; elle se retrouve dans *l'autisme* presque continu — dans le *transitivisme aussi.* Cependant, les phénomènes zoopathiques externes n'ont abouti qu'à un délire d'hypochondrie et ne se sont pas extériorisés, ce qui supposerait un état de dissociation plus accusé.

En effet, certaines facultés intellectuelles restent absolument intactes : la mémoire, en particulier, dans toutes ses formes.

Par contre, l'attention est difficile, sinon à retenir, du moins à concentrer ; c'est l'*attention autistique*, faisant dévier, le fil de la pensée sur les préoccupations (délirantes ou non), et donnant même au langage un aspect souvent *dyslogique* et *peu cohérent*.

L'orientation dans le temps et dans l'espace est *parfaite*.

Des calculs compliqués sont accomplis correctement. Les événements actuels sont connus ; les acquisitions, assez élémentaires (n'a été à l'école qu'à 10 ans), sont respectées.

L'examen neurologique reste entièrement négatif. Le sang et le liquide céphalo-rachidien sont normaux au point de vue clinique et biologique.

Les antécédents héréditaires ne nous sont pas connus : nous savons que les parents sont morts assez jeunes.

Au point de vue personnel, deux faits doivent retenir l'attention : il a eu une *scarlatine grave* dans l'enfance ; il a contracté la *diphtérie*, alors qu'il était au régiment, en Tunisie.

Il semble que T. a fait quelques excès de boisson depuis que sa femme l'a quitté.

Il s'agit donc d'un syndrome de persécution et d'influence, sur un fond de dissociation intellectuelle, avec autisme et idées d'hypochondrie actuelles, ayant succédé à un épisode isolé de nature oniro-toxique.

Ce cas nous a amené à examiner les caractères des délires hypochondriaques schizophréniques et à préciser ce qui les sépare des diverses idées délirantes d'hypochondrie rencontrées dans certaines autres psychopathies.

Ce sont ces dernières que nous passerons d'abord rapidement en revue.

I. Tous les états anciennement *dits de dégénérescence* sont fertiles en préoccupations délirantes hypochondriaques, qu'il s'agisse du dégénéré simple, non évolué (débilité mentale) ou du dégénéré complexe tel que le psychasthénique.

De nombreux observateurs ont remarqué la fréquence de telles préoccupations ; M. Legrain, alors médecin de la Colonie de Vaucluse, avait noté que « le moindre bobo inquiétait » les enfants qui lui étaient confiés.

La manifestation la plus fréquente est certainement la *bouffée délirante hypochondriaque* du débile.

Il s'agit toujours, ici, d'un *délire pauvre*, où l'imagination, la construction intellectuelle ne jouent aucun rôle ; autour d'une idée centrale, extrêmement élémentaire, et qui a des prétentions explicatives, le malade *confectionne en surface* une histoire délirante assez sobre, peu ramifiée, invariable d'un jour à l'autre.

Le débile *a choisi* une cause à ses maux ; il l'a choisie en *masse*, sans songer à la critiquer, à la discuter, avec les moyens dont il dispose : sans esprit de finesse.

L'expression délirante n'est pas plus riche : elle aussi, est *invariable*, sans aucun élément décoratif, — et elle conduit des mêmes points de départ aux mêmes conséquences.

Il semble que l'esprit fasse incessamment un trajet identique des souffrances subies à la cause délirante de ces souffrances ; en cette origine, l'esprit a une absolue confiance ; il se dirige droit vers elle, sans s'apercevoir qu'il pourrait exister d'autres voies délirantes, d'autres chemins explicatifs.

C'est un délire *pauvre* mais *cohérent*, un délire stable, dont l'élément « extraordinaire » est tellement banni que l'explication pourrait être, parfois, — et en d'autres circonstances — valable.

Il n'est, le plus souvent, pas fait appel aux ressources explicatives extérieures ; c'est *en lui-même, en son organisme* dont les fonctions sont troublées, que le débile trouve la source de son inquiétude délirante ; le fait est admis tel quel, et il est rare que nous voyions ce malade faire allusion à une manœuvre exogène. Si cette hypothèse se produit, il s'agit d'une manœuvre qui a existé réellement, dont la matérialité est évidente, et que notre débile a interprétée dans le sens « *anti-intégrité* », d'une façon souvent rétrospective.

Cette *fixité explicative* est un fait frappant au cours de l'interrogatoire du débile délirant : un bon exemple, et qui correspond à un cas fréquent, est celui du sujet qui exprime incessamment son hypochondrie mentale (perte de mémoire, diminution des fonctions psychiques, vide dans la tête, etc.) et l'attribue à la masturbation exagérée « qui l'a vidé ». Cette explication est pour lui *évidente, patente ;* c'est cela, et rien d'autre ; pour l'exprimer, les mots, les phrases, tout le discours restent, d'un jour à l'autre, *identiques*.

Il est rare que le délire hypochondriaque du débile, qui peut cependant mettre en cause les facultés les plus élevées, soit teinté d'anxiété; l'expression de souffrance véritable est exceptionnelle et, lorsqu'elle se manifeste, perd toute sa valeur, du fait de son caractère de mécanisation.

Enfin, l'inquiétude hypochondriaque du débile est sans horizon ; notre malade se trouve devant luimême, qui est gravement atteint à l'heure où il nous parle ; sa crainte délirante ne se teinte ni de retour sur le passé, ni d'anxiété pour l'avenir ; elle reste invariablement fixée *au présent*.

Le *psychasthénique* peut présenter, lui aussi, par accès passagers, des idées d'hypochondrie, à caractère nettement délirant.

Il s'agit ici d'une sorte d'exacerbation rapide des phénomènes de découragement habituels, axée sur une ou plusieurs préoccupations parmi toutes celles dont est riche le malade : c'est *l'exploitation délirante d'une obsession hypochondriaque*. Au cours de l'incessant défilé obsessionnel, un élément *se fixe* à une origine fausse, qui devient le centre d'un délire hypochondriaque. Ici, *l'expression délirante*, très variée, extrêmement riche et souvent recherchée, semble donner au psychasthénique un caractère tout autre ; en effet, le délire, quoique restant assez fixe, s'exprime et se manifeste d'une façon très diverse ; s'il y a peu de déviation par les ramifications du fait délirant lui-même, il y a transformation perpétuelle de l'expression.

Cependant, le psychasthénique ne s'écarte pas davantage des explications *endogènes ;* il est rare qu'il voie la cause première de son mal dans une conjuration externe ; il incrimine le mauvais fonctionnement de ses organes, que, peu de jours auparavant,


PRIMUM NON NOCERE
NEVROSTHENINE
Aucune
contrindication

il ne faisait que redouter. C'est en lui — *et en lui seul* — qu'est l'origine de la terrible maladie dont il souffre, des phénomènes douloureux qu'il éprouve.

Deux caractères communs, donc, au délire hypochondriaque des deux classes de dégénérés : *fixité explicative*, et *explication endogène*. Un troisième caractère commun est le suivant : si l'on interroge avec soin un psychasthénique, qui délire au sujet de l'intégrité de son organisme physique ou mental, si l'on pénètre sous la diversité d'expression, de langage et de manifestations extérieures, l'on se rend compte qu'il existe, comme chez le débile délirant, une sorte de *cassure inexplorée* entre la cause choisie et exprimée et son résultat ressenti et exprimé, ...cassure non perçue par le débile, peut-être perçue par le psychasthénique, et qui donne à l'explication le même caractère d'arbitraire et *d'invariabilité*.

C'est ainsi qu'un psychasthénique peut fort bien délirer, lui aussi, au sujet de son intégrité mentale (après avoir longtemps craint de la perdre) ; il peut aussi accuser la masturbation de l'avoir épuisé ; mais il parlera peu de la masturbation elle-même, pour exprimer en termes variés, les divers méfaits fonctionnels et organiques qu'il est vulgairement classique qu'elle puisse causer.

Cependant, si l'on ne se laisse pas prendre par cette diversité et cette richesse de forme, si l'on pénètre dans l'esprit du malade, on s'apercevra qu'il existe, entre les douleurs ou les malaises du psychasthénique et les *conséquences directes* de la masturbation, le même *abîme anidéïque* qu'entre les pertes de mémoire du débile et *le fait* lui-même de la masturbation. Ce fait nous semble important pour montrer la parenté de deux délires d'hypochondrie, si différents cependant dans leur aspect extérieur.

D'autres caractères sont opposés : l'anxiété peut être réelle et vive chez le psychasthénique ; l'expression de souffrance est souvent riche. Enfin, le psychasthénique, dont le délire hypochondriaque reste cependant *très en surface*, exprime souvent des *craintes pour l'avenir*.

II. Il semble inutile d'insister longuement sur les idées délirantes d'hypochondrie au cours des *états mélancoliques*, sinon pour en préciser certains caractères importants qui peuvent les faire opposer à celles que nous venons de voir — ou au contraire les en rapprocher.

En effet, ces idées ne sont souvent, ici, qu'un élément extérieur, — parmi tant d'autres — du syndrome profond de dépression mélancolique ; si les regards du mélancolique se tournent vers son propre corps, « il le voit en noir », et les idées délirantes hypochondriaques apparaissent. Et d'abord, *il est rare qu'elles soient exclusives* ; elles peuvent cependant dominer nettement et recouvrir entièrement tout le syndrome somato-psychique. Le mélancolique fouille en lui-même, scrute ses organes, construit, peut-on dire, son *délire en profondeur*.

Il souffre, et c'est au plus intime de lui-même qu'il va trouver l'origine de sa perception délirante, ...là où se trouvent les organes vitaux. Cette perception délirante, il la relie, d'autre part, à des causes qui mettent en jeu son esprit et sa moralité. C'est parce qu'il a commis telle ou telle faute, qu'il souffre du fait de la transformation de ses organes. Cette liaison à une cause morale est un fait important, souvent exprimé par le mélancolique. Et il est curieux de noter que le cercle peut se fermer, lorsque le mélancolique, ayant admis qu'il peut se passer de ses organes défaillants, se voit ainsi appelé à une vie éternelle, ce qu'il est en droit de considérer comme une récompense paradoxale.

Malgré le comportement extérieur aboulique du mélancolique, malgré l'asthénie de l'expression et la pauvreté de la mimique, il existe, donc, très souvent, chez lui, un délire hypochondriaque à caractère *infrastructural*, mais fort bien construit et soumis à des processus logiques assez sûrs.

Il s'agit justement de découvrir cette construction délirante habile sous un terrain aride et ingrat.

Le mélancolique fait rarement appel, lui encore, à une origine exogène, à l'action d'un personnage extérieur à lui-même. Il incrimine, à titre de *cause immédiate* des maux dont il souffre, ses organes lésés, disparus, et parfois envahis (zoopathies externes) ; et, pour ces transformations et ces introductions dont il ne songe qu'à critiquer la manière, il invoque très souvent une *force supérieure*, qu'il aurait dressée contre lui par ses propres turpitudes. Ce *caractère métaphysique* (souvent non exprimé d'une façon précise) de l'idée délirante hypochondriaque du mélancolique est un fait presque constant.

Le mélancolique, lui, souffre étrangement, fait abstraction de cette souffrance présente, pour voir loin à la fois dans son passé, et quelquefois dans l'avenir ; et l'opposition de cette extension délirante et de l'inertie mélancolique n'est pas le paradoxe le moins frappant au cours de cette affection.

Inutile d'ajouter, pour achever la caractérisation de ce délire hypochondriaque, la vive et réelle anxiété du mélancolique.

III. L'idée prévalente d'un *délire chronique interprétatif* peut être une idée hypochondriaque. Ici, l'hypochondrie n'est que la forme prise par les idées de persécution ; c'est un mode *d'expression*, de *description* du dommage subi.

La souffrance, perçue et exprimée, n'est qu'un *moyen* employé pour définir l'atteinte subie. Le centre du délire est le *raisonnement persécutif*, qui recherche activement, à la fois, la « sensation déviée » et l'explication délirante. C'est le *délire cohérent* de l'individu qui sait « d'où cela vient » et « où cela va aller », et qui projette, d'une façon volontaire, sa souffrance ou ses troubles sur le persécuteur connu et désigné.

L'interprétant hypochondriaque intègre entièrement sa cénesthésie troublée à sa personnalité, et il tâche de disséquer l'une et l'autre, *afin d'y voir clair. Il n'admet pas le mystère.*

Et on ne retrouve jamais dans un tel délire hypochondriaque, l'élément extraordinaire, inadapté, fantastique, que nous verrons être le résultat de l' « *autisme hypochondriaque* » (Dupouy). Le malade qui attribue ses troubles fonctionnels ou organiques à la

manœuvre criminelle d'un médecin qu'il a consulté autrefois, et qui était le complice de ses ennemis, un tel malade ne recourt pas, pour l'explication qu'il donne de cette persécution, à des processus mystérieux et inexpliqués ; il ne pourrait s'en contenter, et il fournit une explication cohérente et rationnelle qui pourrait, toute entière, être exacte, si le point de départ persécutif était admis.

IV. Les *psychoses exotoxiques* sont souvent la source de syndromes délirants hypochondriaques, qui ont aussi des caractères en général bien définis. L'hypochondrie des alcooliques fixera ces caractères principaux.

Il n'est pas exceptionnel de rencontrer, chez un éthylique, au cours d'un accès délirant onirique, l'expression d'une hypochondrie délirante. Elle est essentiellement *confusionnelle*, *anxieuse* et *terrorisante :* toujours très peu cohérente, elle fait appel à un *point de départ visuel ;* il s'agit des animaux les plus extraordinaires, n'existant souvent pas dans le cadre zoologique, qui ont entouré le malade, l'ont terrassé et sont en train de l'étouffer (zoopathies externes) ; il souffre et il se débat — ou bien ces animaux, il les a vus rentrer en lui, ils le rongent et le dévorent (zoopathies internes) ; il souffre, mais il accepte avec naturel le fait de la présence de ces animaux, *et il n'en recherche aucune explication extérieure.*

Ces idées délirantes peuvent disparaître avec la confusion mentale.

Mais elles peuvent aussi persister chez l'alcoolique chronique, qui pourra les intégrer à un *délire de persécution*, en les associant à des préoccupations subdélirantes : un délire de jalousie par exemple.

L'alcoolique fera appel alors à une origine persécutive externe et *assez mal définie*, qu'il peut très bien lui arriver même de mettre en doute ; les maux divers dont il continue à souffrir restent associés dans son esprit, à ses constructions visuelles oniriques, mais ces constructions ne sont que l'expression d'une activité hostile.

Il s'agit d'un délire cohérent, mais pauvre (idées d'empoisonnement par exemple ; insectes dans les aliments, etc.) dont l'expression est stéréotypée. Les malaises sont peu intenses (nausées, bouffées de chaleur, boutons sur la peau).

L'anxiété est rare et, si elle existe, minime. Les phénomènes oniriques habituels de l'alcoolique chronique peuvent être la seule origine d'un tel délire (ou tout au moins de son expression). En somme, les idées délirantes d'hypochondrie de l'alcoolique sont presque toujours le résultat d'une expérience ou de plusieurs expériences successives *faussement vécues.*

V. Nous ne décrirons guère les idées délirantes hypochondriaques que l'on trouve classiquement au cours des *états démentiels* (P. G., formes diverses des démences séniles).

Les termes employés habituellement suffisent à les décrire, chez le paralytique général : délire mobile, absurde, incohérent, *contradictoire d'un moment à l'autre*, fait d'éléments banaux, mais dont la juxtaposition peut lui donner un faux caractère de *fantastique.*

Il n'y a pas, ici, recherche d'une cause, soit interne, soit externe ; l'idée délirante d'hypochondrie, chez le paralytique général, n'est souvent, du reste, que l'exploitation de dispositions organiques pathologiques, exploitation menée d'une façon peu pratique, au gré d'une attention mobile et pauvre ; c'est souvent l'expression exagérée de sensations exactes (expansion hypochondriaque).

Cette *inconsistance* (que montre bien l'association paradoxale à des idées délirantes ambitieuses) ne se retrouve pas toujours chez le paralytique général traité et amélioré. Là, les caractères démentiels sont moins nets — et le délire hypochondriaque, qui est fréquent, apparaît plus fixé, mieux établi et encadré, formant l'élément essentiel.

Il s'agit, très souvent, de zoopsies intenses, avec *tendances explicatives extraordinaires* et *fantastiques*, qui n'excluent pas, bien au contraire, *l'indifférence* à une origine subie et non recherchée.

Avec ces caractères, nous entrons dans le domaine de *l'idée délirante hypochondriaque schizophrénique.*

Nous allons y insister, maintenant, montrant ce qui la rapproche de certaines formes de délires étudiés. Il faut appuyer, par contre, sur ce qui l'en sépare radicalement, en en faisant un véritable symptôme autonome de la clinique psychiatrique.

VI. Les divers états dits de « démence précoce » constituée (formes hébéphréno-catatoniques) sont fertiles en idées délirantes hypochondriaques ; il s'agit de l'expression de maux divers, très souvent extraordinaires et non rencontrés dans la pratique courante : ...les organes sont déformés, transformés, absents, ou remplacés, etc.; le tronc, la tête et les membres sont le siège d'objets ou d'animaux divers (zoopathies externes et internes).

Ce délire a les caractères habituels des états de dissociation : il est vague, inconsistant, *teinté d'indifférence, discordant.*

Il n'a aucune fixité ; il est noyé dans la masse démentielle.

Autrement intéressantes sont les idées d'hypochondrie rencontrées au cours des *étapes évolutives*, de la *schizophrénie ;* recouvertes parfois par une dépression assez atypique, elles peuvent être le *seul symptôme* de trouble schizophrénique. Nous en avons rencontré de nombreux cas ; celui qui fait l'objet de notre observation est un des plus démonstratifs.

Ce délire hypochondriaque doit être opposé, tout d'abord, à celui que nous avons décrit chez le débile.

Le contenu en est riche et abondant ; les maux subis sont divers, mal localisés ; c'est souvent un malaise général physique ou mental (hypochondrie mentale) ; les origines sont variées ; les explications possibles sont nombreuses, dubitatives, teintées de perplexité, et exposées tour à tour.

La *construction délirante* s'échafaude dans tous les sens (en surface, en profondeur et en hauteur) ; elle est fragile, décorative, mais anarchique, manquant de toute fixité certaine.

Les *matériaux de construction* (éléments explicatifs) *sont subis, non choisis volontairement ;* leur ap-

port successif est soumis à *l'errance spontanée de l'esprit.*

L'expression délirante est souvent inférieure à la richesse du contenu ; elle traduit, d'une façon stéréotypée, des préoccupations et des problèmes variés : elle n'est guère aidée par la mimique.

L'explication de la douleur et de la peine peut être purement endogène ; il est beaucoup plus fréquent qu'elle s'adresse à des facteurs persécutifs exogènes. Le schizophrène se penche sur son corps ; il est fixé à ce corps qui souffre ou à cet esprit troublé ; il présente une sorte de *concentration distraite* sur des maux. Il s'aperçoit de ce qui le gêne, en fournit une raison extérieure vague, diffuse (attente lointaine, manœuvres louches et dénuées de tout logique). Ainsi se constitue le *syndrome d'influence hypochondriaque* dont le caractère principal est ce *lien mystérieux* entre le trouble perçu et son origine persécutive première, ...lien mystérieux dont notre malade se satisfait, et dont il ne cherche à savoir ni le pourquoi ni le comment.

Il est à la fois mal à l'aise et *indifférent*, il souffre, et il *n'a pas l'idée de guérison.* Cette *absence de processus logique*, cette invraisemblance, parfois admise, jamais discutée, sont caractéristiques de tous les syndromes délirants schizophréniques, mais ils sont encore plus frappants au cours des délires d'hypochondrie : cet individu, qui a souffert physiquement ou moralement, qui continue à ressentir les conséquences de l'atteinte extérieure dont il a été victime, reste *absolument fixé* sur lui-même et sur le flux de ses pensées délirantes ; il semble être en attente d'une nouvelle expérience possible qui ne se reproduira plus; absorbé en lui-même et en une pensée qu'il ne cherche même pas à expliquer d'une façon cohérente, il fuit l'interrogatoire, la question précise, le contact ; il se complaît dans son explication mystérieuse et impuissante à le soulager ; il fait montre de son *autisme hypochondriaque* (Dupouy).

Le fait de persécution allégué est lui-même peu consistant, peu précis, peu admissible ; mais lors même que l'on admettrait ce fait premier, il serait impossible de concevoir le processus qui fait que le malade souffre, tellement ce processus, suggéré plutôt qu'envisagé réellement, est fait de notions extra-naturelles. A ces caractères essentiels de l'idée délirante d'hypochondrie chez le schizophrène, il faut joindre naturellement tous les signes classiques, traduisant la dissociation intellectuelle, et sur lesquels il n'y a pas à insister.

Cependant *l'hypochondrie délirante* pouvant être la première et unique manifestation d'un état schizoïde au début, il faut bien connaître cette opposition entre l'attitude *active première*, qui suit ce que l'on peut appeler l'expérience délirante, et le comportement passif qui succède à l'élaboration d'un mécanisme délirant mystérieux, imprécis, supra-naturel, dont le malade se satisfait.

L'*indifférence schizophrénique* est plus frappante encore, lorsqu'elle s'associe à des phénomènes dou-

loureux ou pénibles dont le malade dit connaître l'origine extérieure, et dont il donne une explication tellement mystérieuse et tellement allogique qu'il est obligé de renoncer à tout soulagement et à toute réaction pratique.

Il convient de signaler, pour finir, que certains cas de dissociation schizophrénique plus accusés, et que l'on peut mettre dans le cadre *paranoïde*, sont riches en idées délirantes d'hypochondrie, dont le mécanisme objectif est *nettement oniroïde* (zoopsies), sans qu'un facteur toxique puisse être mis en cause.

Ce sont des phénomènes oniroïdes analogues à ceux que nous avons signalés au cours de certains délires hypochondriaques secondaires de la paralysie générale traitée et améliorée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1937)

Carence alimentaire chronique (avitaminose C partielle). Processus réversibles et processus irréversibles. — MM. Georges MOURIQUAND et Henry TÊTE.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1937)

M. MOURE rapporte deux observations de M. Errard (Vendôme), **d'abcès appendiculaires ouverts dans la vessie.** Dans les deux cas, il s'agit de deux femmes ; l'unilatéralité des lésions est le plus gros élément différentiel pour éliminer les affections salpingiennes. Drainage de l'abcès. Sonde à demeure dans la vessie.

M. GRÉGOIRE rapporte deux observations de M. Davidovic sur **deux cas d'ulcère simple perforé de l'intestin grêle.** Le rapporteur montre que ces faits sont loin d'être rares, puisque Gaby, dans une thèse récente, a pu en réunir 130 cas. Il n'est pas exceptionnel de noter chez ces malades des accidents gastriques (pesanteur, vomissements). Sur l'ensemble des cas opérés, le pronostic paraît assez sombre, la moitié des malades succombant à la perforation. M. Davidovic a guéri ses deux opérés.

M. HEITZ-BOYER. **Le drainage chirurgical du rein.** — La technique préconisée par l'auteur est un drainage transrénal longitudinal inférieur ; elle implique l'ouverture préalable du bassinet ; par cette incision, un clamp courbe est poussé dans le calice inférieur et l'on effondre la partie inférieure du rein ; le clamp sorti permet d'attirer le drain jusque dans le calice inférieur. Pour obtenir l'étanchéité du drainage, il faut proportionner le calibre du drain utilisé aux dimensions du calice inférieur ; le mieux est de s'en assurer par une pyélographie pré-opératoire.

L'auteur insiste sur la supériorité de ce mode de drainage ; il a trois indications : néphrectomie d'urgence, néphrectomie de dérivation temporaire ou définitive (pour cancer du rein, par ex.), et surtout dans les lithiases rénales infectées et les grosses hydronéphroses infectées ; on peut alors étendre considérablement les indications de la chirurgie conservatrice.

Dans les hydronéphroses infectées de grand volume, ce drainage permet de conserver le rein, dont l'évacuation s'effectue parfaitement si l'on a soin de faire une fixation haute du rein avec bascule de celui-ci.

Ces reins que l'on conserve retrouvent souvent une valeur fonctionnelle appréciable et parfois excellente.

M. LAFFITTE présente une observation **d'embryome tératoïde intra-pulmonaire.** Exérèse en un temps. Guérison. Il s'agissait d'une femme chez laquelle, à l'occasion d'hémoptysies, on découvre une masse intrapulmonaire. A l'intervention, on trouve une masse dure recouverte de tissu épidermoïde, dont l'exérèse fut faite en un temps.

M. OCKYNCZYC rapporte **un cas de kyste dermoïde du poumon droit.** Chez une femme de vingt ans, on découvre à l'occasion d'un examen des champs pulmonaires, l'existence d'une tumeur intra-pulmonaire. A l'intervention, en raison de l'absence de plan de clivage, on doit se contenter d'évacuer la poche et d'en cureter la paroi.

MM. MOULONGUET, CARAVEN et LAFFITTE rapportent deux **observations de maladie de Besnier Bœck** dans lesquelles il y avait associées aux lésions cutanées, des lésions ganglionnaires et osseuses. Les lésions osseuses se localisent uniquement sur les doigts et les orteils. La nature de cette affection reste discutée ; tour à tour, la tuberculose, la syphilis, la lèpre ont été invoquées sans preuve indéniable d'ailleurs.

M. SÉNÈQUE rappelle l'observation qu'il a rapportée l'année dernière, sous le titre de « rhumatisme vraisemblablement tuberculeux ». Le malade a présenté ultérieurement des lésions tuberculeuses pulmonaires évolutives, ce qui tendrait à prouver la nature de ses lésions osseuses qui étaient en tous points comparables à celles des malades de M. Moulonguet.

(SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1937)

M. Yves DELAGÉNIÈRE. — **La scopochloralose en chirurgie** : suppression de l'angoisse préopératoire et de la mémoire de fixation ; suppression complète de la maladie postopératoire.

L'auteur insiste sur la faible toxicité de l'association de la scopolamine et de la chloralose qui est utilisée très fréquemment par les psychiatres , elle entraîne une euphorie préopératoire indiscutable, elle permet de diminuer considérablement les doses d'anesthésique complémentaire, bien que la scopochloralose ne soit pas un hypnotique. De plus, elle semble avoir une grosse influence sur les suites de l'opération : diminution des vomissements postopératoires, conservation de la diurèse, pas de complications pulmonaires. L'expérience de l'auteur se base sur deux cents cas qui ont été étudiés particulièrement au point de vue humoral (glycémie postopératoire, etc.). Les petits inconvénients seraient la possibilité d'un tremblement transitoire, une chute passagère de la tension artérielle, enfin dans quelques cas une phase d'agitation postopératoire.

MM. Jacques-Charles BLOCH et J. ZAGDOUN. — **Quelques réflexions sur la technique de la thyroïdectomie** (à propos de 154 cas opérés). — D'emblée, les auteurs soulignent l'insuffisance des opérations subtotales (énucléation, thy-

roïdectomie subtotale) ; depuis deux ans ils ont été amenés à faire des exérèses très larges ne laissant que quelques grammes du corps thyroïde dans chaque lobe.

L'étude des pièces postopératoires vient montrer, en effet, l'existence de lésions périphériques (adénomatose excentrique), de lésions diffuses, pour lesquelles des énucléations seraient parfaitement insuffisantes.

L'examen microscopique montre de plus qu'entre goitre, bénin et cancer du corps thyroïde, il existe toute une catégorie de cas dans lesquels il est très difficile d'affirmer la nature véritable de la lésion ; c'est dans ces formes que l'on observerait tout particulièrement des récidives post-opératoires.

Enfin, l'étude des résultats post-opératoires montre ce fait surprenant que les exérèses larges n'entraînent aucun trouble d'ordre myxœdémateux.

Sur 154 goitres, deux décès post-opératoires ; au point de vue technique, les auteurs recommandent l'évidement presque total des moignons, de façon à ne plus laisser à leur niveau que quelques grammes (3 ou 4 gr.) dans chacun d'entre eux.

Pour traiter les accidents de thyrotoxycose post-opératoires, les auteurs recommandent, à la suite de Frazier, le traitement glucosé (sérum glucosé intra-veineux).

Etudiant les résultats éloignés, les auteurs ont trouvé 28 p. 100 de récidives (pour 78 malades revus au bout de deux ans), chiffre inférieur à celui donné par de nombreuses statistiques étrangères. Les récidives ne se voient que dans les goitres malins (55 p. 100 des cas) et dans les goitres proliférants (25 p. 100) dont l'examen histologique ne permet pas de fixe rla nature bénigne ou maligne.

Les résultats fournis par les malades auxquels on a fait une thyroïdectomie large sont très bons ; pas de trouble parathyréoprite ; parfois de très légers accidents de myxœdème. Les résultats éloignés ne peuvent être donnés, car la plupart des cas opérés dans cette catégorie l'ont été trop récemment.

Présentation d'un film de technique.

MM, ROUHIER, LEVY-BRUHL et H. CHEVALLIER. — **Pelvi-péritonite à pneumocoque** (Pneucocus mucosus). **Colpotomie. Sérothérapie spécifique locale. Guérison.** — La malade présentait une énorme collection rétro-utérine, qui fut évacuée par colpotomie ; mais l'état général restait mauvais et une sérothérapie spécifique en applications locales (par mèches) fut instaurée et eut, semble-t-il, une heureuse influence sur l'évolution.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DES PLEURÉSIES PURULENTES OU PUTRIDES DE LA GRANDE CAVITÉ (1)

V. — PLEURÉSIES PURULENTES CHRONIQUES

Les pleurésies purulentes chroniques peuvent être dues :

A. A DES GERMES BANAUX — à la suite d'interventions trop tardives, trop parcimonieuses, de mauvais drainage ;

— A la suite de suppurations entretenues par un corps étranger (drain), une ostéite costale, une fistule broncho-pleurale ou pleuro-cutanée.

Dans ces cas :

— L'état général s'altère, la température est oscillante, l'amaigrissement est marqué si la poche pleurale a quelque importance ;

— Il persiste de la toux, de la dyspnée.

A l'examen, il est important de se rendre compte des trajets fistuleux, des dimensions de la poche pleurale et de l'état du poumon par l'examen radiologique.

Le traitement dépendra des résultats de ces explorations :

— Résection simple d'un trajet fistuleux ;

— Thoracoplastie ;

— Décortication pleurale,

associés à de la gymnastique respiratoire.

B. A LA TUBERCULOSE.

On distingue :

a) L'ABCÈS FROID PLEURAL sans participation pulmonaire qui est habituellement longtemps latent.

Il existe seulement un peu de fatigue, d'amaigrissement, quelques vagues douleurs thoraciques.

A l'examen, on a la surprise de découvrir des signes d'épanchement souvent considérables :

La matité, le silence dominent et on ne perçoit le plus souvent ni égophonie, ni pectoriloquie aphone.

La *ponction exploratrice* retire un liquide jaunâtre, séreux, mal lié, contenant des polynucléaires plus ou moins altérés et qui tuberculise le cobaye.

Evolution. — Malgré son abondance, cette pleurésie est souvent très bien supportée sans grande réaction fébrile ni altération marquée de l'état général.

Aussi ne faut-il faire de ponction que le plus tard possible et si on y est absolument obligé, car :

— La reproduction de ces pleurésies est de règle ;

— Une fistule peut se produire ouvrant la porte à l'infection secondaire.

La guérison peut cependant survenir.

b) LA PLEURÉSIE PURULENTE SECONDAIRE à une tuberculose pulmonaire due à l'ouverture d'une lésion caséeuse dans la plèvre et qui n'est en somme dans la majorité des cas qu'un pyopneumothorax tuberculeux.

Là encore, la P. est souvent latente, mais la période de tolérance est souvent beaucoup moins longue du fait des lésions tuberculeuses associées.

— De la dégénérescence amyloïde toujours à craindre.

En dehors des ponctions, on a préconisé dans ces cas l'oléothorax, les lavages de plèvre, la thoracoplastie si le côté opposé est parfaitement sain.

c) LES ÉPANCHEMENTS PURULENTS TUBERCULEUX SURINFECTÉS évoluent vers la vomique ou l'empyème et évoluent spontanément vers la mort dans un état septicémique. Exceptionnellement un oléothorax, une pleurotomie, une thoracoplastie ont pu amener la guérison.

***

Telles sont les multiples formes des épanchements purulents et puriformes dans la plèvre.

Nous avons vu leur symptomatologie.

Leur diagnostic consiste à ne pas les méconnaître lorsque la symptomatologie physique est fruste et surtout lorsqu'ils sont marqués par l'affection pulmonaire qu'ils compliquent, mais en règle cependant le diagnostic des épanchements de la grande cavité est facile.

Le problème difficile est souvent de poser les indications thérapeutiques qui varient avec chacune des formes cliniques.

J. FERROIR.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1937, n° 88, p. 1398 ; n° 90, p 1430 ; n° 92, p. 1462.

Maladies de la nutrition, par F. RATHERY, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. Un vol. de 174 pages, chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (6e). Prix : 22 fr.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 95. — SAMEDI 27 NOVEMBRE 1937. 110e ANNÉE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**

Etudiants : **30** francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.

Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Avis. — Nous rappelons à nos abonnés que pour éviter les frais de recouvrement, actuellement très élevés, ils peuvent s'abonner *sans frais* dans tous les bureaux de poste.

Hôpitaux de Rouen. — Un concours pour la nomination d'un médecin adjoint des hôpitaux de Rouen s'ouvrira, le jeudi 3 février 1938, à l'Hospice Général.

Inscriptions jusqu'au 8 janvier, à 18 heures, à la Direction, enclave de l'Hospice Général, à Rouen.

Faculté de médecine de Nancy. — *Prix* 1936-1937. — Prix de fin de 1re année : prix non décerné. — Mention « Honorable » : M. Guigue France. — Prix de fin de 2e année : Prix : M. Dambrine Raymond. — Mention « Très honorable » : ex aequo, M. Blum Jean et M. Jupille Jean. — Prix de fin de 3e année : Prix : M. Bouvenet Roland. — Mention « Honorable » : M. Gibert Victor. — Prix de fin de 4e année : Prix : M. Castelain Guy. — Mention « Honorable » : M. Herbeuval René. — Prix de fin de 5e année : Prix : M. Joos Pierre. — Mention « Honorable » : M. François Henri.

Prix de fondation. — Prix Bénit, dit « de l'internat » : M. Mathieu François. — Prix Pierre Schmitt (décerné à l'interne des hôpitaux reçu 1er au concours de 1936) : M. Leichtmann Paul. — Prix Alexis Vautrin : 1er prix : M. Mathieu François ; 2e prix : M. Roussel Jean. — Prix Heydenreich-Parisot (chirurgie) : M. Escoubes Jean. — Prix Ritter : M. Demange André. — Prix Grand'Eury-Fricot : M. Franck Claude. — Prix du Département de Meurthe-et-Moselle et de la Ville de Nancy : M. Bichat Jean et M. André Hyacinthe. — Prix de la fondation « Schemel » : M. Richon, Jean et M. Rothan Frédéric.

Mentions. — Prix de thèse : M. Bahy Jean, M. Beigbeder Roger, M. Binder Karol, M. Chaïdi Hassan, M. Dedun Robert, Mlle Devin Lucienne, M. Dubray Louis, M. Escal Jean, M. François Raymond, M. Fournier Albert, M. Grosjean René, M. Jeanclaude Jules, M. Joos Pierre, M. Lecoq Alain, M. de Miscault Henri, M. Rosenberg Simon.

Bourses accordées par la Caisse Lorraine de recherches scientifiques de la Faculté de médecine de Nancy. — M. Kissel, professeur agrégé et M. Acoyer, médecin capitaine (laboratoire de bactériologie), bourse de 6.000 fr., pour leurs travaux sur l'infection ourlienne expérimentale.

MM. Drouet, Florentin, professeurs agrégés, docteur Grognot (laboratoire d'histologie), bourse de 6.000 fr. pour leurs travaux sur la fonction pigmentaire, sur les glandes endocrines et sur l'action de la vagotonine en endocrinologie.

Docteur Thomas, chef de clinique ophtalmologique, bourse de 3.000 fr., pour ses travaux sur la déficience visuelle et l'influence des extraits hypophysaires sur la rétine.

M. Wolff, professeur agrégé (laboratoire de chimie), bourse de 3.000 fr., pour ses recherches sur le rôle du magnésium et de certaines hormones dans différents états pathologiques.

M. Pierquin, chef de clinique médicale, bourse de 2.000 francs, pour ses travaux sur l'oxygénothérapie, en collaboration avec des médecins belges, tchécoslovaques et polonais.

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — M. le docteur Febvre est nommé professeur titulaire de la chaire de pharmacie galénique.

— M. le docteur Vaurs, suppléant de bactériologie, est nommé professeur titulaire de la chaire d'histoire naturelle.

Académie de médecine. — Une séance solennelle aura lieu le 30 novembre 1937, à 15 heures, à l'occasion de l'inauguration d'une statue d'Hippocrate offerte à l'Académie par le docteur Skevos Zervos (d'Athènes), sous le haut patronage de M. le ministre de l'Education nationale et de S. E. le Ministre de Grèce à Paris.

Des discours seront prononcés par M. Skevos Zervos, par le président et le secrétaire général de l'Académie. Une notice sur Hippocrate à l'Académie sera lue par M. Laignel-Lavastine.

— **Election.** Par 67 voix sur 75 votants, M. le professeur Grégoire a été élu membre titulaire dans la IIe division (chirurgie).

Commémoration Netter à Strasbourg. — Le 10 novembre dernier, la Ville de Strasbourg a honoré la mémoire du professeur Arnold Netter ; une plaque commémorative a été apposée sur sa maison natale, place de l'Homme-de-Fer. La cérémonie était présidée par M. Millerand, ancien président de la République ; le général Gouraud était présent.

La famille Netter était représentée par le docteur Henri Netter, par M. Léon Netter et Mme René Lisbonne.

Des discours furent prononcés par M. Léon Armbruster, président de la Renaissance française ; le professeur R. Debré, au nom de l'Académie de médecine ; le professeur Paul Carnot, le docteur Milian, le doyen Forster, et enfin M. Viguié, préfet du Bas-Rhin, au nom du gouvernement.

L'instruction des jeunes gens incorporés. — En 1906, le contingent comprenait 3,4 p. 100 d'illettrés, 45 p. 100 de recrues sachant lire en écrire, 38,1 p. 100 possédait le certificat d'études primaires élémentaires, 0,9 p. 100 le certificat d'études primaires supérieur, 3,4 p. 100 le diplôme de bachelier, etc. (*J. O.*, 19 nov. 1937, p. 2440.)

(*Voir la suite des Informations p. 1526.*)



CHRONIQUE

LA LEÇON INAUGURALE DU PROFESSEUR CROUZON

M. le professeur Crouzon a pris possession lundi de la *chaire d'assistance médico-sociale*, récemment créée.

Les travaux du nouveau professeur le désignaient particulièrement pour cet enseignement. Est-il nécessaire de rappeler ses recherches sur les maladies familiales dystrophiques et nerveuses ? L'une d'elles, la dystrophie cranio-faciale héréditaire, ne porte-t-elle pas le nom de *maladie de Crouzon* ? On connaît bien aussi ses nombreux travaux sur les dystrophies non familiales. Ils montrent l'acquis considérable que Crouzon doit à ses maîtres : Bourneville, à Bicêtre ; Fournier et Gaucher, à Saint-Louis ; Pierre Marie, à la Salpêtrière ; Babinski et Dieulafoy enfin, dont Crouzon fut l'interne, puis le chef de clinique. Les travaux de Crouzon en médecine légale ne sont pas moins importants. Rappelons ceux qu'il a consacrés aux maladies nerveuses après traumatismes, aux traumatismes de l'encéphale, aux traumatismes rachidiens, etc., enfin, aux maladies professionnelles.

Crouzon, depuis plusieurs années, s'est également consacré à d'importants travaux sur l'assistance (assurances sociales, risques professionnels, vaccinations antityphoïdique et antidiphtérique, écoles d'infirmières, placement des vieillards et des aliénés, etc...) C'est donc avec une expérience indiscutée qu'il va occuper une chaire que rendaient indispensable le nombre et la complexité des lois sociales.

Une très nombreuse assistance remplissait le grand amphithéâtre quand, entouré du cérémonial habituel, parut le nouveau professeur, accompagné de M. le doyen Tiffeneau et de la délégation des professeurs et agrégés en robe.

Dans l'hémicycle se pressent tous les professeurs et les agrégés, je renonce à les citer tous. Au milieu d'eux, M. le recteur Roussy. Voici encore M. Strauss, ancien ministre de l'Hygiène ; l'amiral Lacaze, ancien ministre de la Marine, membre de l'Académie française. Le Conseil municipal est représenté par MM. Torchaussé, de Fontenay, Calmels. A côté d'eux, M. Louis Mourier, M. Siredey, M. Martel, président de l'Académie de médecine. Parmi les collègues venus de loin : M. le doyen Mauriac et M. le professeur Abadie (de Bordeaux) ; M. le doyen Jean Lépine (de Lyon) ; M. le professeur Jeanbrau (de Montpellier) ; MM. les professeurs Lambret et Leclercq (de Lille).

M. le Doyen souhaite la bienvenue à M. Crouzon et lui donne la parole.

Après les remerciements d'usage à M. le doyen Tiffeneau, à ses collègues de la Faculté, au recteur Roussy à qui il doit tant. M. Crouzon exprime sa gratitude à la Ville de Paris qui, reprenant un projet conçu par M. Pierre Marie, il y a quatorze ans, a fondé cette chaire.

Le nouveau professeur rappelle ensuite le souvenir de ses maîtres. Le nom respecté de M. le professeur Marie est accueilli par des applaudissements chaleureux.

Puis, dans une brillante leçon, il retrace l'évolution de *l'assistance dans le cours des siècles*, en Grèce, à Rome, puis en France, où dès la féodalité, se fondèrent des Hôtels-Dieu, des maladreries et des ordres hospitaliers.

Sous saint Louis se développe la bienfaisance privée, les Quinze-Vingts sont créés, puis l'hospitalisation se développe. Et voici saint Vincent de Paul, dont l'activité, au XVIIe siècle, supplée à l'insuffisance de la bienfaisance d'Etat.

Au XVIIIe siècle, l'idée d'aide sociale tend à se substituer à l'idée de la charité chrétienne.

M. Crouzon montre alors l'effort du duc de La Rochefoucauld-Liancourt, dont l'effet ne se fera pleinement sentir qu'au XIXe siècle, où la loi de 1849 sur l'assistance publique à Paris, la loi de 1851 sur l'organisation hospitalière en France sont les premiers jalons de l'œuvre accomplie par la IIIe République.

C'est ici que M. Crouzon trouvera la matière de son enseignement. Il en trace les grandes lignes et indique en terminant aux étudiants l'orientation pratique qui sera la sienne.

Cette brillante leçon, accueillie par une sympathique ovation fait bien présager du succès de l'enseignement du nouveau professeur.

F. L. S.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Thèses soutenues pendant l'année 1936-1937 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 10. ANDRÉ. — Etude clinique et résultats éloignés des ruptures traumatiques de l'urètre.

31. ARNOULD. — Les fractures articulaires des tubérosités tibiales.

29. BAHY. — Recherches sur les variations de la glycémie au cours de la gestation et du post-partum.

17. BARGETON. — Contribution à l'étude des traumatismes de la membrane tympanique.

1. BAYART. — Contribution à l'étude de l'hémothérapie dans la typhoïde. Traitement par les injections sous-cutanées de sang d'immunisé.

8. BECQUET. — Action thérapeutique de l'hormone parathyroïdienne.

4. BEDU. — Contribution à l'étude des diverticules du duodénum. Leurs rapports avec les affections hépatobiliaires.

19. BEIGBEDER. — Accidents gravido-cardiaques chez les cardio-rénales.

30. BICHAT. — La vie et la santé dans une cité lorraine à travers les siècles. Lunéville (1034-1936). Etude médico-sociale.

3. BOITARD. — Le complexe strychno-barbiturique.

28. BOTKOVITZ. — Contribution à l'étude de la dissociation auriculo-ventriculaire congénitale.

13. CAMUS. — Etude thérapeutique des artérites des membres (d'après 150 observations personnelles).

11. CASTIER. — Contribution à l'étude de l'épilepsie cardiaque.

52. DAUVERGNE. — Douleurs gastriques et hypochlorhydries.

53. DEDUN. — Vérification des tests d'hypovitaminose C chez les enfants d'âge scolaire.

50. DEMANGE. — Le magnésium dans l'organisme humain normal.

25. DESAUX. — Les hématomes spontanés des grands droits de l'abdomen (Etude analytique ; essai sur leur diagnostic).

42. DEVIN. — La prophylaxie des maladies contagieuses en préventorium.

51. DOHM. — Le bouton anastomotique en chirurgie gastro-intestinale. Ses indications.

56. DOUVRAIN. — Contribution à l'étude du trophoedème.

49. DUBAS. — Contribution à l'étude des ferments lactiques tyndallisés en thérapeutique intestinale.

22. DUBRET. — Les Jadelot, professeurs aux Facultés de médecine de Pont-à-Mousson et de Nancy (1724-1793).

21. DUMONT. — Essai sur l'évolution de l'assistance aux aliénés de Maréville.

55. ESCAL. — L'endométrite tuberculeuse.

14. FOURNIER (Albert-Pierre-Louis). — Les artérites des membres (Etude clinique d'après 150 observations personnelles).

(1) Voir *Thèses de Montpellier*, n° 78, p. 1234 — *Thèses d'Alger*, n° 80, p. 1269. — *Thèses de Lille*, n° 81, p. 1284. — *Thèses de Strasbourg*, n° 82, p. 1301 ; *Thèses d'Hanoï*, n° 89, p. 1414.

54. FOURNIER (Paul). — Torsion du pédicule de la rate en position ectopique.
57. FRANÇOIS. — Etude clinique et expérimentale sur l'hypertrophie cardiaque essentielle du nourrisson.
18. GRANDCOLAS. — Contribution à l'étude de la maladie de Cushing.
27. GROSJEAN. — Le problème du lait hygiénique en Meurthe-et-Moselle. Souillures par bactéries coli-aérogènes.
39. GUÉRILLON. — Contribution à l'étude des complications cutanées de la recto-colite ulcéreuse non spécifique. Déduction pathogénique.
43. HAVET. — Le traitement médical des abcès du poumon.
36. JACOB. — Contribution à l'étude des tumeurs conjonctives des parties molles de la cuisse.
33. JANNIN-BOUIN (Mme), née Biet. — L'hygiène du lait et la pasteurisation tubulaire intégrale.
63. JEANCLAUDE. — Hémorragies rétiniennes récidivantes dans leurs rapports avec des troubles endocriniens.
58. JOOS. — Traitement de la pyorrhée alvéolaire par injection intraveineuse de fluorure de calcium en milieu magnésien.
41. KREIDMAN. — Contribution à l'étude de l'arthrodèse de l'épaule dans le traitement de l'épaule ballante.
32. LARDENOIS. — Contribution à l'étude du traitement du pied bot ballant paralytique.
15. LECOQ. — Contribution à l'étude du pneumothorax bilatéral dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.
24. LELORRAIN. — Les complications gastriques de la phrénicectomie.
20. LUTGEN. — Dystocie tardive des présentations céphaliques chez les multipares à bassin limite.
23. MARIOTTE. — Contribution à l'étude du méga-œsophage.
5. MASSY. — Contribution à l'étude des pneumonies prolongées.
12. MAUUARY. — Le purpura fulminans post-scarlatineux.
48. MISCAULT (DE). — L'heure H en obstétrique.
46. PETIT. — Les échecs de l'avortement thérapeutique dans les vomissements incoercibles de la grossesse.
44. RICHON. — Les spasmes vasculaires dans le domaine obstétrical (Etude clinique et physiologique).
47. ROBERT. — Les naevi capillaires et artériels chez les hépatiques.
9. ROTHAN. — Perforations gastro-duodénales en péritoine libre. Etude statistique d'après 120 observations.
37. SAUVAGE. — Contribution à l'étude du sarcome du col de l'utérus (Travail de la clinique gynécologique et du Centre régional de Lorraine de lutte anti-cancéreuse).

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 64. BINDER. — Les diagnostics biologiques du cancer et en particulier l'intradermoréaction de Gruskin.
38. CHAHIDI. — L'infection ourlienne expérimentale. Etude de l'inoculation au lapin par voie sous-occipitale du liquide céphalo-rachidien de méningite ourlienne.
6. FRANT. — Le syndrome abdominal du rhumatisme articulaire aigu.
62. HALBERSTADT. — La tolérance de l'utérus gravide à l'égard du traumatisme.
60. HARTMAN (Mlle). — Psoïtis aiguës primitives ou essentielles.
7. KAMIENECKI. — Thorax en entonnoir.
26. KANTARDJIEFF. — Antre d'Highmore et kystes dentaires. Contribution à l'étude des réactions inflammatoires réciproques de la cavité antrale et des kystes du maxillaire supérieur.
40. LEIBOVITCH. — Contribution à l'étude des ruptures associées de la rate et du rein gauche.
59. MARGULIES. — Le diagnostic de la luxation congénitale de la hanche chez l'enfant qui n'a pas encore marché.
65. MIGDEN. — De l'allongement du tibia dans certaines lésions inflammatoires.
45. ROSENBERG. — Contribution à l'étude de la lithiase réno-urétérale chez l'enfant.
35. SALARI. — Pathogénie des troubles gastro-intestinaux au cours des cirrhoses hépatiques.
61. SONNTAG (Mlle) (Régina). — Intérêt pratique du test de Schiller pour le diagnostic précoce du cancer du col de l'utérus.
34. SONNTAG (Mlle) (Sali). — Syndromes agranulocytaires non toxiques.
2. WALTER. — Quelques cas d'arthrites cervicales fugaces.
16. ZELAZKO. — Quelques cas d'hypertrophie du pylore chez le nouveau-né (Sténose hypertrophique).

LIVRES NOUVEAUX

L'Hormone folliculaire, par le docteur Henri SIMONNET, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort (1). — Masson et Cie, éditeurs.

L'auteur expose dans ce travail comment il est possible de concevoir le rôle que la folliculine joue, à l'état normal, dans l'économie, ainsi que les perturbations dont cet hormone peut être la cause. Il s'appuie sur des documents personnels et sur des matériaux recueillis dans la volumineuse littérature scientifique ; la bibliographie qu'il cite en fin d'ouvrage ne comprend pas moins de 2.500 références.

Dans les deux premières parties, l'auteur définit l'hormone folliculaire au point de vue chimique et biologique et il en discute l'origine. La troisième partie est consacrée au rôle physiologique de la folliculine sur les voies génitales et sur la glande mammaire, sur les glandes endocrines, ainsi qu'à son influence sur les métabolismes et les différents appareils.

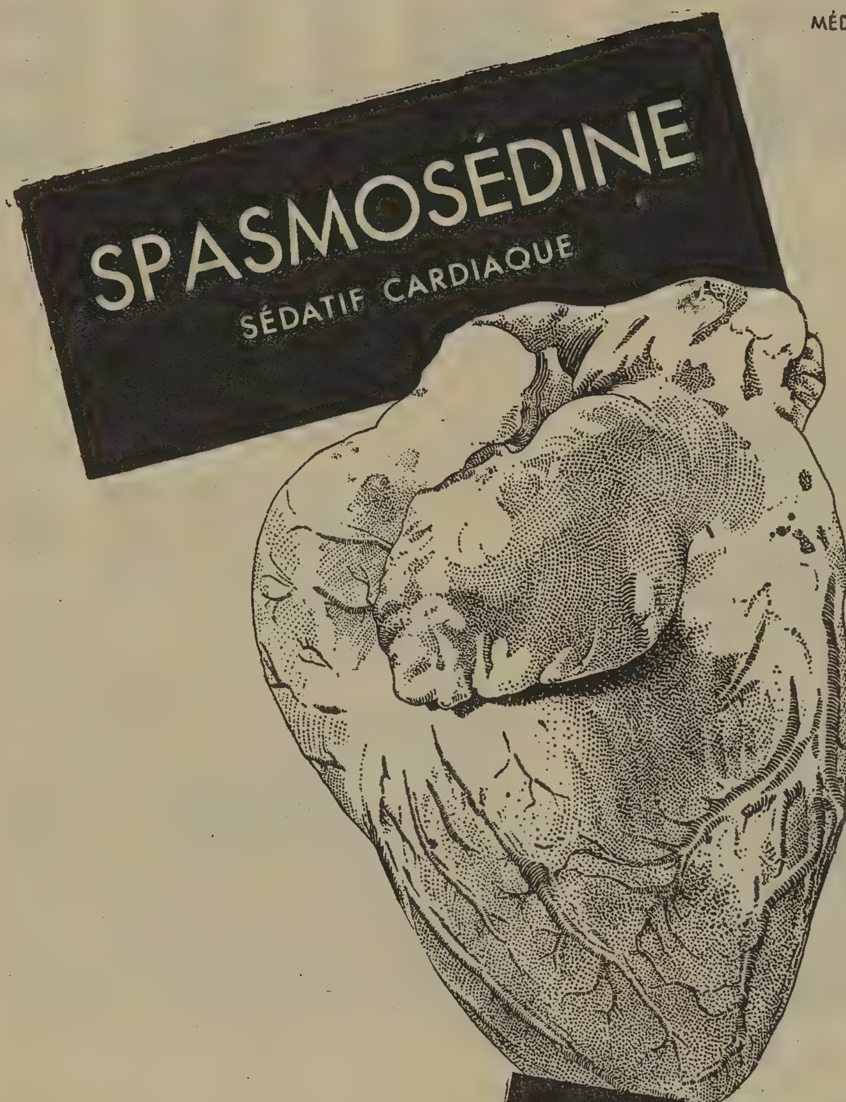
Ces données étant établies, le rôle de la folliculine en pathologie est étudié dans la quatrième partie qui traite du point de vue humoral de la pathogénie de certaines affections : troubles prépubéraux et pubéraux, troubles de la menstruation de la ménopause, troubles des fonctions de reproduction, affections de la glande mammaire, cancer. Rôle de la folliculine dans la pathologie du mâle.

La cinquième partie a pour objet le dosage de la folliculine du point de vue du diagnostic, du pronostic et de la conduite du traitement. En principe, tout traitement par la folliculine réclame à son début le dosage de cet hormone dans les urines et de préférence dans le sang. Les dosages sont également utiles au cours du traitement pour juger de l'opportunité qu'il y a à le poursuivre ou à en modifier les modalités d'application.

En thérapeutique (VIe partie), la folliculine peut être employée comme substitut d'une sécrétion ovarienne déficiente ; elle peut être utilisée comme agent modificateur inhibiteur ou stimulant. La plupart des indications de la folliculine découlent de ses propriétés physiologiques et de son rôle dans la vie sexuelle.

L'auteur n'a pas la prétention d'épuiser le sujet, mais il a voulu donner une interprétation actuelle et souvent personnelle. Ses travaux antérieurs sur la folliculine, en chirurgie et en médecine expérimentale, le désignaient pour cette mise au point très complète.

(1) Un volume de 532 pages. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE

UN CAS D'ANENCÉPHALIE

Par M. L. BABONNEIX,
Médecin du service d'enfants de l'hôpital Saint-Louis

Observation. — G... André, née le 10 octobre 1935 et entrée, le même jour, salle Méry.

A. H. et A. P. — Les parents, non consanguins, sont âgés respectivement de 24 ans pour le père, de 20 pour la mère. Celui-là aurait eu une congestion pulmonaire au régiment. Celle-ci en est à sa première grossesse, qui semble s'être passée de manière normale. Autant qu'on puisse dire en l'absence de tout examen sérologique, il n'y a, chez eux, aucune raison de soupçonner la syphilis. L'accouchement a eu lieu à terme, mais il a été long, en raison d'adhérences unissant le crâne fœtal au placenta et aux membranes. L'enfant, qui s'est présenté par la face, a été, aussitôt la malformation constatée, adressé à l'hôpital par le docteur Theulet-Luzié.

E. A. — Ce qui domine, c'est une vaste *perte de substance* cranienne occupant la voûte et par laquelle fait saillie une masse molle, jaunâtre (fig. 1), dont la périphérie est le siège d'une congestion marquée.

A noter, de plus :

1° Une *attitude en opisthotonos ;*

2° La *conservation de tous les réflexes tendineux* sans signe de Babinski ;

3° La *teinte des téguments*, mélange de cyanose foncée et d'ictère léger ;

4° L'*apparence générale médiocre*, avec poids insuffisant : 2.550 gr.;

5° L'*incurvation des tibias ;*

6° Les *déformations auriculaires*, les oreilles étant grossièrement ourlées et décollées ;

7° Des *ecchymoses palpébrales ;*

8° L'*absence d'un certain nombre de signes :* il n'y a pas de malformation cardiaque apparente, pas de phénomènes paralytiques, pas de signes pouvant permettre de penser à une spécificité congénitale : hépatomégalie, lésions cutanéo-muqueuses, etc.; pas de réactions méningées : phénomènes d'ordre infectieux : muguet, broncho-pneumonie.

Les jours suivants, le poids baisse progressivement, pour tomber à 2 kg. 380. L'alimentation est difficile. Les premiers jours, il y a des selles noires. Le 15, elles deviennent jaunes, puis vertes. La température, qui était au début de 37°, s'abaisse d'abord jusqu'à 34°8 ; elle se relève, le 14 au soir, pour monter jusqu'à 38°6 ; le lendemain, elle retombe à 36°3 ; le 16 au matin, elle est de 39°7 ; le soir, de 37°2. La mort survient le 18.

Autopsie. — La masse cérébrale, multilobée, a le volume d'une noix. La région occipitale est le siège d'une volumineuse exostose. Gouttière basilaire et trou occipital sont normaux. On ne trouve aucune autre lésion, abstraction faite d'une broncho-pneumonie terminale et d'une grosse congestion du foie.



Fig. 1.



Fig. 2.

Examen histologique. — Il a été effectué par M. J. Delarue, que nous remercions de son obligeance, et a porté sur :

a) L'*exostose* cliniquement constatée :

Après décalcification par la méthode lente, le fragment examiné apparaît histologiquement constitué par un tissu osseux compact pourvu d'un système de canaux de Havers normal. Sur l'une de ses faces, ce tissu osseux est revêtu par un périoste dense, recouvert lui-même d'un tissu conjonctif plus lâche dans lequel se voient de très nombreux vaisseaux.

Il semble, en somme, qu'il s'agisse d'une ébauche de calotte cranienne, d'ailleurs anormale en ce sens qu'elle est formée par un os compact à peu près dépourvu de tout système médullaire mésenchymateux.

b) Un *fragment de la masse molle* trouvée à l'intérieur du crâne. Sur des coupes colorées, soit à l'hématine-éosine, soit au Loyez, on reconnaît un tissu nerveux très riche en névroglie, pauvre en cellules, généralement petites et mal formées, et en fibres à myéline, dont, cependant, on découvre des faisceaux assez abondants, peut-être situés dans le centre ovale, ainsi qu'en témoigne la présence, à leur voisinage, de plexus choroïdes. Il est très difficile de s'orienter dans ce fragment, où l'on pourrait reconnaître quelques circonvolutions et quelques lames du cervelet. Notons seule-

*

ment l'existence d'une zone d'inflammation aiguë et de nécrose sur l'un des bords de la coupe, montrant que ce rudiment d'encéphale était en contact avec l'air extérieur.

c) Le *thymus*, très développé et bien reconnaissable aux éléments hassaliens qu'on y découvre.

***

En somme, anencéphalie, peut-être développée chez une hérédo-syphilitique, sans aucune de ces malformations qui, si souvent, l'accompagnent.

LE PRONOSTIC DE LA MALADIE RHUMATISMALE CHEZ L'ENFANT

Par M. H. GRENET,

Médecin de l'hôpital Bretonneau

La maladie rhumatismale, maladie de Bouillaud, débute souvent, sinon le plus souvent, dans l'enfance, et les formes observées chez l'adulte ne sont fréquemment que des récidives. Elle présente chez les sujets jeunes plus de formes graves : est-ce parce que l'enfant offre un terrain particulièrement favorable au développement de la maladie ou parce que l'adulte est partiellement immunisé du fait des atteintes antérieures ? Je ne saurais le dire ; mais c'est chose incontestable, et qui mérite de retenir l'attention.

Trouve-t-on dans les symptômes mêmes du rhumatisme des éléments de pronostic ? C'est là un premier point que l'on doit examiner.

La fièvre n'a pas grande signification ; elle n'est qu'un symptôme contingent ; il y a des formes graves qui sont très fébriles, et d'autres, aussi nombreuses, dans lesquelles la température demeure modérée, n'atteignant que rarement 39°, mais persistant à un degré anormal pendant des semaines. C'est donc la continuité de la fièvre plus que son élévation qui a une importance, et qui prouve le caractère évolutif de la maladie. Une fièvre intense n'indique jamais, selon Wunderlich, un danger imminent tant qu'elle garde un type rémittent à grandes oscillations : il n'en serait pas de même lorsqu'elle est permanente, et surtout lorsque la courbe prend une forme continue et ascendante ; il faut alors redouter une complication. B. Schlesinger admet que l'endocardite se développe insidieusement, mais qu'une poussée thermique coïncide souvent avec l'apparition d'une péricardite. On voit d'ailleurs, dans des formes malignes et qui ne cessent d'évoluer, une apyrexie quelquefois complète succéder à une période fébrile plus ou moins longue, et persister jusqu'à la mort.

L'intensité des arthralgies n'a aucune signification pronostique ; il est bien rare que, même dans les formes les plus douloureuses, elles ne soient pas rapidement calmées par le traitement. Il y a d'ailleurs des formes extra-articulaires du rhumatisme, et j'y ai moi-même suffisamment insisté ; elles comportent une proportion de cas graves tout à fait comparable à celle que l'on trouve dans les formes articulaires les plus typiques.

Les manifestations cardiaques du rhumatisme ont une importance très particulière pour établir le pronostic. On peut d'abord poser en principe que seules sont mortelles les formes compliquées de cardiopathies. Mais ces complications cardiaques, dont on sait l'extrême fréquence (72 % d'après les chiffres que j'ai relevés, et qui sont très analogues à tous ceux trouvés par les différents auteurs) se présentent de diverses manières. Tantôt une endocardite ou une endopéricardite se développe, et régresse en même temps que les autres symptômes rhumatismaux, pour guérir complètement ou, plus souvent, laisser à sa suite une lésion orificielle : c'est là un cas favorable. Sans doute, la lésion cicatricielle peut être un point d'appel pour de nouvelles poussées endocarditiques au moment de récidives du rhumatisme, ou pour le développement d'une endocardite maligne lente (éventualité d'ailleurs bien plus rare) ; sans doute aussi l'insuffisance valvulaire qui en résulte pourra à un âge avancé ou à l'occasion d'autres maladies entraîner des accidents mécaniques d'asystolie ; mais chez l'enfant une telle lésion cardiaque est toujours bien supportée, et pendant longtemps, à la condition que l'infection soit arrêtée dans sa marche. C'est ce qu'exprimait Bard en étudiant l'asystolie inflammatoire, lorsqu'il écrivait : « La tolérance du cœur pour une lésion organique dépend bien plus de ses modalités évolutives que du siège et même du degré des modifications orificielles qu'elle détermine ».

C'est la notion du rhumatisme cardiaque évolutif qu'il convient de retenir avant tout, telle qu'elle a été exposée dans les travaux de Pichon. La persistance d'une fièvre légère, les modifications du rythme et des bruits du cœur, le remaniement plus ou moins rapide des lésions, les troubles fonctionnels, en sont les signes principaux. Il ne faut pas oublier que l'élément myocarditique est toujours essentiel dans ces formes, et l'on trouve presque toujours un bruit de galop, et aussi une augmentation du volume du cœur, décelable par la percussion et manifeste à l'examen radiologique. C'est surtout le degré de la myocardite qui règle le pronostic. Il est d'ailleurs souvent très difficile d'établir le diagnostic entre un gros cœur par myocardite ou par symphyse cardiaque (mais la symphyse est toujours accompagnée de lésions importantes du myocarde).

Quelquefois un malade semble être sorti sans trop de dommage d'une crise rhumatismale assez sévère, et n'en garder qu'une insuffisance mitrale bien compensée. Il est souvent utile de s'assurer du volume du cœur : la constatation d'une cardiomégalie persistante doit toujours être considérée comme un mauvais élément de pronostic pour l'avenir.

Les altérations des complexes ventriculaires, décelées par l'électrocardiographie, et que j'étudie avec F. Joly, interviennent aussi d'une manière importante pour établir le pronostic.

Je dois signaler dès maintenant (j'y reviendrai avec plus de détails) la mortalité élevée chez les enfants qui ont été atteints d'une cardite rhumatismale.

A côté des symptômes cardiaques, je dois indiquer la valeur pronostique de l'*érythème rhumatismal*, sur lequel j'ai attiré l'attention (érythème marginé en pla-

ques discoïdes type Besnier, ou érythème annulaire type Lehndorff et Leiner, étant entendu qu'il s'agit là de deux aspects d'une même éruption). Cette éruption accompagne toujours l'endocardite : parmi les cas publiés, il n'en est que deux (un d'Ash et un de Wallgren) qui aient été observés en dehors d'une lésion cardiaque ; je puis ajouter que la plupart des rhumatisants qui ont été atteints d'érythème ont succombé soit dans les semaines suivantes, soit au cours d'une récidive de rhumatisme, accompagnée elle-même d'un retour de l'érythème. On trouvera une étude complète de l'érythème rhumatismal dans l'article que je lui ai consacré avec R. Levent (Revue du rhumatisme, février 1937) et dans la thèse récente de mon élève P. Lucas.

Les nodosités rhumatismales type Meynet paraissent avoir pour le pronostic une signification analogue, quoique moins nette peut-être.

Parmi les autres symptômes qui peuvent avoir un intérêt pronostique, il faut retenir surtout *les symptômes pulmonaires :* une crise d'œdème aigu du poumon peut se produire d'une manière inopinée chez un malade qui ne paraissait pas très gravement atteint ; elle indique une poussée évolutive grave, et en dehors du danger immédiat qu'elle fait courir, elle doit faire prévoir, lorsque celui-ci est conjuré, une marche progressive avec décompensation cardiaque jusqu'à la mort. De même, l'œdème aigu du poumon qui survient au cours d'une cardiopathie déjà décompensée depuis plus ou moins longtemps est une menace très redoutable pour un avenir proche. Ce sont d'ailleurs là des accidents avec lesquels il faut compter, mais qui ne sont pas très fréquents.

Quant aux autres complications, lorsqu'on les considère isolément, elles ne jouent que d'une manière assez exceptionnelle un rôle dans le pronostic immédiat du rhumatisme. Il y a des néphrites rhumatismales, et j'ai vu deux enfants succomber à une néphrite azotémique et hypertensive ; mais outre qu'il s'agit là de faits rares, on notait en même temps dans ces cas une diffusion des accidents viscéraux qui montrait suffisamment la gravité de la maladie. La chorée rhumatismale est fréquente chez l'enfant ; il existe des chorées mortelles ; elles sont trop rares pour que cette complication intervienne beaucoup dans le pronostic *quoad vitam ;* mais il y a lieu de tenir compte des récidives possibles. Quant au rhumatisme cérébral, il est encore bien plus exceptionnel chez l'enfant que chez l'adulte.

Le rhumatisme aigu revêt quelquefois chez les enfants *une forme maligne ;* j'ai étudié ces formes, et elles ont fait l'objet de la thèse de Mme Grenet-Cazamian ; tout récemment J. Bonaba, B. Delgado Correa et Otilia Maccio sont revenus sur cette question. La fièvre est variable, tantôt élevée, et tantôt modérée mais prolongée ; toujours il existe les signes d'une cardite évolutive, et en même temps un ensemble de troubles viscéraux, pulmonaires, rénaux, hépatiques, avec une altération plus ou moins profonde de l'état général ; c'est dans ces cas surtout que l'on peut observer les érythèmes rhumatismaux ou les nodosités rhumatismales. L'évolution est d'ordinaire assez longue : la maladie dure plusieurs mois avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation, pour aboutir finalement à la mort. Parmi les cas que j'ai recueillis, il en est un qui a entraîné la mort en 20 jours, ce qui est très exceptionnel ; la plupart ont duré de 3 à 18 mois.

Lorsqu'on fait le diagnostic d'une forme maligne de rhumatisme, on doit porter un pronostic d'une extrême gravité ; la terminaison mortelle paraît être presque fatale dans les délais que j'ai indiqués. Il est possible cependant d'obtenir la guérison ou tout au moins la stabilisation des lésions, au prix d'un repos absolu, prolongé pendant plusieurs mois ; la preuve en est donnée non seulement par des cas isolés, mais encore par les résultats obtenus dans les maisons spéciales de cure pour enfants, telles qu'elles ont été créées surtout aux Etats-Unis sous l'impulsion de St Lawrence, et en Angleterre sous l'impulsion de Poynton. Il n'en reste pas moins que les sujets ainsi traités demeurent dans un état précaire, avec des lésions cardiaques indélébiles et souvent médiocrement compensées ; ils sont pour toute leur vie des demi-infirmes.

D'autres éléments d'appréciation entrent en ligne de compte pour établir le pronostic. C'est ainsi que *la répétition des crises* est un indice de gravité. Chez des sujets peu gravement touchés, le rhumatisme ne récidive pas ou ne récidive qu'à des intervalles espacés. Lorsque l'on voit au contraire les récidives se faire d'une manière rapprochée, à quelques semaines ou à quelques mois de distance, on doit porter un pronostic réservé pour l'avenir.

L'âge semble avoir lui aussi une certaine importance. Le rhumatisme est tout à fait exceptionnel avant quatre ans ; il est fréquent surtout de 7 à 15 ans (75 % des cas). La gravité paraît plus grande chez les sujets très jeunes ; c'est l'impression qui se dégage des faits que j'ai recueillis, et Patey est à ce sujet très affirmatif, quand il déclare qu'aucun enfant atteint de rhumatisme entre 3 et 6 ans ne parvient à l'âge adulte.

Le sexe ne paraît avoir aucune influence sur le pronostic, à cela près que la chorée est beaucoup plus fréquente chez les filles que chez les garçons (les 2/3 des cas environ chez les filles).

Enfin *le milieu social* auquel appartient l'enfant rhumatisant a sur son avenir une influence des plus nettes. On a à maintes reprises insisté sur la fréquence et la gravité plus grandes du rhumatisme chez les sujets soumis à une hygiène défectueuse et se trouvant dans de mauvaises conditions de résistance physique. Il faut tenir compte aussi de la surveillance plus attentive du malade, de la plus grande précocité du traitement, de l'application plus facilement acceptée et plus régulière du repos nécessaire chez les malades de la classe aisée. C'est là tout un ensemble de facteurs avec lesquels il faut savoir compter.

***

Les éléments d'appréciation que je viens de rappeler permettent de juger dans une certaine mesure de la gravité plus ou moins grande d'un cas donné. Mais il importe d'avoir quelques précisions sur la *gravité générale* du rhumatisme dans l'enfance.

Or cette gravité ne me paraît pas toujours très bien mise en valeur. E. Weill pense que la mort survient dans 4 à 5 % des cas de lésions valvulaires. Lesné indique un chiffre de 8,88 % de cas immédiatement ou rapidement mortels ; mais il note que ce chiffre n'enregistre que les décès survenus à l'hôpital, et que « si un certain nombre des enfants sont revenus périodiquement à la consultation, un nombre beaucoup plus grand n'a pu être suivi après leur sortie du service, de sorte que la mortalité réelle est certainement plus élevée ».

Les chiffres que j'ai trouvés en faisant le relevé des malades hospitalisés dans mon service ou suivis à ma consultation d'hôpital pendant 10 ans sont les suivants :

Sur 253 rhumatisants, 44 sont morts (17,39 %).

Si l'on ne tient compte que de ceux qui ont présenté des signes de cardiopathie, la mortalité est de 44 sur 184 (23,91 %).

C'est là un chiffre beaucoup plus élevé que ceux que j'ai rappelés plus haut. Je dois faire remarquer tout d'abord qu'il ne porte pas seulement sur les cas admis à l'hôpital en raison de leur gravité, mais aussi sur nombre de cas de consultation. Il convient de noter en outre que cette statistique a été établie sur des malades régulièrement suivis pendant longtemps ; certains ont eu une ou plusieurs atteintes bénignes, et ce n'est que lors d'une récidive plus ou moins lointaine qu'ils ont succombé : une statistique établie sur le nombre des entrées serait beaucoup plus favorable, mais sans valeur, un même malade revenant souvent plusieurs fois dans le cours d'une même année ou des années consécutives.

Il est d'ailleurs remarquable de voir qu'un certain nombre de statistiques arrivent à des résultats tout à fait comparables.

Poynton, Paterson et Spence, sur 172 cas suivis de juin 1919 à juillet 1920 (chez des enfants au-dessous de 12 ans) trouvent à cette dernière date, 15 morts (8,72 %) ; et 3 mois plus tard, en septembre 1920, 22 morts, soit près de 13 %. On remarquera que ce taux de mortalité est observé en quinze mois, et que c'est là un chiffre qui est relativement plus fort, étant donné la courte durée de l'observation, que celui que je relève sur des sujets suivis pendant une période de 10 ans.

Morquio, sur 232 enfants rhumatisants observés pendant quatre ans, a 32 morts (13,79 %) ; sur ce nombre, il se trouvait 175 cas de cardiopathie (76 %) avec une mortalité supérieure à 18 % ; cette statistique ne porte que sur quatre années, et Morquio ajoute que les chiffres sont relatifs, car il ne sait quelle a été la marche ultérieure de la maladie après la sortie de l'hôpital.

Rachel Ash (de Philadelphie) fait porter son étude sur les enfants admis à l'hôpital de 1922 à 1932. Sur le total de 445, on a pu en suivre régulièrement 401 jusqu'en 1935. La mortalité a été de 93, soit 22,3 % par suite de l'infection rhumatismale, en y comprenant 5 enfants qui ont succombé à une endocardite à streptocoque viridans.

John Lovett Morse (de Boston) note que sur 100 enfants observés lors de la première atteinte d'endocardite aiguë, — 10 à 30 ans avant la rédaction de son travail, — 36 sont morts, 3 sont des invalides cardiaques, et 61 sont vivants et bien portants. Cette statistique qui semble assez favorable quant aux suites lointaines, donne pourtant une mortalité très comparable à celle qui résulte de mes recherches personnelles.

Sans doute ce sont là des statistiques hospitalières ; elles comportent peut-être plus de cas graves que l'on n'en trouverait chez les malades de ville. Je ne crois pourtant pas que la différence soit aussi tranchée que certains le pensent. Mais, comme je l'ai déjà indiqué, la précocité et la qualité des soins interviennent sans aucun doute dans le pronostic global.

***

Les faits que j'ai exposés, les chiffres que j'ai indiqués, montrent quelle peut être la gravité du rhumatisme aigu. Il entraîne quelquefois la mort dès la première atteinte, ce qui est relativement rare, et certains signes, tirés surtout des caractères évolutifs des cardiopathies et de la diffusion des lésions viscérales, permettent souvent de porter assez exactement le pronostic immédiat. Mais il y a lieu d'établir aussi un pronostic lointain : l'âge, les récidives plus ou moins fréquentes et plus ou moins rapprochées, le degré de l'atteinte cardiaque, et la participation plus ou moins importante du myocarde lors de la première crise, autant d'éléments qui peuvent dans une certaine mesure faire prévoir l'avenir de l'enfant rhumatisant. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que d'une manière générale le pronostic *quoad vitam* semble plus sévère que l'on ne l'admet en général, et que, même après guérison, plus de 65 % des malades gardent une lésion cardiaque indélébile, capable de se réchauffer à l'occasion d'une récidive ou d'une autre infection, et qui, de toute manière, demeure une lourde hypothèque pour l'avenir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie et de ses filiales : les réunions dermatologiques de Strasbourg, de Nancy et de Lyon. Publié tous les trois mois par MM. P. Lefèvre, Lévy-Franckel, Périn, Thibault (Paris), Chatellier (Toulouse), Joulia (Bordeaux), Lanzenberg (Strasbourg), P.-J. Michel (Lyon), Montpellier (Alger), Rimbaud (Montpellier), Vigne (Marseille) et Watrin (Nancy), sous la direction de M. Pierre Fernet. — Un volume in-8° de 1.632 pages illustrées, chez Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (6e). Prix : 65 francs.

Le chimisme des divisions cellulaires. L'agent et le mécanisme de la production du cancer (processus immunité-cancer), par le docteur Jacques-Jan KELEVITCH. 1 vol. in-8°. Prix : 50 fr. Vigot frères, éditeurs, Paris, 1937.

Tendances actuelles pour la construction des hôpitaux, par M. Marcel LATIER. 1 vol. in-8°. Prix : 15 fr. Editions Delmas, Bordeaux, 1937.

Le principe antipernicieux de l'estomac. Sa recherche dans le suc gastrique par le test du rat blanc, par le docteur Paul-André RAMBERT. 1 vol. in-8°, Amédée Legrand, éditeur, Paris.

QUELQUES NOTIONS RÉCENTES SUR LA MALADIE DE PAGET

Par M. LANCE

Parmi les ostéopathies dont la connaissance a fait le plus de progrès depuis 25 ans il faut citer la maladie de Paget. Il suffit pour s'en convaincre de comparer les deux excellents articles publiés sur cette affection, d'une part, par Milian en 1912 dans le tome XXXIX (maladie des os) du Traité de Médecine de Gilbert et Thoinot, et celui écrit par Ch. Lasserre dans le tome I du Traité de Chirurgie orthopédique d'Ombrédanne et Mathieu récemment paru.

Quelles notions nouvelles a-t-on recueillies dans ce laps de temps sur la maladie de Paget ?

Fréquence. — Alors qu'on la croyait rare, puisque Milian n'en donnait qu'à peu près 100 cas publiés en 1912, on la considère maintenant comme assez fréquente. C'est ainsi que Giordano (*Chir. degli org. di mov.*, janvier 1936, p. 435) en rapporte 12 cas personnels, nous-même en avons observé au moins autant. A. B. Gutman et Haig Kasabach (*The Am. J. of Med. Sc.*, mars 1936, p. 361) en rapportent 116 cas personnels, 59 ont été recueillis sur 200.000 malades en 4 ans au Presbyterian Hosp. de N.-Y. — Schmorl, sur 4.603 colonnes vertébrales autopsiées, a trouvé 138 atteintes de Paget, soit 3 %.

Cette différence de fréquence tient à ce qu'en dehors de la forme avec un grand nombre d'os atteints, classique mais tardive, on sait maintenant reconnaître les formes localisées pendant très longtemps ou d'une manière permanente à 1 seul os (la moitié d'une clavicule, le 1/3 supérieur d'un tibia, un péroné, les vertèbres, le sacrum, un seul os iliaque, etc.).

Dans les formes étendues on a mis aussi en évidence le début latent, ne se traduisant que par des douleurs, au sacrum, à l'os iliaque, au rachis. L'atteinte du rachis, des os du bassin est extrêmement fréquente et reconnaissable à la radiographie de longues années avant l'apparition des lésions d'os plus superficiels comme le tibia, la clavicule, le fémur, le crâne qui, jusqu'alors, avaient seuls attiré l'attention. Le tibia que l'on considérait jadis comme la pierre de touche de la maladie ne vient pour Schmorl qu'en 9e ligne, après le sacrum, les vertèbres, le fémur, le crâne, le sternum, le bassin, la clavicule, les côtes. On ne le trouverait que dans 8,4 % des Paget — avant l'omoplate et l'humérus.

Les auteurs américains (Gutman et Kasabach, loc. cit., Moehlig et S. Adler, *Surg. gyn. and obst.*, avril 1937, p. 747) ont insisté sur l'extrême fréquence du début rachidien, se manifestant par des douleurs vagues, en ceinture, une cyphose, une cyphoscoliose, soignées pendant longtemps pour des manifestations rhumatismales. Lasserre chez tous les Pagétiques qu'il a examinés a toujours trouvé le rachis atteint.

Dans sa communication au dernier congrès d'orthopédie, il a montré les aspects radiographiques de ces lésions. Elles évoluent en 3 stades : stade d'ostéoporose diffuse du rachis, stade d'opacifications en travées verticales donnant au rachis un aspect typique, la « vertèbre en cadre » (Schmorl), enfin un stade de densification diffuse avec étalement des corps vertébraux, irrégularité des bords ; aspect en croquis (Lasserre).

La fréquence de ces formes longtemps latentes reporte le début de l'affection à un âge bien moins élevé. Alors que jadis on faisait débuter le Paget après 50 ans, on sait aujourd'hui qu'il commence bien plus tôt : après 25 ans cependant.

Il ne semble pas y avoir de prédominance pour l'un des deux sexes.

Un deuxième point acquis, important, est la notion que parfois le Paget est une maladie familiale, héréditaire. C'est ainsi que Gutman et Kasabach sur leurs 116 cas ont observé 4 groupes familiaux : une mère et 3 enfants, 2 frères et un enfant, un frère et une sœur, une mère et son fils. Nous-même, sur les 11 cas que nous avons pu observer depuis 20 ans, avons observé un groupe familial composé du frère, de la sœur, avec des localisations multiples et anciennes, et de la fille de cette dernière avec une localisation unique (clavicule). Ces groupes familiaux se multiplieraient certainement si, en présence d'un malade atteint de Paget on pouvait pratiquer systématiquement l'exploration radiologique du squelette entier de tous les membres de la famille.

L'affection débute d'ordinaire par des douleurs dans le dos, en ceinture, ou aux extrémités. Ce n'est parfois que de longues années après qu'apparaissent l'épaississement et la déformation des os des jambes, des bras.

La maladie évolue par crises douloureuses de plusieurs semaines ou mois de durée. A ce moment on note au niveau de la région atteinte des troubles vaso-moteurs importants : la peau est chaude, rose, tendue, l'index oscillométrique augmente à ce niveau (Halle et Decourt, Decourt et Bascouret, *Revue de Neurologie*, avril 1929, p. 606). Ces crises peuvent être séparées par des intervalles très étendus, des rémissions spontanées de plusieurs mois attribuées souvent à tort à l'action de la thérapeutique du moment.

Dans certains cas, le Paget est à peu près indolore. Un de nos malades du groupe familial atteint de déformations osseuses depuis 26 ans n'a eu de petites crises douloureuses qu'au début, au lieu que sa sœur atteinte depuis 19 ans a souffert de manière épouvantable et presque continue. L'intensité des douleurs semble en rapport avec celle des réactions vaso-motrices.

Les os atteints ne présentent pas seulement un épaississement considérable, mais aussi un allongement très net malgré leur incurvation. Chez une de mes malades âgée de 63 ans le fémur atteint en totalité avait en ligne droite, mesuré au compas, 2 cm. 5 de longueur de plus que le côté sain, et, sur la radio, en suivant le contour du canal médullaire, un allongement de 7 centimètres.

Un autre point important, aussi bien pour la Pathogénie de l'affection que pour les Revendications dans les accidents, est le rôle du traumatisme sur la détermination des lésions pagétiques. (Voir Marcel Arnaud,

Soc. de Chir. de Marseille, juin 1936, expertise.) J. A. Lièvre a décrit récemment (*Presse médicale*, 8 janvier 1936, p. 45) un remaniement pagétoïde localisé de l'os, consécutif à un traumatisme. Il rappelle à ce propos de nombreuses observations de lésions pagétiques survenues sur des os ayant subi des traumatismes. Mon ami, le Dr G. Huc, a montré le 19 mai 1936 à la Société de Pédiatrie des pièces osseuses d'os atteints de ces lésions pagétoïdes post-traumatiques, démontrant l'origine artérielle de ces lésions. Il s'agit de troubles circulatoires consécutifs à des traumatismes. On ne peut nier que, dans la maladie de Paget, le traumatisme ne joue au moins le rôle de localisateur de la lésion. Prenons comme exemple l'homme de notre groupe familial. Il a présenté successivement une entorse du cou-de-pied droit en 1903, en 1909 une fièvre typhoïde avec abcès au 1/3 supérieur du tibia droit, en 1911 et 1929 chutes de cheval avec hématome et arrachement musculaire au niveau de la fesse et de la hanche gauche. Or il présente des lésions pagétiques de l'extrémité inférieure et supérieure du tibia droit, de l'os iliaque et tiers supérieur du fémur gauche.

Le Pronostic de la maladie de Paget, déjà assez sévère par la chronicité et l'étendue possible des lésions, peut encore être aggravé par des *complications* dont la fréquence insoupçonnée a été bien mise en lumière dans ces dernières années.

Le tassement vertébral peut être si accentué qu'il peut aller jusqu'à la détermination de *compression médullaire* brusque ou de *paraplégies* dans lesquelles les lésions vasculaires peuvent jouer un certain rôle (myélomalacies). De telles observations ont été publiées, on en trouvera l'exposé dans l'article de Raymond Garcin, André Auvray et Hadji Dimo (*Revue de Neurologie*, juin 1937, p. 761). Certains cas ont nécessité une laminectomie de décompression qui a été suivie de guérison (Clovis Vincent, Langeron, Dereux et Lemaître, *Revue de Neurol.*, avril 1936, p. 794 ; Petit-Dutaillis, Marchand et Garcia Calderon, *idem*, juillet 1936, p. 71).

Les fractures sont fréquentes au cours de la maladie de Paget. Elles ont été étudiées par Oberzimmer (*Zeitchr. für Orthopad.*, 5 sept. 1933, p. 116), Cl. A. Traver (*N. Y. state Journ. of Med.*, 15 février 1936, p. 242) et M. Tavernier qui en a observé 5 cas (*Soc. de Chirurgie de Lyon*, 9 mars 1936). Oberzimmer en rapporte 4 observations. Traver sur 61 Paget vus à l'Hôpital d'Albany note 17 fractures dont 15 sur les os atteints de lésions pagétiques (24,6 %). Wytack (cité par Tavernier) sur 14 Paget a vu 7 fractures dont 4 spontanées.

La proportion est considérable.

Tavernier distingue 3 types de fractures :

L'os pagétique type, épais avec alternances d'opacité et de clair lui donnant un aspect floconneux, est solide. S'il s'y produit une fracture c'est après un traumatisme important et elle se consolide dans les délais normaux.

Plus rarement l'os pagétique est peu épaissi et aux dépens de la seule corticale très opaque qui obture presque complètement le canal médullaire. Ces os sont très cassants et ce sont eux qui donnent la grande majorité des fractures, en particulier les fractures spontanées observées au cours du Paget (Murphy, Donati, Speder, Traver, Tavernier) et qui peuvent en être le premier symptôme (Rocher et Pouyanne). Il s'agit parfois de cas de Paget méconnus, mais la présence d'un épaississement du crâne, d'une clavicule, ne fait pas de doute sur le diagnostic. Le siège en est assez souvent le fémur (Tavernier), le trait de fracture est transversal, à peine ondulé, « on dirait une ostéotomie ». La fracture se consolide très vite. On voit chez des sujets âgés une fracture du fémur solide en 45 jours. Au contraire, il est à remarquer que chez deux malades de Traver, pagétiques, avec des fractures sur des os sains, celles-ci ont présenté du retard de la consolidation.

La *dégénérescence sarcomateuse* des lésions du Paget n'est malheureusement pas exceptionnelle et assombrit encore le pronostic de l'affection. (Léri, Sabrazès, Mathey-Cornat, Lasserre, Tavernier, Banzet, Guizaud.)

Tavernier estime à 10 % la dégénérescence sarcomateuse dans la maladie de Paget. L'évolution en est rapide et jusqu'ici tous les malades ont succombé.

Le *Diagnostic* de la maladie de Paget est devenu relativement facile grâce à la connaissance des aspects radiographiques et la recherche des troubles du métabolisme de calcium par l'examen du sang.

Pour arriver à déceler les formes latentes de l'affection il faut multiplier les clichés radiographiques et ne jamais négliger ceux du bassin et du rachis.

L'examen du sang est capital. Dans la maladie de Paget on trouve une formule caractéristique et qui la distingue absolument de toutes les autres affections osseuses dans lesquelles le métabolisme de calcium est troublé : le taux du calcium total, et celui de phosphore minéral sont sensiblement normaux, mais celui des phosphatases est augmenté dans des proportions qui ne se retrouvent dans aucune autre affection. Sur l'individu normal, en unités Bodansky, le chiffre des phosphatases est de 3 à 5. Dans certaines affections osseuses il peut s'élever à 6, 7, 8. Mais dans la maladie de Paget on le voit atteindre des chiffres énormes : 30, 40, 50 et plus. Voici par exemple le résultat d'un de nos malades avant tout traitement : par litre calcium total 93 milligr.; phosphore minéral 53 milligr.; phosphatases 55,1 unités Bodansky. Ce dosage des phosphatases non seulement permet d'affirmer le diagnostic, mais, répété de loin en loin, il permet de suivre l'efficacité du traitement suivi et de fixer le pronostic (Pautrat).

Quelle est donc la *Pathogénie* de la maladie de Paget ?

Jadis, sous l'influence de Lannelongue, puis de Fournier, obnubilés par la similitude apparente du tibia pagétique et du tibia syphilitique, la tendance à la multiplicité et le siège de ses atteintes, la sédation des douleurs que donnait quelquefois le traitement spécifique (mercure, bismuth), on avait rattaché la maladie de Paget à la syphilis.

Cette conception, battue en brèche par Dalché, a reçu le coup de grâce de Léri qui a montré que dans l'immense majorité des cas publiés le B.W. était négatif et qu'il l'était chez tous les malades observés par

lui. Nous n'insisterons donc pas sur les différences cliniques, radiographiques, sérologiques qui sont venues confirmer cette opinion et montrer que cette origine devait être définitivement abandonnée.

Il s'agit, tous les examens le démontrent, d'une maladie du métabolisme du calcium et de sa fixation sur les os, aussi l'attention s'est-elle rapidement portée sur les glandes qui régissent ce métabolisme et cette fixation : les parathyroïdes et l'hypophyse. Sur les rapports de la maladie de Paget avec les lésions de la parathyroïde la question semble réglée. La maladie de Paget présente des différences telles avec la maladie de Recklinghausen, l'ostéose parathyroïdienne, qu'aucune origine commune ne peut leur être assignée. Dans son Rapport sur les syndromes parathyroïdiens (XXIVe Congrès de Médecine, Paris 1936) Snapper accumule les arguments contre l'origine parathyroïdienne de la maladie de Paget. D'ailleurs dans les quelques cas de Paget où la parathyroïdectomie, accompagnée ou non d'ablation partielle de la thyroïde (Moehlig et Adler, loc. cit. ; Simonetta, *Archivio italiano di chirurgia*, n° 3, juin 1937) le résultat a été nul, l'évolution de la maladie n'a pas été influencée.

L'origine hypophysaire a trouvé des défenseurs en Moehlig et Adler qui ont été frappés du fait que sur les 26 Paget rencontrés, 18 examinés au point de vue du métabolisme des hydrates de carbone, ont montré 16 fois le type diabétique. Dans 4 cas il y avait du diabète familial, dans 8 de l'obésité. Ils penchent donc vers un trouble de l'hypophyse avec retentissement secondaire sur les parathyroïdes. Un traitement par le régime de l'insuline n'a pas empêché la progression de la maladie. Le gros argument contre l'origine hormonale du Paget est celui-ci : pour affirmer l'origine endocrinienne d'une affection osseuse il faut que les lésions du squelette soient généralisées (Coryn). C'est ce que l'on constate dans la maladie de Recklinghausen. Or, dans le Paget, quelle que soit son étendue, il reste toujours des os absolument sains. C'est une affection osseuse localisée à manifestations souvent mais pas toujours multiples, et dans laquelle, nous le répétons, les manifestations artérielles et vaso-motrices jouent un rôle important. C'est tout ce que l'on peut en dire actuellement.

Le *traitement* spécifique jadis employé systématiquement n'a plus d'intérêt. Tout au plus pourrait-on l'employer pour calmer la douleur, mais la radiothérapie présente la même action sans avoir les inconvénients d'une médication intensive et prolongée par le mercure ou le bismuth. Elle sera préférée. Etant donné la poussée vaso-motrice considérable observée lors des crises douloureuses, on pourrait se demander (Huc l'a proposé) si des forages pratiqués dans l'os ne donneraient pas une sédation instantanée des douleurs et une amélioration durable des lésions. Nous pouvons répondre par avance que le résultat sera nul. L'un de nos malades ayant eu la fièvre typhoïde et son tibia ayant grossi et étant devenu très douloureux peu après on a pensé à une ostéomyélite post-typhique. Un très large évidement a été pratiqué. Or les douleurs ne furent nullement calmées, la brèche se combla rapidement et le tibia pagétique continua à s'accroître par la suite.

Le traitement général de la Maladie de Paget est un traitement de recalcification intensive : Vitamine D et gluconate de calcium tel que l'a indiqué Delmas-Marsalet il y a une dizaine d'années. Nous l'avons employé systématiquement chez tous nos malades. Lorsqu'on le poursuit avec l'intensité voulue (injections intra-veineuses ou intra-musculaires en séries, comprimés dans les intervalles, vitamine D de manière presque permanente, adjonction d'héliothérapie) on arrive toujours, non à la guérison de l'affection, mais à sa stabilisation, c'est-à-dire à la suppression des poussées aiguës avec vaso-dilatation et douleurs, arrêt de l'extension de l'affection. En même temps on voit le taux des phosphatases sériques diminuer notablement (55 à 8 ou 10 unités par exemple) mais en restant toujours anormalement élevé. On peut ainsi, d'année en année, sous le contrôle de l'examen du sang, arriver à diminuer l'intensité du traitement, mais on ne peut arriver à le supprimer complètement, sinon on voit les accidents douloureux se reproduire.

On peut se demander si un tel traitement prolongé pendant des années chez des sujets âgés ne peut pas présenter des dangers, susciter ou exagérer l'athérome vasculaire, créer des dépôts calcaires viscéraux, des calculs du rein. Nous suivons depuis 5 et 6 ans deux pagétiques entre 65 et 70 ans, nous ne les avons vus présenter aucun inconvénient d'un traitement hypercalcifiant prolongé. Ils se félicitent, au contraire, de ne plus souffrir et d'avoir pu reprendre l'activité compatible avec leur âge.

ACTUALITÉS

RECTO-COLITES ULCÉREUSES ET VITAMINE A.

La gravité clinique et pronostique de certaines recto-colites ulcéreuses est dès longtemps reconnue. Telles que les ont définies Bensaude et Rachet, elles se traduisent cliniquement par des syndromes aigus ou chroniques d'allure dysentérique et anatomiquement par des lésions plus ou moins étendues du côlon, mais qui prédominent toujours à la portion terminale de l'organe. Si étendues qu'elles soient, ces lésions demeurent toujours cantonnées à la muqueuse et n'intéressent pas les tuniques sous-jacentes.

Ces recto-colites ulcérohémorragiques ont un autre caractère : l'obscurité totale de leur étiologie. En dépit de l'allure clinique, les résultats constants des examens coprologiques permettent de nier absolument leur nature dysentérique, soit dans le présent, soit dans le passé, qu'il s'agisse d'amibes ou de bacilles. En raison de l'allure infectieuse de la maladie divers germes, streptocoques ou apparentés, ont été incriminés sans que l'hypothèse ait pu être confirmée. Les autres facteurs étiologiques : trouble hépatique, endocrine ou neurotonique, viciation du métabolisme ou carence qu'on n'a pu nommer, ont un rôle tout au plus adjuvant.

L'individualité clinique et évolutive de ces recto-colites est cependant bien marquée.

Nous n'insisterons pas ici sur les formes aiguës d'évolution brève, avec grosse hyperthermie, douleurs et anémie intenses ; leur pronostic est des plus sombres et l'intolérance rectale qui en est un symptôme habituel ne permet guère de traitement local.

Les formes chroniques sont plus fréquentes. Le début en est souvent insidieux et progressif ; d'autres fois, c'est une

poussée aiguë de recto-colite rappelant l'amibiase que termine une guérison qui n'est, comme la suite le montrera, qu'un passage à l'état chronique.

Durant les périodes aiguës, on observe de 6 à 15 selles dans les 24 heures, mélange de matières diarrhéiques, de glaires, de pus et de sang ; épreintes et douleurs sont d'intensité moyenne ; les douleurs existent sur le côlon tout entier ou seulement dans la fosse iliaque gauche. La température avoisine 38°, il existe de l'anorexie, de l'amaigrissement, de l'asthénie.

La rectoscopie montre à ce moment une muqueuse rectosigmoïdienne fortement congestionnée avec des zones abrasées ou ulcérées où perlent des gouttelettes de sang.

Quand survient la rémission, tous les signes peuvent disparaître, y compris les anomalies des fèces ; plus souvent persistent quelques évacuations de glaires et de sang rappelant les selles des dysenteries chroniques.

La rectoscopie peut ne rien montrer ; plus souvent on voit une muqueuse congestionnée, fragile et souvent la persistance d'ulcérations torpides coexistant avec une guérison clinique apparente.

L'évolution est lente et capricieuse ; la guérison apparente se prolonge des mois ou davantage, mais des récidives se produisent toujours qui peu à peu se rapprochent.

L'observation prolongée et l'établissement de graphiques évolutifs ont permis à Rachet, Busson et Arnous de distinguer un certain nombre de types cliniques et en même temps d'estimer la valeur pratique de certains traitements.

L'étude de tels graphiques permet d'individualiser plusieurs formes évolutives.

La plus fréquente et la mieux caractérisée au point de vue symptomatique est une forme à rechutes annuelles. Que la maladie ait été traitée ou non, on voit se produire des rechutes coïncidant toujours chez un même malade avec une même période saisonnière et se développant pendant une durée toujours à peu près égale.

D'autres cas sont caractérisés par des rechutes à échéance éloignée que séparent des accalmies pouvant durer plusieurs années et souvent égales entre elles.

Il est aussi des formes à rechutes fréquentes et d'autres enfin, d'allure chronique et continue, ressemblant, à l'absence près de tout agent causal, à une dysenterie chronique ; de temps à autre se produisent des paroxysmes d'un même aspect clinique, mais entre lesquels les anomalies intestinales ne disparaissent jamais.

Nos connaissances actuelles n'éclairent nullement l'origine de ces rechutes ; l'influence du traitement paraît nulle ; quant aux causes occasionnelles, elles font souvent défaut. En ce qui concerne la périodicité, que les graphiques évolutifs montrent si fréquente, on se trouve réduit à en chercher la raison dans des conditions de terrain, de sensibilisation intestinale qui demeurent des vraisemblances faute de pouvoir être précisées.

Aussi les nombreux traitements jusqu'ici préconisés ont-ils été à la fois satisfaisants et décevants, même dans les formes chroniques qui seules paraissent accessibles à la thérapeutique.

Vaccinothérapie, sérothérapie ont quelques succès à leur actif, incontestablement temporaires, méthodes sur la spécificité desquelles nul ne se fait d'illusions.

Les traitements de shock et de désensibilisation ne sont pas plus fidèles et ont, de plus, l'inconvénient d'obliger à une vigilance sans défaillance.

Seuls demeurent donc les traitements locaux et symptomatiques. Les essais ont été nombreux et les résultats non toujours négligeables, qu'il s'agisse d'antiseptiques proprement dits (Bensaude et Savignac) ou de simples mucilages (Friedel). Les résultats ne sont pourtant ni assez réguliers, ni assez durables pour qu'il n'y ait pas place pour de nouveaux essais de cet ordre.

Un traitement local par la vitamine A a été essayé en ces dernières années par MM. Rachet, Busson et Arnous avec des résultats intéressants. Les auteurs insistent sur la nature essentiellement symptomatique de ce traitement ; les recto-colites ulcéreuses ni par leurs symptômes locaux ou généraux, ni par leur histoire clinique ne possèdent, au moindre degré, le caractère de maladies par carence ; les signes oculaires notamment n'y ont jamais été observés.

On connaît l'action de la vitamine A (et le caractère qui ne semble faire qu'un avec elle) sur la reproduction cellulaire. Divers auteurs ont utilisé le pouvoir cytophylactique et régénérateur des épithéliums de la vitamine A soit dans des brûlures, soit dans des plaies torpides du revêtement cutané. Vis-à-vis de la muqueuse rectale, ce pouvoir s'est montré également notable quelle que soit l'origine de l'effraction de la muqueuse (traumatisme : Rachet — gonococcie : Gutmann et Beaugeard). La vitamine A s'est montrée aussi un traitement adjuvant utile dans la fissure anale (Gaston Durand).

Il était donc logique de l'essayer contre les ulcérations rectosigmoïdiennes torpides que la rectoscopie fait découvrir alors même que la guérison clinique semble entière. Rachet, Busson et Arnous ont ainsi traité et conservé 2 ans en observation, 30 malades atteints de processus chroniques.

La vitamine A doit être employée uniquement en applications locales ; le contact avec la muqueuse doit être aussi direct et aussi prolongé que possible, ce qui nécessite quelques précautions.

Au début d'un traitement, en particulier, le ténesme peut rendre malaisée la conservation suffisamment prolongée du lavement vitaminé. De plus, la muqueuse rectale est souvent revêtue d'un enduit purulent et hématique qui l'isole de la substance médicamenteuse. Il convient donc, surtout si la sécrétion rectale est abondante, de déterger préalablement la muqueuse par un lavement évacuateur anodin (guimauve) précédant immédiatement le lavement médicamenteux. Il faut aussi réduire au plus petit volume utile ce dernier pour diminuer l'excitation mécanique ; il faut enfin lui ajouter une petite quantité de laudanum (XV à XXV gouttes au début), qu'on s'efforcera de réduire à mesure que la tolérance rectale le permettra.

Il est cependant nécessaire que le volume de liquide injecté soit suffisant. 60 à 100 cmc. sont une quantité en général bien tolérée. Le véhicule choisi est habituellement l'huile d'olives ; une huile animale (huile de foie de morue suractivée, huile de flétan) peut la remplacer sans inconvénient ni avantage. On y ajoutera 3 ou 4 cuillerées de carotène répondant à une dose de 20.000 à 30.000 unités Javillier.

Ce lavement administré au moment du coucher sera conservé toute la nuit.

Il importe de n'attendre aucune transformation rapide. Outre que fréquemment au début l'intolérance locale réduit la durée d'action du pansement vitaminé, il est habituel que les premiers signes d'amélioration se fassent attendre 10 ou 15 jours. Encore ne peut-on considérer la vitamine A comme plus lente à agir que les autres topiques employés dans d'autres méthodes. La condition indispensable au succès est la prolongation du traitement pendant plusieurs semaines quels que soient les effets apparents.

L'appréciation des résultats nécessite également un recul suffisant et les auteurs insistent avec raison sur l'existence des améliorations spontanées et des rechutes inopinées après longue accalmie qui doivent inciter à la prudence en ma-

tière de prévision. C'est seulement après plusieurs mois de mise en observation que les auteurs se sont formé une opinion.

L'évolution suraiguë, heureusement exceptionnelle, est une contre-indication aux lavements vitaminés qui d'ailleurs ne seraient pas tolérés.

Ce sont au contraire les poussées aiguës compliquant les formes chroniques qui sont, même lorsque intenses, l'indication de la méthode.

Chez tous les malades traités, l'amélioration des signes généraux a été certaine : la température tombe, l'asthénie disparaît, le poids augmente en même temps qu'apparaît une sensation de bien-être.

C'est après une ou deux semaines que l'amélioration devient évidente. Elle n'est pas moins nette dans les poussées greffées sur un état intestinal chronique que dans celles qui surviennent au cours d'un état de guérison apparente.

La durée même de la poussée semble peu influencée, à moins que le traitement n'ait été institué de façon extrêmement précoce. L'action sur les signes fonctionnels est au contraire très nette. Diminution, puis disparition du ténesme, après quelquefois une exagération passagère lors des premiers lavements ; diminution du nombre des selles qui tombent à 1 ou 2 par jour ; modification de leur composition : le sang et le pus disparaissent rapidement. Les glaires persistent au contraire plus longtemps.

Le nombre des succès semble encourageant, puisque sur les 30 malades suivis, les auteurs n'ont compté que 3 échecs.

L'aspect endoscopique se modifie également sans toutefois que le retour à l'état normal soit autre chose qu'une heureuse exception. Plus souvent la muqueuse prend un aspect granité ou une coloration pâle avec vaisseaux nettement visibles. Cette muqueuse demeure fragile et prête à saigner au moindre contact.

D'autres fois, il y a seulement réduction plus ou moins notable de la surface ulcérée, mais il persiste toujours quelques joues saignantes avec ou sans enduit pseudomembraneux dont le siège d'élection est la partie basse de l'ampoule rectale à sa face antérieure ou la valvule rectosigmoïdienne.

L'action sur la fréquence et le rythme des poussées semble assez effective, bien que l'évolution particulière de la recto-colite ulcéreuse ne permette pas un jugement définitif sans un très long recul. 3 fois sur 30 le rythme n'a pas paru influencé ; 4 fois sur 30 au contraire il y a eu espacement indiscutable des poussées. Dans les autres cas, il ne s'agit encore que d'une impression sans valeur statistique.

Il n'en demeure pas moins que vis-à-vis d'une affection rebelle et d'évolution décevante, la vitamine A a influencé heureusement les signes généraux et les signes fonctionnels et a de plus davantage modifié l'état anatomique que bien d'autres méthodes. Il n'y a là évidemment ni traitement étiologique, ni agent modificateur des terrains, mais seulement un topique.

Aussi ne semble-t-il y avoir aucun avantage à l'employer entre les poussées ; il faut seulement l'administrer aux premiers signes d'un réveil d'activité et en prolonger l'application un temps suffisant même après l'amélioration confirmée. On aura ainsi toutes chances d'influencer favorablement des malades que l'on ne peut encore se flatter de guérir.

R. LEVENT.

De la sérofloculation à la mélanine au cours du paludisme. Mécanisme, intérêt clinique, par le docteur Marcel FABREGOULE (travail du service de M. le professeur LEBON). 1 vol. in-8°, imprimeries « la typo-litho » et Jules Carbonel réunies, Alger, 1936.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LE CONTRAT MÉDICAL ET L'ACTION EN PAYEMENT D'HONORAIRES

La *Gazette des Hôpitaux* a reproduit dans son numéro du 3 avril 1937 le sommaire d'une décision rendue par le Tribunal civil de Chalon-sur-Saône, le 13 octobre 1936 (*Gaz. Pal.* 6 déc. 1936), laquelle avait admis que pouvait recevoir son application en matière de contrat médical la disposition de l'art. 2, paragr. 4 C. pr. civ. (loi du 6 avril 1932), qui permet de porter devant le juge du lieu où la convention a été contractée ou exécutée, lorsque l'une des parties sera domiciliée en ce lieu, les contestations relatives à des fournitures, travaux, locations, louage d'ouvrage ou d'industrie. Le Tribunal avait estimé, en effet, que le médecin, qui accomplit, dans l'intérêt du malade, un travail professionnel, délivre des fournitures ou poursuit une entreprise rentrant strictement dans le cadre d'application de la loi du 6 avril 1932.

Ce jugement était particulièrement favorable aux médecins, puisqu'il les dispensait de l'obligation de plaider devant le tribunal du domicile de leurs clients et leur permettait de porter devant le juge de leur propre domicile les actions en paiement d'honoraires relatifs à des soins donnés dans leur cabinet.

La Cour de cassation, en un arrêt de sa chambre civile du 13 juill. 1937 (*Gaz. Pal.* 5 oct. 1937), n'a point admis la thèse juridique qui avait servi de base à ce jugement.

Saisie, en effet, d'un pourvoi contre un jugement du Tribunal civil de Montreuil-sur-Mer du 27 avr. 1933, lequel s'était déclaré incompétent pour connaître d'une action en paiement d'honoraires formée par un médecin contre un client non domicilié dans le ressort de ce tribunal, la Cour suprême a rejeté ce pourvoi. Elle a décidé, en effet, que la convention qui intervient entre le malade et le médecin constitue un contrat « sui generis », qu'on n'y saurait voir un louage d'industrie ou d'ouvrages rentrant dans les contrats énumérés par la loi du 6 avr. 1932 et que les soins donnés ne peuvent être assimilés aux travaux et fournitures visés par la même loi, laquelle, dérogeant à la règle ordinaire de la compétence territoriale, doit être strictement interprétée.

En conséquence, il y a lieu de considérer désormais que le seul tribunal compétent pour connaître de la demande en paiement d'honoraires médicaux est le tribunal dans le ressort duquel est domicilié le client défendeur.

*
* *

Nous croyons devoir publier ci-dessous les sommaires de quelques décisions récentes particulièrement intéressantes pour nos lecteurs.

Médecine. — Chirurgie. — Pharmacie. — Médecins. — Obligations professionnelles. — Usages. — Soins à donner à un malade déjà soigné par un autre médecin. — Impossibilité de se substituer d'office au premier. — Exception en cas d'extrême urgence. — Appréciation des circonstances par le médecin seul.

Lorsqu'un malade s'est confié aux soins d'un médecin et désire faire appel à un autre médecin, ce dernier est tenu de se conformer à certaines règles confraternelles. Il ne peut accepter de se substituer d'office à son confrère et doit être autorisé par lui à traiter le malade soit seul, soit concurremment avec le premier médecin.

Cette règle ne souffre d'exception que dans le cas d'extrême urgence ou en l'absence du médecin traitant.

Observe donc une attitude parfaitement correcte, strictement conforme à son devoir professionnel et confraternel, le médecin qui, appelé à donner ses soins à un malade déjà soigné par un de ses confrères, refuse de se substituer d'office à ce dernier, alors, d'une part, qu'il a estimé n'avoir pas à déroger à la règle après s'être préoccupé de savoir si le malade était ou non en danger et que, d'autre part, sa science et son expérience lui ont permis de résoudre rapidement cette question par la négative.

(Trib. simp. pol. Sèvres, 19 mars 1937.)
(*Gaz. Trib.* 15 mai 1937.)

Médecine. — Chirurgie. — Pharmacie. — Art dentaire. — Mécaniciens pour dentiste. — Prise d'empreintes. — Appareils de prothèse.

Un mécanicien pour dentiste peut procéder à la prise d'empreintes, à l'essayage et à la pose d'appareils de prothèse, mais à la condition que ces opérations ne soient pratiquées que sous la surveillance effective et constante du dentiste diplômé.

(Cour de cassation (ch. crim.), 25 févr. 1937.)
(*Gaz. Pal.* 11 juin 1937.)

Médecine. — Chirurgie. — Pharmacie. — Art dentaire. — Exercice illégal. — Fermeture du cabinet. — Art. 161 et 189 C. instr. crim. inapplicables.

Si l'exercice de la profession de dentiste est réglementé, il n'en est pas de même de l'ouverture d'un cabinet dentaire.

Ni la loi du 30 nov. 1892, ni les art. 161 et 189 C. instr. crim. n'autorisent le juge à ordonner la fermeture du cabinet où l'art dentaire est illégalement exercé.

(Cour de cassation (ch. crim.), 10 mai 1937.)
(*Gaz. Pal.* 14 sept. 1937.)

Médecine. — Chirurgie. — Pharmacie. — Dentiste. — Responsabilité. — Accident alvéolaire bénin. — Dent infectée. — Simple pansement. — Non-extraction de la dent malade. — Sinusite, ostéite, septicémie et trombiphlébite du sinus caverneux. — Décès du malade. — Absence de faute professionnelle.

Lorsqu'un accident alvéolaire bénin survenu à une dent infectée (en l'espèce, la première grosse molaire supérieure droite) a eu pour conséquence une sinusite, laquelle s'est compliqué d'ostéite, puis de septicémie et de trombophlébite du sinus caverneux, ayant entraîné la mort, le dentiste qui s'est borné à faire, dès le début, un simple pansement, alors qu'il aurait peut-être mieux fait d'extraire la dent, n'encourt aucune responsabilité en l'état actuel des connaissances médicales, alors, d'une part, qu'il est impossible de dire de façon formelle que cette extraction aurait empêché le développement de l'infection sinusale probablement en cours au début du traitement, sans phénomènes extérieurs apparents, et que, d'autre part, n'est pas rapportée la preuve que ce dentiste ait donné des soins mal appropriés ou contre-indiqués ni qu'il ait commis une faute professionnelle caractérisée.

(Trib. civ. Seine (1re ch), 19 janv. 1937.)
(*Gaz. Trib.* 15 juin 1937.)

Médecine. — Chirurgie. — Pharmacie. — Dentiste. — Responsabilité civile. — Extraction d'une dent. — Extraction incomplète. — Fragment de racine laissé dans la région inférieure du sinus. — Abcès et fistule gingivale consécutifs. — Opération chirurgicale. — Faute lourde. — Dommages-intérêts.

Commet une faute lourde engageant sa responsabilité, le dentiste qui, procédant à l'extraction d'une dent (en l'espèce la 2e prémolaire supérieure gauche), l'arrache incom-

plètement, laissant un important fragment de racine dans la région inférieure du sinus qui occasionna un abcès et une fistule gingivale nécessitant une intervention chirurgicale.

Le dentiste ayant l'obligation de s'assurer immédiatement après l'enlèvement de la dent que celle-ci était entière, l'importance de la racine laissée dans la gencive révèle un manque d'attention inexcusable, car, s'il s'était aperçu de l'incident opératoire, il n'eût pas manqué de tenter l'enlèvement de l'esquille laissée en place, ce qui eût évité toute opération ultérieure.

Par ailleurs, le fait d'avoir laissé deux tire-nerfs carrés dans deux dents du malade, s'il laisse planer un doute sur l'habileté opératoire du dentiste, ne constitue pas une faute grave comportant une responsabilité de l'opérateur.

(Trib. civ. Seine (1re ch.), 19 janv. 1937.)
(*Gaz. Trib.* 25 mai 1937.)

C. NATTAN-LARRIER,

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1937)

Maladie de Morton. — M. WALLET présente une opérée chez laquelle, pour guérir une maladie de Morton par affaissement de la voûte plantaire antérieure, les 2e, 3e et 4e têtes métatarsiennes ont été réséquées afin de rétablir l'appui normal sur la première et la cinquième têtes. Le résultat, datant de six mois, paraît actuellement excellent.

Contribution à l'étude de la digestion gastrique. — M. LEMATTE, dans cette deuxième note, a étudié les facteurs et les éléments chlorés du suc gastrique. Il expose la méthode, qui permet d'avoir des chiffres exacts pour l'acide HCl libre et l'HCl combiné aux aliments tels que l'estomac les fournit au moment du tubage.

L'analyse n'est pas complète si on ne connaît pas la grandeur de la protéolyse. On la mesure avec la formol-titration.

L'auteur a composé un suc gastrique qu'il fait agir sur du pain insalivé. Les chiffres obtenus pour les éléments chlorés et acides sont tout à fait différents de ceux de la méthode de Winter. Ils correspondent au statisme du liquide. Pour avoir une analyse quantitative, il faut évaluer la quantité totale du suc qui existe dans l'estomac au moment du tubage.

Diagnostic des métrorragies par l'hystéro-salpingographie. — M. Jean DALSACE rapporte les résultats de 131 hystéro-salpingographies pratiquées pour métrorragies. Avant la ménopause 85 observations comprenant 52 cas de lésions chirurgicales (61 p. 100) dont 7 cancers du corps et 33 métrorragies de cause médicale ou fonctionnelle. Après la ménopause 46 observations comprenant 21 cancers du corps, soit 46 p. 100. Ces observations montrent que si le cancer du corps n'est pas rare avant la ménopause, il ne constitue pas après celle-ci la cause unique des métrorragies.

L'hystéro-salpingographie donne, seule, près de 80 p. 100 de diagnostics exacts ; elle évite un grand nombre de curettages inutiles ou dangereux.

Les dangers et les complications de l'onanisme chez l'homme.— M. Georges LUYS attire l'attention sur les conséquences lointaines engendrées par l'onanisme chez l'homme et notamment sur la spermatocystite chronique qui aboutit au prostatisme.

Le traitement doit être prophylactique, en mettant tout

d'abord l'enfant pubère en garde contre l'onanisme. Le traitement des lésions confirmées se résume dans le traitement habituel des spermatocystites.

Les petites hémogénies. — M. Grain montre que la recherche systématique du temps de coagulation met en lumière le nombre considérable des petites hémogénies, 50 p. 100 des cas examinés par l'auteur. Indépendantes de la situation sociale de l'organisme considéré, elles reconnaissent pour origine l'intoxication de la cellule hépatique par les gaz d'échappement des moteurs à explosion et à combustion.

Fistule vésicale après cystostomie pour cystite aiguë à colibacilles. Injections d'ozone dans les côlons. Asséchement et cicatrisation rapide du trajet fistuleux. — M. Aubourg.

PRATIQUE MÉDICALE

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT MÉDICAL DE L'ULCÈRE GASTRO-DUODÉNAL

par le docteur P. Gariel (de Roquevaire)

Dans le *Journal Belge de Gastro-Entérologie* (n° 6, juin 1937), le professeur Emile Aron, de Tours, a fait une mise au point excessivement intéressante des traitements médicaux de l'ulcère gastro-duodénal.

Il a rappelé, tout d'abord, les recherches si importantes de Gutmann, médecin des hôpitaux de Paris, qui a démontré que l'affection évolue généralement par crises, puis il a passé en revue les deux tendances essentielles qui opposent encore les thérapeutes : les uns restent fidèles aux traitements symptomatiques, les autres font appel aux traitements dits pathogéniques : vaccins, protéine, insuline, extrait pancréatique, pepsine, extraits thyroïdiens, post-hypophysaire, splénique ou musculaire, carnosine et enfin histidine.

L'utilisation de ce dernier acide aminé dans l'arsenal thérapeutique anti-ulcéreux est née, comme on sait, des recherches physiologiques entreprises justement par Emile Aron et A. G. Weiss : chez le chien porteur d'une dérivation duodénale, suivant la technique de Mann et Williamson, ces chercheurs ont empêché, au moyen d'injections d'histidine, l'évolution de l'ulcère que détermine toujours chez le chien cette dérivation, et ils ont donc déduit de leurs expériences que chez le chien porteur d'une dérivation duodénale, l'ulcère expérimental ne se développe pas, si on injecte toutefois de l'histidine et cet acide aminé à l'exclusion de tout autre.

Weiss et Aron sont partis de ce fait pour réaliser une étude approfondie en thérapeutique humaine : c'est ainsi que les professeurs Stolz et Weiss, en collaboration avec les docteurs Kuntzmann et Calihman, ont pu publier à la Société de Chirurgie, à la Société de Médecine du Bas-Rhin, et plus récemment à la Société Belge de Gastro-Entérologie, les résultats de leurs expériences de traitement de l'ulcère gastro-duodénal par la solution de monochlorhydrate d'histidine.

Ce qui a le plus frappé les auteurs qui se sont occupés de la question (Lenormand, Aron, Hessel, Bogendoerger, Fournial, Vasselle, Stolz, Desplas, Castaigne, Chaumerliac, Lacroix, Smith, Conrisioner, etc.), c'est l'action antalgique manifeste de l'histidine qu'on l'emploie en injections souscutanées, intramusculaires et intradermiques (laristine : ampoules de 5 cc. et de 1 cc.). Cette solution d'histidine agit également sur l'état général, le rythme et l'intensité des crises ulcéreuses et sur les poussées évolutives.

Ce sont ces considérations qui nous ont amené personnellement à utiliser la laristine dans les cas ci-après :

I. — M. H. G..., 60 ans, fonctionnaire, souffrait depuis l'âge de 30 ans de troubles dyspeptiques. Depuis une dizaine d'années se sont précisés des symptômes d'ulcus duodénal. Sous l'influence de divers traitements par les alcalins, on obtint durant 5 années une sédation des phénomènes douloureux. Depuis 5 ans, cependant, ceux-ci réapparaissent, s'accompagnant de rares vomissements ainsi que de melæna discrets. Puis les crises douloureuses se rapprochent ; les intervalles de santé apparente deviennent plus courts. Depuis janvier 1936, le malade souffre tous les jours. Des radiographies en série du segment duodénal, puis au sélecteur de Béclère, confirment le diagnostic. On pratique une série d'injections de pepsine sans résultat. Malgré un régime strict, l'état général décline. On envisage une intervention chirurgicale, mais on décide d'essayer des injections de Laristine « Roche » combinées à des prises de bismuth, de belladone et de solution de Bourget. Dès la troisième injection, les douleurs s'estompent. A la sixième, le malade ne ressent plus aucun trouble. On pratique encore six injections trihebdomadaires. Depuis un an et demi, le malade n'a plus ressenti aucun trouble malgré qu'il ne suive aucun régime. L'état général est excellent, le poids a augmenté.

II. — M. B. N..., 54 ans, souffre depuis 4 ans d'un ulcus duodénal avec périduodénite et ptose gastrique, diagnostic précisé par les radiographies. Dès la quatrième injection de laristine associée au traitement alcalin, tous les phénomènes dyspeptiques disparurent. L'état général s'améliorant rapidement, le malade a repris son travail.

III. — M. N..., 67 ans, souffre depuis 5 ans d'un ulcus duodénal avec melæna important. Les troubles qu'il ressent lui interdisent toute autre alimentation que le lait depuis un mois. A la quatrième injection de laristine combinée au traitement bismuth-Bourget, on assiste à une sédation complète de tous les troubles. Il n'y a plus de melæna, l'état général s'améliore avec l'élargissement du régime.

De ces trois observations, il semble que l'on soit autorisé à conclure à l'influence favorable des injections d'histidine sur l'évolution des ulcères duodénaux. Il convient de noter l'action rapide du produit, son innocuité absolue et l'indolence parfaite des injections. L'adjonction au traitement des ingestions bismuthiques et de la solution de Bourget semble apporter un appoint immédiat à l'action de l'histidine ; c'est pour ces raisons qu'il nous a paru intéressant d'ajouter aux études de Weiss et Aron cette contribution qui certainement sera utile au médecin praticien.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 1er décembre. — Jury : MM. Lemierre, président ; Tanon, Alajouanine, Joannon. — M. Oriol. Contribution à l'étude de la neuro-mélitococcie.

Jeudi 2 décembre. — Jury : MM. Chevassu, président ; Cunéo, Lereboullet, Terrien. — M. Aslan. Etude de l'influence de la grossesse sur l'appareil excréteur du rein normal, par l'urétéropyélographie rétrograde. — M. Lecoq. Contribution à l'étude du choc traumatique. — Mme Cauvy-Saint-Paul. Contribution à l'étude des complications nerveuses des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant. — M. Kieffer. Luxations spontanées non traumatiques du globe oculaire.

Vendredi 3 décembre. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Robert Debré, Loeper, Lacomme. — Mlle Simon. A propos du rôle obstétrical d'Ambroise Paré. Critique de textes. — M. Laborde. Considérations sur un cas de myosite ossifiante progressive. Maladie de Munchemeyer. — M. Kapler. Grossesses, tuberculose, sels d'or.

INFORMATIONS

(*Suite de la page 1498.*)

XXVe Congrès français de médecine (Marseille, 26-28 septembre 1938). — Questions à l'ordre du jour :

Les spirochétoses ictérigènes : Les formes ictériques, par le prof. Jules Monges et Jean Olmer (Marseille). — Les formes anictériques, par M. Jean Troisier (Paris). — Les spirochétoses, dans la France d'Outre-Mer, par MM. Bordes et Rivoalen, prof. agrégés du Service de santé colonial. — *Les hypochlorémies :* Le chlore considéré au point de vue physiopathologique, par le prof. Ambard (Strasbourg). — Les hypochlorémies médicales, par M. Mach (Genève). — Les hypochlorémies du point de vue chirurgical, par le prof. Mayer, le prof. Bigwood et Van Dooren (Bruxelles). — *La thérapeutique actuelle des avitaminoses de l'adulte :* Introduction à la thérapeutique des avitaminoses, par le prof. Mouriquand (Lyon). — Thérapeutique des avitaminoses A, par le prof. Chevalier (Marseille). — Thérapeutique des avitaminoses en pathologie coloniale (béribéri, sprue), par le prof. Toullec et M. Riou (Hanoï). — Thérapeutique de la pellagre, par le Privat docent Nitzulescu (Jassy). — Thérapeutique des avitaminoses du type scorbutigène, par le prof. agrégé Giroud et Leblond (Paris). — Thérapeutique des avitaminoses D et E, par le prof. Wilsteadt (Copenhague).

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général, prof. H. Roger, 66, boulevard Notre-Dame, Marseille.

VIIe Congrès français de gynécologie. — Ce Congrès aura lieu à Nice, du 19 au 23 avril 1938.

Question à l'ordre du jour : *La Blennorragie génitale féminine.* Rapporteur général : M. L.-M. Pierra.

Six rapports seront présentés : *L'infection gonococcique chez la femme : a)* Diagnostic bactériologique au cabinet du médecin. Critérium de guérison, par M. Pierre Barbellion (Paris) ; *b)* Cultures, sérologie et biologie du gonocoque, par M. Ch.-O. Guillaumin (Paris). — Les localisations anatomo-cliniques de la blennorragie génitale chez la femme. La blennorragie, danger social ; la stérilité, par M. L.-M. Pierra (Luxeuil). — Traitements de la blennorragie génitale de la femme, par MM. Maurice Fabre, F.-A. Papillon, André Pecker (Paris). — La blennorragie de la femme enceinte et son traitement, par M. Morisson-Lacombe (Nice). — La vulvo-vaginite des petites filles et son traitement, par J.-E. Marcel (Paris).

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser à M. P. Gasquet, président du Comité d'organisation, 47, boulevard Victor-Hugo, Nice (Alpes-Maritimes).

XIe Congrès de la Société internationale de chirurgie. — La Société internationale de chirurgie tiendra son prochain congrès à Vienne, du 19 au 22 septembre 1938, sous la présidence du professeur R. Matas, de New-Orléans.

Première question : *Traitement chirurgical de l'Hypertension :*

a) Introduction par le professeur Pende (Rome) ; b) problème physiologique du point de vue chirurgical : docteur Wertheimer (Lyon) ; c) indications du traitement chirurgical et résultats cliniques : professeur Alessandri et docteur Valdoni (Rome) ; d) techniques et résultats : 1° dans l'H. paroxystique : docteur Mandl (Vienne) ; 2° dans l'H. solitaire : docteur Peet (Ann-Arbor).

Deuxième question : *Greffes osseuses :*

a) Introduction par le professeur Cunéo (Paris) ; b) études biologiques : professeur Albert (Liége) ; c) G. O. dans les traumatismes récents et les pseudarthroses : docteur Platt (Manchester) et professeur Demel (Vienne) ; d) G. O. dans la tuberculose osseuse et articulaire : docteur Svante Orell (Stockholm) ; e) G. O. dans les dystrophies osseuses et les tumeurs : docteur Phemister (Chicago) ; f) G. O. dans les arthrites chroniques : professeur Kappis (Wurzburg).

Troisième question : *Traitement chirurgical des kystes et tumeurs du poumon :*

a) Introduction par le professeur Sauerbruch (Berlin) ; b) conditions physiologiques de la chirurgie pulmonaire : professeur Costantini (Alger) ; c) techniques générales : professeur José Arce (Buenos-Ayres) ; d) méthodes et résultats des opérations pour tumeurs : professeur Forni (Venise) ; e) méthodes et résultats des opérations pour kystes : professeur Baggio (Pise).

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat général : docteur L. Mayer, 72, rue de la Loi, Bruxelles.

COURS ET CONFÉRENCES

PATHOLOGIE MÉDICALE (professeur M. ABRAMI). — M. J. HAGUENAU, agrégé, a commencé ses leçons le lundi 15 novembre, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : *Pathologie du système nerveux* (maladies de la moelle épinière et des nerfs périphériques).

COURS D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE

M. le professeur Laignel-Lavastine commencera son cours le *lundi 22 novembre 1937, à 16 heures*, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et continuera ce cours les lundis suivants à la même heure.

Programme du cours : *Histoire de la neuro-psychiatrie.*

Lundi 22 novembre 1937 : introduction et division.

Lundi 29 novembre : neuro-psychiatrie préhistorique et assyro-babylonienne.

Lundi 6 décembre : neuro-psychiatrie égyptienne et hébraïque.

Lundi 13 décembre : neurologie grecque.

Lundi 20 décembre : psychiatrie grecque.

Lundi 10 janvier 1938 : neuro-psychiatrie indoue et extrême-orientale.

Lundi 17 janvier : la neuro-psychiatrie à Rome de la République à Théodose.

Lundi 24 janvier : la neuro-psychiatrie à Byzance jusqu'à Mahomet II.

Lundi 31 janvier : la neuro-psychiatrie dans la médecine arabe et le moyen âge.

Lundi 7 février : les épidémies de démonopathies.

Lundi 14 février : la neuro-psychiatrie à la Renaissance.

Lundi 21 février : la neuro-psychiatrie au XVIIe siècle.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE (Hôpital Saint-Antoine). — M. le professeur LÉVY-SOLAL fera sa leçon inaugurale le jeudi 2 décembre 1937, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et continuera le cours à l'Hôpital Saint-Antoine, tous les jeudis suivants, à 11 heures.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette

N° 96. — MERCREDI 1er DECEMBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-34.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'externat.* — Jury : MM. Merklen, Michaux, Launay, Lenègre, Gérard-Marchant, Couvelaire, Jean Gosset, Sauvage et Aubry.

— *Concours de stomatologiste des hôpitaux.* — Liste d'admissibilité : MM. Vrasse, 69 ; Friez, 59 ; Maleplate, 55 ; Bornet, 53.

Hôpitaux de Marseille. — A la suite d'un concours, M. le docteur Marius Audier a été nommé médecin des hôpitaux.

Hôpitaux de Nîmes. — Un concours pour la nomination de deux médecins adjoints des hôpitaux de Nîmes s'ouvrira au mois de mai 1938.

Ce concours est ouvert aux docteurs en médecine français installés à Nîmes avant le 30 avril 1936. Inscriptions avant le 20 avril 1938, au secrétariat de la commission administrative des hospices, 5, rue Hoche, à Nîmes.

Faculté de médecine de Paris. — Le titre de professeur honoraire est conféré à MM. Roussy, Brindeau et Sergent, anciens professeurs à la Faculté de médecine.

Elections au Conseil de l'Université. — Les élections des étudiants adjoints au Conseil de l'Université pour les affaires disciplinaires qui devaient avoir lieu le mercredi 22 décembre 1937, sont avancées au samedi 18 décembre 1937.

Nouveau régime. Session de février 1938. — Les consignations pour la session de réparation de février 1938 seront reçues les lundi 6 et mardi 7 décembre, au secrétariat de la Faculté : de midi à 15 heures, guichet 2, pour 1re, 2e et 3e années. — Guichet 3, pour 4e et 5e années.

Faculté de médecine de Toulouse. — A la rentrée solennelle des Facultés, le 4 novembre, le diplôme de docteur *honoris causa*, de l'Université de Toulouse, a été décerné à M. le professeur Constantin Daniel (de Bucarest), et le discours d'usage a été fait par M. le professeur P. Mériel, assesseur du doyen de la Faculté de médecine, qui avait pris pour sujet : « le Courage chirurgical ».

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. — *Officier :* docteur Eugène Pestel, à Soissons ; docteur Victor Delaunay, à Paris.

Chevalier : le professeur Gabriel, de la Faculté de médecine de Marseille ; le professeur Wolf, de la Faculté de médecine de Strasbourg ; le docteur Vagnon, à Lyon.

EDUCATION NATIONALE. — *Chevalier :* Docteur Durville (André-Ph.-Ed.), à Paris.

Marine marchande. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la marine marchande, réservé aux docteurs en médecine français, *aura lieu à Bordeaux, les* 23 *et* 24 *décembre* 1937.

S'inscrire avant le 10 décembre prochain, auprès du directeur de l'Inscription maritime, à Bordeaux.

Ministère des Colonies. — *Création d'un corps d'infirmières coloniales.* — Le *Journal officiel* du 24 novembre publie un décret créant pour l'ensemble des territoires d'outre-mer un « cadre général d'infirmières et de sages-femmes coloniales polyvalentes », dont l'effectif est fixé à quatre-vingts.

Les infirmières peuvent être utilisées dans les hôpitaux du service général et de l'assistance médicale indigène, dans les services d'hygiène et de médecine préventive, dans les dispensaires, dans les équipes mobiles de prophylaxie et de médecine sociale.

Aux sages-femmes sont réservés, en principe, les maternités et les services de protection de la mère et de l'enfant. Elles peuvent cependant, par nécessité de service, être chargées d'un emploi d'infirmière.

Les traitements vont de 9.000 francs pour les stagiaires jusqu'à 19.200 francs pour les infirmières et sages-femmes hors classe. Elles bénéficieront, en outre, du supplément colonial.

Ministère de la Santé publique. — Le *Journal officiel* du 26 novembre 1937 publie un arrêté relatif au commerce des médicaments renfermant des substances vénéneuses à doses faibles.

Vacances de Noël sur la Côte d'Azur. — La Société médicale du Littoral méditerranéen organise du 26 décembre 1937 au 3 janvier 1938, son voyage d'hiver. De Saint-Raphaël à Cannes, Grasse, Nice, Monaco, Menton. Une journée sera consacrée aux sports d'hiver à Beuil.

Comme les années précédentes, ce voyage permettra aux confrères et à leurs familles, de visiter en détail, dans des conditions exceptionnelles de confort et à prix très réduit, la Côte d'Azur et toutes ses installations médicales.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat, 24, rue Verdi, à Nice.

Une médaille à M. le professeur Sabrazès (de Bordeaux). — Un Comité comprenant les présidents d'honneur : MM. le recteur Roussy, le professeur Vincent, les doyens Sigalas et Mauriac, le professeur Réchou, le médecin général Cazamian ; le président, M. le professeur Denigès ; les vice-présidents, MM. les professeur Dupérié et Bonnin ; le trésorier, M. le docteur Pauzat, s'est constitué en vue d'offrir une médaille commémorative à M. le professeur Sabrazès, à l'occasion de son admission à l'honorariat.

Une souscription est ouverte, donnant droit à une médaille en bronze, pour tout versement minimum de 70 francs. Adresser le montant des souscriptions à M. le docteur Pauzat, trésorier, compte-courant Bordeaux 43.193.

Association nationale des Médecins mutilés et pensionnés de guerre (8, rue Roquépine). — L'Assemblée générale de 1937 se tiendra au siège social, 8, rue Roquépine, le dimanche 12 décembre, à 9 h. 30.

Un déjeuner amical aura lieu ensuite à 12 h. 30, au Relais de la Belle-Aurore, 6, rue Gomboust. (S'inscrire avant le 10 décembre auprès du docteur Giuliani, 6, rue de Lesseps.)

L'Association, fondée le 3 novembre 1928, pour obtenir d'abord le vote de la loi sur les emplois réservés médicaux (loi du 12 août 1933), puis l'application et l'extension de cette loi, assure en outre des liens de solidarité entre ses membres. Elle est ouverte à tous les médecins titulaires d'une pension d'invalidité au titre de la loi du 31 mars 1919.

Société de thérapeutique. — *Prix Antoine Courtade.* — La Société de thérapeutique décerne tous les deux ans les arrérages du legs Antoine Courtade (1.250 francs) « au meilleur travail de thérapeutique médicale ou sur une question posée par la Société, ou encore à celui qui découvrira un médicament nouveau, d'une grande utilité, d'un usage fréquent et qui restera acquis à la thérapeutique ».

Les travaux, en deux exemplaires, les produits en quantité suffisante pour en permettre l'analyse et les essais physiologiques et thérapeutiques, devront être envoyés au secrétaire général (docteur G. Leven, 24, rue de Téhéran, Paris (8e), avant le 1er mars. Ils peuvent être adressés soit par le candidat lui-même, soit par un membre de la Société. Aucun acte de candidature personnelle n'est nécessaire, et l'anonymat est admis. Les candidats devront justifier de leur qualité de Français.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié (prof. RATHERY).

Lundi 6 décembre. — 9 h. : M. BARGETON : Cours de séméiologique cardiaque. — 9 h. 30 : Visite des salles. — 10 h. 30 : M. DEROT : Présentation de malade.

Mardi 7 décembre. — 9 h. : M. SALLET : Cours de séméiologie rénale. — 9 h. 30 : Visite des salles. — 10 h. 30 : M. THOYER : Présentation de malade. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée. — M. RATHERY : Maladies de la nutrition. Diabète.

Mercredi 8 décembre. — 9 h. : M. GRENET : Cours de séméiologie nerveuse. — 9 h. 30 : Visite des salles. — 10 h. 30 : M. J. HESSE : Présentation de malade. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. RATHERY : Maladies des reins.

Jeudi 9 décembre. — 9 h. : M. DE TRAVERSE : Cours de chimie biologique élémentaire. — 9 h. 30 : Visite des salles — 10 h. 30 : M. F. RATHERY : Leçon clinique : cirrhose avec ictère.

Vendredi 10 décembre. — 9 h. : M. BACHMANN : Cours de séméiologie pulmonaire. — 9 h. 30 : Visite des salles. — 10 h. 30 : M. HUREZ : Présentation de malades. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. RATHERY : Diabète, nutrition, rhumatisme.

Samedi 11 décembre. — 9 h. : M. J. FERROIR : Cours de séméiologie digestive. — 9 h. 30 : Visite des salles.

— HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — *Conférences de séméiologie radiographique à l'usage des praticiens* (1937-1938), sous la direction de M. le docteur Charles GUILBERT. — Les conférences commenceront le jeudi 16 décembre 1937, pour être terminées le 24 décembre, à midi. Le matin, interprétation des clichés, examens à l'écran, conférences.

L'après-midi, exercices pratiques.

Avec le concours des docteurs FALCOZ, CORBYER, FRAIN, PARRAUT, Mme CRASNIAN, GIRON.

Droit d'inscription : 300 francs. S'inscrire au Laboratoire de radiologie de l'Hôpital Lariboisière.

Nécrologie. — Le docteur Louis-Napoléon Delorme, professeur d'anatomie pratique à l'Université Laval, à Montréal.

— Le docteur Renoirdre (de Bruxelles).

— Le docteur Van Roey, recteur de l'Université d'Amsterdam, professeur de gynécologie, décédé à Nimègue, à l'âge de 57 ans.

— Le docteur Paul Charles, ancien interne des hôpitaux de Paris (2e de la promotion de 1883), à Landigou (Orne).

TRAVAIL DE LA POLICLINIQUE CHIRURGICALE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Directeur : Prof. J. VEYRASSAT

LE BACTÉRIOPHAGE EN INJECTIONS INTRA-ARTÉRIELLES

par MM. ROBERT MONTANT et P. GUINCHARD

C'est au cours de ces dernières années que la méthode des injections intra-artérielles est entrée dans le domaine de la pratique courante. Cette voie est utilisée dans l'artériographie, l'anesthésie locale et l'artério-thérapeutique. C'est de cette dernière seulement que nous nous occuperons dans ce travail.

C'est une méthode bien séduisante que celle qui consiste à emprunter le chemin le plus direct et le plus rapide pour imprégner un territoire infecté (surtout quand l'infection est diffuse) par un agent microbicide. Celui-ci (à l'inverse de ce qui se passe dans l'injection intraveineuse où le médicament est fortement dilué dans la masse sanguine) arrive au foyer infecté en solution concentrée, et se fixe dans les tissus, ce qui fait dire à Goinard qu'une même substance est moins nocive pour l'organisme lorsqu'on l'injecte dans une artère, vers le barrage capillaire, que dans une veine, vers le cœur, les poumons, les grands viscères...

De nombreux cas ont été publiés montrant tout l'intérêt que présente cette méthode ; mais si certains résultats sont remarquables (membres sauvés in extremis de l'amputation), d'autres sont moins brillants et accusent des échecs ou des aggravations.

Cette divergence dans les résultats a engagé les auteurs à pousser plus avant les recherches cliniques ou expérimentales quant au mode d'action des injections intra-artérielles. La coloration des tissus par l'agent thérapeutique (mercuro-chrome, violet de gentiane) au cours de l'injection ou à l'examen anatomique des tissus rend évidente l'action microbicide in situ. Arnulf et Frieh (1) ont montré que des prélèvements faits dans la zone colorée par le mercuro-chrome restaient stériles.

Cependant l'action des injections I. A. est certainement beaucoup plus complexe qu'un simple effet microbicide. En effet Goinard, Mondzain-Lemaire et Pietri (2) ont attiré l'attention sur les modifications vaso-motrices et capillaires intenses qu'entraînent les injections I. A. d'une solution hydro-alcoolique de violet de gentiane, modifications rendues évidentes par les modifications oscillométriques. Comme après une sympathectomie périartérielle, l'indice oscillométrique diminue immédiatement après l'injection, mais le lendemain il dépasse largement le chiffre initial. Cette vaso-dilatation ne se prolonge guère au delà d'une semaine. Selon cet auteur ces modifications sont indépendantes des excitations adventitielles (piqûre, irritation médicamenteuse), quoique ayant le même sens ; il est possible qu'elles soient dues à l'irritation de l'endothélium. La vaso-constriction du début peut dans certaines conditions n'être pas suivie de vaso-dilatation secondaire et expliquer ainsi les échecs ou les accidents signalés après les injections intra-artérielles.

C'est pour chercher à éviter ces accidents que Huet et Bargeton (3) ont recherché à quels caractères physiques ou chimiques était due la nature agressive des substances injectées, à l'égard des parois vasculaires. Ils ont éudié les variations que présente la tension artérielle, tant centrale que récurrente, à la suite d'injections intra-artérielles de différents produits, et sont arrivés aux conclusions suivantes : « 1° Seules les solutions isotoniques sont sans influence ou ont une influence insignifiante sur la tension récurrente. Elles n'en ont aucune sur la tension centrale. 2° Les solutions hypotoniques sont également sans grande action sur la tension centrale, mais elles ont sur la tension récurrente une action parfois importante et regrettable. 3° Les solutions hypertoniques déterminent également des troubles profonds et durables de la tension récurrente.

« Seules donc les solutions isotoniques sont dépourvues d'influence sur la tension récurrente, qui est le meilleur élément d'appréciation de la circulation périphérique. Ce sont les seules dont on pourra légitimement espérer qu'elles seront sans danger. »

Ces auteurs ont en outre démontré que parmi les substances isotoniques, celles dont le pH est voisin du pH sanguin (compris entre 7 et 8,3) n'ont aucune action sur la tension récurrente ; il apparaît par contre une réaction vaso-motrice d'importance variable quand leur pH s'écarte de ces limites.

Jusqu'ici seuls des produits chimiques (argent colloïdal, violet de gentiane, mercuro-chrome, rivanol, etc.) ou des sérums (anti-tétanique, anti-gangréneux) avaient été injectés dans des artères. En 1934 Baumgartner et Liengme eurent l'idée d'utiliser la voie artérielle pour traiter des infections staphylococciques par le Bactériophage de d'Hérelle. Ils présentèrent à la Société médicale de Genève (4) les observations de plusieurs malades gravement atteints, traités de cette façon avec de très bons résultats. Ainsi un homme de 70 ans, diabétique, atteint d'un phlegmon du pied avec lymphangite de la jambe, guéri par trois injections de bactériophage dans la fémorale. Un cas de phlegmon grave des gaines tendineuses des fléchisseurs de la main guéri par trois injections dans l'artère humérale ; d'autres cas encore où l'infection fut rapidement jugulée dans les mêmes conditions.

Dans le courant de cette année, nous avons traité dans le service de M. le Professeur Veyrassat, une quinzaine de malades, selon cette méthode. La clientèle ambulatoire de policlinique ne nous a permis d'entreprendre que des cas relativement bénins d'infections staphylococciques du membre supérieur, cas qui généralement n'impliquent pas un traitement par les injections I. A., mais qui nous ont permis de nous rendre compte de l'efficacité de la méthode. C'est surtout dans les infections graves, diffuses, que les injections I. A. trouveront leur indication ; les cas de Baumgartner et Liengme, ceux plus récents de Steinmann,

(1) *Presse médicale* 1936, p. 629.
(2) *Presse médicale* 1935, p. 83.
(3) *Mémoires de l'Académie de Chirurgie* 1936, t. 62, p. 484.
(4) *Revue médicale de la Suisse Romande* 1934, p. 1022.

nous montrent en effet tout le parti que l'on peut tirer de cette méthode.

Nous donnons tout d'abord le résumé de nos observations.

1. Homme de 59 ans. Panaris péri-unguéal à staphylocoques du médius dr., ayant débuté 10 jours auparavant. Tuméfaction, rougeur et douleurs lancinantes. Le malade reçoit 3 injections intra-humérales (au pli du coude) de 10 cc. de bactériophage. Les symptômes ont régressé rapidement, mais il subsiste une légère suppuration, l'ongle est enlevé et la guérison survient au bout de quelques jours.

2. Femme de 19 ans. Panaris péri-unguéal à staphylo du pouce droit. Douleurs lancinantes. Lymphangite jusqu'à la base du doigt. Injection de 10 cc. de bactériophage dans l'artère humérale au pli du coude. Sensation immédiate de fourmillement dans le pouce. Sédation complète de la douleur une demi-heure après. Nouvelle injection le lendemain. Deux jours après incision de la collection.

3. Femme de 47 ans. Panaris superficiels du pouce et de l'index dr. Inj. de 10 cc. de bact. dans l'humérale. Fourmillement immédiat dans les deux doigts. Le lendemain disparition presque complète de la douleur et localisation de la rougeur. Incision.

4. Femme de 32 ans. Panaris péri-unguéal à staphylo du médius dr. datant de 21 jours. Inj. de 10 cc. de bact. intra-humérale. Le lendemain douleur très atténuée. Incision.

5. Homme de 62 ans. Panaris péri-unguéal à staphylo du pouce dr. Douleurs lancinantes, petit ganglion épitrochléen et lymphangite remontant jusqu'à l'aisselle. 10 cc. bact. dans l'humérale. Fourmillements. Le lendemain la douleur est très atténuée, on ne sent plus le ganglion et la lymphangite a presque complètement disparu. Incision. Guérison 8 jours après.

6. Homme de 59 ans. Panaris péri-unguéal pouce dr. Lymphangite. Injection intra-humérale de 10 cc. de bact. Fourmillements dans le doigt malade. Le lendemain la douleur a disparu, la rougeur est circonscrite, incision. Guérison 4 jours après.

7. Femme de 38 ans. Sujette aux furoncles. A eu antérieurement un panaris du pouce dont la guérison, après incision, n'est survenue qu'après plus d'un mois. Actuellement souffre d'un panaris péri-inguéal de l'index g. au début sans collection. Inj. de 10 cc. de bact. intra-humérale. Fourmillement dans le doigt. Trois jours après guérison (sans incision).

8. Homme de 25 ans. Début de panaris péri-unguéal du médius g. L'extrémité du doigt est tuméfiée, rouge. Douleurs lancinantes jusque dans l'aisselle. 10 cc. bact. dans humérale. Fourmillements. Sédation rapide des symptômes. Guérison en 3 jours (sans incis.).

9. Homme de 53 ans. Début de panaris autour de l'ongle de l'index dr. Pas de pus. 10 cc. de bact. en injection intra-humérale. Le lendemain bonne amélioration. Le malade n'est pas revenu à la consultation.

10. Femme de 51 ans. Panaris superficiel de l'index g. Douleurs lancinantes jusqu'à l'aisselle. 10 cc. de bact. en inj. intra-humérale. Fourmillements. Sédation presque immédiate de la douleur. La malade n'est pas revenue à la consultation.

11. Homme de 28 ans. Plaie suppurée à staphylo. de l'index g. Rougeur étendue, douleurs lancinantes, ganglion axillaire. Inj. intra-humérale de 10 cc. Fourmillements dans le doigt lésé. Le lendemain les douleurs ont disparu ainsi que l'adénopathie, la rougeur est circonscrite. Incision, guérison en 3 jours.

12. Femme de 21 ans. Panaris phlycténoïde du médius g. à staphylo. dorés. Douleurs lancinantes, tuméfaction et rougeur. 10 cc. bact. dans l'artère humérale. Le lendemain régression notable des symptômes. Excision de la partie nécrosée. Guérison trois jours après.

13. Homme de 23 ans. Plaie infectée (staphylo) index dr. datant de 15 jours. Le doigt est gros, rouge ; douleurs lancinantes. 10 cc. bact. en inj. intra-humérale. Fourmillements immédiats dans le doigt lésé. Pansement sec. Le malade peut dormir la nuit suivante. Le lendemain les douleurs et la rougeur ont beaucoup diminué. Incision : guérison 4 jours plus tard. Les oscillations prises de suite avant l'injection, de suite après et 24 heures plus tard, ne présentent que des modifications insignifiantes.

14. Homme de 67 ans. Plaie infectée annulaire dr. datant de 10 jours (staphylo). 10 cc. de bactériophage intra-artériel. Pas de fourmillements. Le lendemain les douleurs ont presque complètement disparu. La rougeur a rétrocédé. Incision. Guérison 4 jours plus tard. Pour l'oscillométrie mêmes remarques que pour le cas précédent.

Le bactériophage utilisé nous a été fourni par le Dr Steinmann. C'est un B. concentré, pratiquement totalement désalbuminé, en suspension dans une solution physiologique, de pH 7,7 (il répond par conséquent aux conditions requises pour ne créer aucune réaction vaso-motrice).

Pour éviter toute erreur d'interprétation nous avons pratiqué les injections I. A. à l'exclusion de toute autre thérapeutique. Les lésions ou plaies ont été recouvertes d'un pansement de gaze sèche et stérile.

Chaque fois qu'il existait une collection suppurée, le pus fut recueilli par ponction et examiné avant le début du traitement.

Nous avons pratiqué toutes nos injections dans l'artère humérale au niveau du pli du coude ; elle est facile à repérer et sa ponction ne présente pas de difficulté. Nous n'insisterons pas sur la technique de la ponction artérielle ; tous les détails en sont donnés dans de récents articles. Bornons-nous à dire que nous n'avons jamais eu recours à la dénudation artérielle, qu'à part un ou deux « ratés » nous avons toujours atteint l'artère et que le seul incident fut la formation d'un hématome que nous avons attribué à la blessure d'une veine et qui n'a eu d'ailleurs aucune suite fâcheuse.

Nos malades n'ont en général reçu qu'une injection de bactériophage de 10 cc. (un en a reçu deux et un autre, trois). L'injection est tout à fait bien supportée ; elle ne s'accompagne d'aucune douleur, d'aucun malaise et notamment d'aucun phénomène de choc.

Assez souvent, le malade accuse au moment de l'injection une sensation de fraîcheur dans l'avant-bras et les doigts. Mais il est un symptôme ressenti par presque tous les malades : c'est un fourmillement au niveau du ou des doigts atteints. Ce signe caractéristique dure de 2 à 25 minutes. Aux fourmillements succède une sédation plus ou moins rapide de la douleur, de la sensation de battements ; cette amélioration est parfois immédiate. Plusieurs de nos malades nous ont déclaré que la nuit qui avait suivi l'injection avait

été très bonne, alors qu'ils ne dormaient pas depuis plusieurs jours.

L'amélioration objective se manifeste déjà très nettement le lendemain de l'injection : régression marquée de la rougeur, qui se localise autour de la plaie ou de l'abcès ; l'action est surtout remarquable sur la lymphangite et l'adénite. Souvent en 24 heures il n'en reste plus trace.

Dans les cas pris au début, alors qu'il n'y a pas encore de collection suppurée, la guérison est survenue sans autre, après une seule injection de 10 cc.

L'action est beaucoup moins nette sur l'abcès lui-même. Nous l'avons presque toujours évacué par une petite incision. Enfin il nous a semblé que la durée de l'affection était de beaucoup diminuée par l'injection intra-artérielle de bactériophage.

Dans deux cas, nous avons établi la courbe oscillométrique, avant, de suite et 24 heures après l'injection. Comme nous l'avons dit les modifications de l'indice sont insignifiantes. Cette constatation (quoique portant sur un nombre trop restreint de cas) et l'absence de phénomènes douloureux pendant l'injection nous permettent de penser que l'action thérapeutique est bien due au bactériophage lui-même et non pas à des modifications vaso-motrices consécutives à l'injection intra-artérielle.

DEUXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TRANSFUSION SANGUINE

(Paris — 29 septembre au 2 octobre 1937)

Le 2e Congrès international de la Transfusion sanguine s'est tenu à la Faculté de médecine de Paris du 29 septembre au 2 octobre. Il avait été organisé sous le haut patronage des pouvoirs publics, avec la collaboration des autorités civiles et militaires, ces dernières s'intéressant d'une façon toute particulière à la transfusion sanguine.

Le Comité d'organisation, présidé par le professeur Gosset, comprenait le médecin général inspecteur Rouvillois, les professeurs Abrami, Couvelaire, Duval, Jeanbrau, Laubry, Lévy-Solal, P. Emile-Weil, vice-présidents ; les docteurs Arnault Tzanck, secrétaire général ; Maurice Sureau, M. Lamy, R. Benda, secrétaires généraux adjoints ; P. Rouché, trésorier ; L. Jubé, trésorier adjoint ; professeurs Binet, Fiessinger, Grégoire, Lemaître, Rathery, docteurs Monod et Clovis Vincent.

Le Congrès réunissait les délégués de 41 nations, dont 33 étaient officiellement représentées.

Parmi les personnalités étrangères, citons MM. les professeurs Lattes, de Pavie ; Schilling, de Münster ; Pittaluga, de Madrid ; Bogomoletz, de Kiev ; Hirszfeld, de Varsovie ; Roskam, de Liége ; Léopold Mayer, de Bruxelles ; Prado-Tagle, de Santiago-du-Chili ; Daniel, de Bucarest ; Erik Wolff, de Stockholm ; Ib Freuchen, de Copenhague ; Moïses Chediak, de La Havane ; Lavés, de Graz ; Codounis, d'Athènes ; Koyano, de Nagasaki ; Coca, Dana Robinson et Lester J. Unger, de New-York ; les docteurs Brewer, Riddell et P. L. Oliver, de Londres ; Arbib, d'Alexandrie ; Mochizuki, de Kyoto ; Van Dijk, de Rotterdam, et Verspyck Mijussen, de La Haye ; Martinez Garcia, de Mexico ; Jentzer et Fischer, de Genève ; Jenaro Garcia Oliver, de Buenos-Ayres ; Estacio de Lima, de Bahia, et A. Gallo, de Rio-de-Janeiro ; Schrumpf, d'Oslo ; Bela Kanyo, de Budapest ; Netousek, de Bratislava, et Drbohlav, de Prague ; Tassovatz, de Beograd ; Mme Younovitch, de Tel-Aviv ; les docteurs Anet et Moureau, de la Croix-Rouge belge, etc...

Parmi les Français, les professeurs Canuyt et Simonin, de Strasbourg ; Jeanneney, de Bordeaux ; Sedaillian, de Lyon ; les docteurs Balgairies, de Lille ; Pélissier, d'Alger, etc.; pour l'armée, le médecin général inspecteur Savornin ; pour la Croix-Rouge, le médecin général Oberlé, M. Royon, de la Ligue des Sociétés de Croix-Rouge ; pour Paris, enfin, les professeurs Lemierre, Aubertin, Chevallier, les docteurs Peyre, Dujarric de la Rivière, Liége, Bécart, Dalsace, Isch-Wall, Suzanne Perles, Rosenthal, Kossovitch, R.-A. Gutman, Pierre Bourgeois, etc., etc...

Le programme scientifique du Congrès comportait deux parties :

D'une part, les travaux de quatre Commissions d'Etudes consacrées aux problèmes suivants : Sang conservé, Groupes sanguins, Questions hématologiques relatives à la transfusion, Organisation, — travaux qui précédèrent le Congrès et dont les conclusions et les vœux furent discutés et adoptés par le Congrès dans sa séance de clôture.

— D'autre part, les rapports et les communications nombreuses qui traitaient des sujets suivants : Transfusion sanguine en chirurgie (rapporteurs : professeurs Daniel, de Bucarest ; Ragnotti, de Milan ; Canuyt, de Strasbourg) ; Transfusion sanguine dans les maladies infectieuses (rapporteurs : professeur Netousek, de Bratislava ; professeur Abrami et docteur André, de Paris ; professeur Lévy-Solal et docteur M. Sureau, de Paris) ; Accidents indépendants des groupes (rapporteurs : professeur Bogomoletz, de Kiev ; professeur agrégé Chevallier et docteur R. Benda, de Paris ; docteur Arnault Tzanck) ; Transfusion sanguine chez le nourrisson (rapporteurs : docteurs Lester J. Unger, de New-York ; Robert Debré, M. Lamy et G. Sée, de Paris).

Le Congrès fut ouvert solennellement le 30 septembre, sous la présidence effective de M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique. Le professeur Roussy, recteur de l'Université de Paris, brossa à larges traits l'histoire de la transfusion sanguine et célébra ceux qui en ont découvert le principe. Il reste, conclut-il, à l'étudier de façon encore plus précise et à en généraliser l'usage.

Le professeur Gosset, président du Congrès, saisit l'occasion de cette présidence pour rendre hommage au professeur Roussy qui, dit-il, fut un grand Doyen. Il se réjouit de le voir à la tête de l'Université de Paris — honneur qui échoit pour la première fois à un médecin. S'adressant ensuite aux délégués étrangers, il souligna les bienfaits que l'on peut tirer d'une confrontation internationale : possibilité de mieux se connaître, et même de s'aimer davantage. Le Président rappela les débuts tout récents de la transfusion sanguine dans la pratique chirurgicale.

Grâce aux travaux du professeur Jeanbrau, véritable « bienfaiteur de l'humanité », dit-il, on a pu, en 1917, appliquer la transfusion sanguine aux armées, ce qui a permis de sauver tant de jeunes existences.

Le ministre de la Santé publique, prenant à son tour la parole, souligna les bienfaits innombrables de la transfusion sanguine, rendit hommage aux donneurs de sang, félicita les présidents des Commissions d'études et les auteurs des rapports, ainsi que les organisateurs.

Sur la proposition du docteur Dujarric de la Rivière, le Congrès adressa au professeur Landsteiner, qui n'avait pu assister à cette réunion, l'expression de sa vive admiration.

Durant le Congrès, des fêtes nombreuses réunirent les savants étrangers, notamment à Malmaison, où M. Jean Bourguignon, conservateur des Musées napoléoniens, évoqua les souvenirs de la grande épopée Mme Raba Deutsch de la Meurthe, qui vient de doter Paris d'un magnifique Centre de Recherches Hématologiques, offrit à cette occasion un goûter sous le cèdre de Marengo. A l'issue du Congrès, des excursions furent organisées par le Comité d'accueil, excur-

sons au cours desquelles Mme Christian Lazard, Mme Jacques Kulp et la marquise de Noailles reçurent les congressistes avec une exquise bonne grâce.

Enfin, avant leur départ, certains professeurs étrangers furent priés d'exposer à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du docteur Tzanck, quelques points intéressants relatifs à des études personnelles, ce qui donna l'occasion au docteur Charles Rein, de New-York, de montrer des techniques sérologiques extrêmement intéressantes, et au professeur Coca, d'exposer en présence des maîtres de l'hôpital Saint-Louis, ses remarquables recherches sur l'allergie.

L'intérêt tout particulier de ce Congrès apparaît dans l'exposé des conclusions et des vœux des quatre Commissions d'Etudes, que nous croyons utile de reproduire intégralement ici :

Ire COMMISSION D'ETUDES

Les groupes sanguins

Conclusions

Il est indispensable d'adopter une *classification* unique pour désigner les groupes sanguins. La Commission se rallie à celle de V. Dungern et Hirszfeld : AB, Ba, ABo, OaB.

La *fixité des groupes* semble être un fait actuellement incontestable.

En pratique, la méthode de Beth-Vincent, correctement pratiquée et *contrôlée*, est acceptable. La méthode la plus recommandable consiste à faire porter la recherche du groupe à la fois sur les hématies et sur le sérum.

L'examen de l'agglutination sur lames est équivalente aux autres méthodes.

Il importe de respecter la valeur du rapport H/S, c'est-à-dire des quantités respectives d'hématies et de sérum (1).

Les causes d'erreurs dues à la pseudo-agglutination sont évitables, notamment par l'emploi d'un sérum dilué (au 1/2).

Des examens de contrôle sont toujours nécessaires. Ils seront pratiqués, suivant les circonstances, soit dans un même laboratoire, soit dans d'autres, réalisant ainsi un contrôle mutuel.

Dans les cas d'urgence, en dehors du rayon d'action d'un Centre de Transfusion et dans l'impossibilité de recourir à des donneurs universels ou en l'absence de sérums étalons, l'épreuve directe de comptabilité (sérum du receveur et globules du donneur) est nécessaire. L'épreuve directe de compatibilité est également particulièrement recommandée dans les transfusions médicales.

La preuve qu'il existe des donneurs universels dangereux par leurs agglutinines n'a pas été établie devant la Commission.

Bien qu'en clinique on n'ait pas encore observé d'une façon certaine l'existence d'accidents de transfusion entre sujets A^1 et A^2 ou entre sujets M et N, ces questions méritent de retenir l'attention et de susciter de nouvelles recherches.

Dans les *transfusions répétées*, il est utile, avant chaque transfusion, de s'assurer que le sérum du receveur n'agglutine ni n'hémolyse les globules rouges du donneur. Ces examens seront pratiqués, non seulement à la température du laboratoire, mais aussi à l'étuve à 37°.

L'étude de l'épreuve biologique qui consiste à injecter au receveur, avant la transfusion, une petite quantité de sang du donneur, afin d'explorer la susceptibilité éventuelle du donneur, mérite d'être poursuivie.

Les sérums étalons destinés à la détermination des groupes, recueillis et conservés dans des conditions strictes d'asepsie, doivent posséder un titre élevé. Il faudra, autant que possible, mesurer périodiquement l'activité de ces sérums en fonction de globules provenant d'un même sujet. Il appartient aux services de transfusion de sélectionner leurs sérums étalons.

Il est indispensable d'instituer dans tous les pays, comme cela existe déjà dans certains, un contrôle officiel des sérums iso-agglutinants mis en vente dans le commerce.

(1) Ce rapport doit être sensiblement égal à 1/20 avec le sang total, et à 1/10 avec les suspensions d'hématies. Une bonne proportion est celle de 1 partie de sérum étalon pour 1 partie de suspension globulaire de 3 à 5 pour 100.

IIe COMMISSION

Sang conservé

Conclusions et Vœux

La deuxième Commission rend hommage à l'œuvre des centres de transfusion de sang frais.

Mais elle attire l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de créer, à côté de ces centres, des centres régionaux de sang conservé, permettant de pourvoir aux besoins de certaines petites agglomérations, à ceux de chirurgiens, d'accoucheurs et de médecins éloignés d'un centre de transfusion.

La nécessité d'avoir des réserves de sang conservé est prouvée par l'expérience de la guerre.

Le sang de sujets vivants destiné à la conservation doit être prélevé le matin de préférence, le donneur étant à jeun. L'étude biologique du sang à conserver devra être préalablement effectuée. Seul le sang du groupe O devra être stocké pour les besoins d'extrême urgence. Une enquête clinique sera faite auprès de chaque donneur pour éviter les accidents anaphylactiques.

Le prélèvement devra être fait à l'abri de l'air avec un minimum de manipulations et le sang sera conservé dans des chambres froides.

La deuxième Commission émet le vœu que soient étudiés et précisés les points suivants :

a) Valeur comparative du sang frais pur ou stabilisé, du sang conservé, du sang défibriné et même des liquides de substitution ;

b) Valeur comparée des divers anticoagulants ;

c) Durée de conservation du sang et son utilisation aux différents stades de son vieillissement ;

d) Valeur comparée du sang conservé et du sang frais pour l'immuno et la phylacto-transfusion ;

e) Utilisation du plasma résiduel.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1937)

Rapport général sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en France, en Algérie, aux colonies et dans les pays de protectorat pendant l'année 1936. — M. LEREBOULLET. Ce rapport, établi d'après les éléments recueillis et groupés par M. Henri Bénard, directeur de l'Institut supérieur de vaccine, montre une fois de plus les heureux résultats de la vaccination antivariolique, l'extrême rareté des cas de variole dans notre pays, le caractère exceptionnel des accidents consécutifs à la vaccination, mais il établit la nécessité d'une scrupuleuse observance des dispositions réglementant la vaccination obligatoire. Il a amené l'Académie à demander notamment :

— L'établissement par les municipalités, de la liste des assujettis ;

— La tenue régulière des séances de révision ;

— La mise en demeure et éventuellement la pénalisation des réfractaires,

et à émettre les vœux suivants :

— Qu'aucun certificat, même provisoire, ne soit délivré si l'assujetti vacciné n'est pas revenu à la séance de révision ;

— Que soient mises à profit toutes les circonstances permettant de vérifier que les assujettis à la vaccination ou à la revaccination ont effectivement satisfait aux obligations de la loi ;

— Que des facilités soient données aux départements pour intensifier la pratique des convocations individuelles ;

— Que tous les lots de vaccin servant aux vaccinations publiques ou privées soient l'objet d'un contrôle systématique effectué par l'Institut supérieur de vaccine, permettant d'écarter éventuellement toute préparation n'ayant pas l'activité spécifique ou la pureté bactériologique suffisante.

Rapport sur les travaux concernant le Service des eaux minérales en 1936. — M. Siredey.

Rapport sur les travaux concernant le Service de l'hygiène et des maladies contagieuses en 1936. — M. Tanon.

Résultats des expériences de prophylaxie collective antipaludique en Tunisie. — MM. Robert Dupoux, Charles Mabini et Raymond Barthas (note présentée par M. Marchoux.) Le service antipaludique de Tunisie a tenté l'assainissement par la méthode préconisée par Philippe Decourt, d'une région entière très gravement impaludée depuis de longues années. L'application de cette méthode comporta l'administration par la bouche de 3 produits chimiques synthétiques réunis en un seul médicament, à 27.097 personnes du 1er juin au 15 novembre 1936. Elle ne nécessita l'absorption de médicament que trois fois pendant le premier mois, puis une seule fois tous les quinze jours. La rareté de distribution de médicaments a permis de les faire absorber sous les yeux des infirmiers, sans gêner les populations traitées dans leur travail, en même temps que les très minimes quantités de médicaments absorbées au total, ont permis de n'observer aucun trouble dû à la médication chez les sujets traités.

Les index spléniques et parasitologiques établis pour toute la population avant, pendant et après le traitement, très élevés avant la prophylaxie, sont tombés à près de zéro en décembre 1936. Les rechutes ont été de l'ordre de 1 pour 1000 chez les sujets ayant suivi régulièrement la prophylaxie, alors que chez les sujets ayant interrompu cette prophylaxie pendant un ou deux mois, les rechutes s'élevèrent à 10 %. Les index répétés en mai 1937 montrèrent qu'ils ne s'étaient pas élevés depuis la suspension de la prophylaxie jusqu'à cette date correspondant au début de la deuxième campagne antipaludique. Cette méthode a coûté moitié moins cher que la prophylaxie par la quinine.

Cette expérience, la plus vaste qui ait été faite jusqu'à ce jour suivant cette méthode, est continuée actuellement sur les mêmes populations, par le Service de santé tunisien.

Action de la bile sur le virus amaril. Recherche d'une vaccination antiamarile par virus bilié. — MM. Peltier, C. Durieux, H. Jonchère et E. Arquie font connaître que le sérum des malades atteints d'ictère total neutralise le virus amaril dilué à 1/50 après 4 heures de contact. Cette action du sérum ictérique pourrait expliquer la disparition du virus dans le sang des jauneux vers le quatrième jour.

La bile de bœuf, diluée à 1/40, neutralise le virus amaril dilué à 1/20 en une demi-heure. Des sujets volontaires auxquels les auteurs ont injecté ce mélange inactif pour la souris blanche, ont présenté par la suite un test protecteur élevé.

Etude de 13 souches de virus amaril isolé directement du sang de malades par inoculation intracérébrale à la souris blanche. — M. C. Durieux (note présentée par M. C. Mathis.) Chez des fébricitants, dont le diagnostic clinique de fièvre jaune ne s'impose en aucune façon, il a été possible d'isoler du sang des malades le virus amaril. Il paraît donc démontré, par les recherches faites à l'Institut Pasteur de Dakar, que dans la fièvre jaune, comme dans nombre de maladies infectieuses, il y a des formes larvées et même des infections inapparentes. (Voir communication de Maurice Mathis, C. R. Ac. Sc., juillet 1936.)

Sur le pouvoir neutralisant des tissus des animaux immunisés contre la vaccine. — M. J. Vieuchange, dans une note présentée par M. C. Levaditi, expose le résultat de recherches systématiques sur le pouvoir neutralisant des organes des animaux immunisés contre la vaccine. Les ganglions lymphatiques, le cerveau et surtout la rate des lapins immuns présentent, comme le sérum, des propriétés neutralisantes *in vitro*. Les extraits de moelle osseuse sont également doués de pouvoir neutralisant, mais à un moindre degré. Par contre, le foie, la surrénale, le testicule sont dépourvus de cette propriété.

Il résulte de ces expériences qu'on ne saurait expliquer le mécanisme de l'immunité anti-vaccinale par les seules qualités du sérum. Etant donné le pouvoir neutralisant de certains organes, on doit, en outre, parler, dans le cas de la vaccine, d'immunité tissulaire.

Action sur le sang des dérivés de l'aniline (méthémoglobinémie et sulfhémoglobinémie). — M. P. Gley (note présentée par M. Levaditi).

Présence d'hormones hypophysaires dans les urines de malades atteints de cirrhose pigmentaire. — MM. E. Ledoux et P. Baufle ont recherché les hormones préhypophysaires et l'hormone mélanotrope dans les urines de quatre malades atteints de cirrhose pigmentaire et de diabète bronzé. L'élimination d'un excès de gonado et de thyréo-stimulines a été observée d'une façon inconstante. Par contre, l'élimination d'un excès d'intermédine s'est manifestée dans tous les cas, d'autant plus abondante que les malades étaient plus pigmentés.

L'hypothèse que, dans la pathogénie de cirrhose pigmentaire, l'hyperpituitarisme jouait un rôle important, semblait découler de quelques récentes observations cliniques. La présence d'un excès d'hormones hypophysaires dans les urines de malades atteints de cirrhose pigmentaire paraît devoir soutenir cette hypothèse.

Election. — M. Grégoire est élu par 67 voix sur 75 votants, membre titulaire dans la IIe division (chirurgie).

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1937)

Etude sérologique des antigènes capsulaires et somatiques de la bactéridie charbonneuse par les réactions de floculation et de fixation du complément. — MM. W. Schaefer et G. Sandor montrent que l'activité de l'antigène capsulaire de la bactéridie charbonneuse vis-à-vis de son anticorps corres-

pondant est très grande (jusqu'au 100 millionième), tandis que celle de l'antigène somatique vis-à-vis de son anticorps homologue est beaucoup plus faible. Les réactions de floculations et les réactions de fixation du complément donnent les mêmes résultats, sauf pour les sérums de cheval qui donnent seulement des réactions de floculation.

Les auteurs insistent sur la fréquence des phénomènes d'inhibition soit par excès d'antigène, soit par excès d'anticorps observés dans ces études.

Echec de la vaccination antirabique par voie pulmonaire. — MM. P. Remlinger et J. Bailly. La voie pulmonaire, présentée comme une méthode de choix pour l'introduction de divers agents médicamenteux, ne convient pas à la vaccination antirabique. Que les émulsions de vaccin aient été pulvérisées à l'entrée des fosses nasales à l'aide d'un petit appareil à main, ou que les animaux aient été plongés tout entiers dans un brouillard de « gouttelettes Trillat » obtenues à l'aide d'un « microniseur » à moteur électrique, aucune résistance à la rage n'a été constatée. Les lapins et les cobayes traités, puis éprouvés, ont contracté la maladie dans la même proportion que les témoins. Peut-être cet échec ne doit-il pas être porté complètement au passif de la méthode. En effet, emprisonné dans les éléments nerveux, le virus rabique n'est pas, avec la même facilité que les vaccins en suspensions aqueuses, absorbé par les alvéoles, et l'échec de la vaccination rabique peut être attribué à cette différence.

Anoxhémie et circulation cérébrale. — MM. Léon Binet, R. Cachera, R. Fauvert et M. V. Strumza, poursuivant leurs recherches sur les effets circulatoires de l'anoxhémie, montrent que celle-ci entraîne une vaso-dilatation des artérioles de la pie-mère chez le chien. L'augmentation du calibre peut obtenir 27 p. 100. — 2° Dans les fortes anoxhémies (20 mm. Hg d'oxygène), une courte phase initiale de vaso-construction précède la dilatation artériolaire. — 3° Le degré minimum d'anoxhémie capable d'influencer le calibre des vaisseaux cérébraux semble correspondre à l'atmosphère d'une altitude de 6.000 m. environ (74 mm. Hg d'oxygène). — 4° La vaso-dilatation cérébrale se produit en même temps qu'une diminution de volume de la rate et du rein, et qu'une élévation des pressions artérielle et veineuse. L'élargissement du calibre des artérioles pie-mériennes n'est cependant pas un phénomène passif, lié à la poussée tensionnelle : il peut encore se produire en l'absence de celle-ci.

Sensibilité comparée des méthodes à l'antiformine et à l'acide sulfurique pour l'isolement du bacille de Koch à partir des crachats. — MM. A. Saënz et J. Paterson ont étudié 58 crachats qui, traités par l'acide sulfurique, ont fourni une culture de type humain, alors que les même échantillons ensemencés selon la technique à l'antiformine n'ont donné que 42 résultats positifs ; il y eut donc 16 défaillances.

Cette constatation, jointe à d'autres, cultures plus fréquemment positives, plus abondantes, plus rapides et moins souvent secondairement infectées, permet de conclure à la supériorité incontestable du traitement des crachats par l'acide sulfurique. Cet acide se révèle être plus stérilisant envers les microbes d'infection secondaire et moins toxique pour le bacille de Koch que ne l'est l'antiformine.

Un autre avantage de la méthode que les auteurs préconisent est qu'elle supprime toute centrifugation. C'est donc à elle qu'il convient de donner la préférence toutes les fois qu'il s'agit de pratiquer, à partir des crachats, l'isolement du bacille tuberculeux.

Essais de sensibilisation du cobaye avec des protéides tuberculiniques associés à des substances inflammatoires diverses. — MM. A. Boquet et G. Sander.

Lésions ganglionnaires et pulmonaires produites chez le cobaye par inoculation de bacilles tuberculeux morts enrobés dans la paraffine ou l'huile de vaseline. — M. Ed. Rist montre que les bacilles tuberculeux morts enrobés dans la paraffine ou dans l'huile de vaseline, inoculés au cobaye sous la peau ou dans le muscle, peuvent donner des lésions à distance, d'aspect tuberculeux, que ne donnent ni les bacilles morts dans l'eau physiologique, ni la paraffine ou l'huile de vaseline sans bacilles. Ces lésions joueraient un rôle dans l'intensité de l'allergie provoquée chez ces animaux par cette inoculation.

Valeur des modifications des réflexes pour le diagnostic précoce du tétanos céphalique et des tétanos frustes. — M. Georges Guillain. Le tétanos céphalique et certains tétanos frustes, souvent méconnus à leur première phase, peuvent être diagnostiqués très précocement par l'étude méthodique des réflexes mésocéphaliques, des réflexes tendineux et périostés des membres, des réflexes médians du corps et des réflexes cutanés.

Dans le tétanos céphalique, le réflexe massétérin est très vif, polycinétique et la contraction des masséters peut être provoquée, même sans ouverture de la bouche, par percussion du maxillaire inférieur. Le réflexe médian naso-palpébral détermine non seulement, comme chez les sujets normaux, une contraction synchrone de l'orbiculaire des paupières, mais aussi une contraction des muscles de toute la face, des peauciers du cou et parfois des sterno-mastoïdiens et des trapèzes. Le réflexe cochléo-palpébral est aussi exagéré et diffusé, de même le réflexe optico-facial de clignement à la lumière ou à la menace.

Dans certains cas, en l'absence de toute contracture spasmodique des membres, on observe la surréflectivité et la diffusion des réflexes tendineux et des réflexes médians (réflexe médio-pubien, réflexe médio-sternal). L'excitation cutanée plantaire ne provoque pas le signe d'extension des orteils de Babinski, mais détermine une contraction du tenseur du fascia lata et une flexion de la cuisse sur le bassin ; parfois même la diffusion réflexe est telle que l'on observe une contraction des muscles du cou, du sterno-mastoïdien et du peaucier.

Cette étude méthodique des réflexes tendineux et des réflexes médians du corps peut, dans les premières phases d'un tétanos, en présence seulement d'un léger trismus, permettre de faire un diagnostic très précoce et en conséquence de conseiller les thérapies nécessaires.

Note préliminaire sur les effets de l'ablation des lobes préfontaux chez le singe. 1° Modifications de l'activité et du mode réactionnel ; 2° Modifications des réflexes, notamment des réflexes de posture. Modifications du système autonome. — MM. R. Messimy et J. Finan.

Action de l'insuline et de l'adrénaline sur la glycogénose hépatique in vitro. — MM. Noël Fiessinger, Henri Bénard et Maurice Herbain, de leurs expériences *in vitro*, concluent que la glycogénose libérée, en présence de glycogène pur, se montre nettement activée par l'action de l'insuline et de l'adrénaline.

Effet biologique des radiations dans l'étude de l'immunité. — MM. H.-R. Olivier et P. Bonet-Maury, dans le but d'obtenir, pour l'étude de l'immunité, des germes vivants, pathogènes, injectables, proposent deux méthodes qui permettent, par irradiation de bactéries en milieu liquide, d'avoir :

1° La suppression de toute prolifération ;

2° Des altérations variables, allant de la perte de la fonction de reproduction jusqu'à la destruction du pouvoir toxique et antigénique des germes étudiés ;

3° Une survie déterminée de germes qui seront ultérieurement et fatalement tués ou altérés par les radiations ionisantes.

Procédés d'irradiation, par les rayonnements radioactifs, de suspensions bactériennes. — MM. P. Bonet-Maury et H.-R. Olivier décrivent deux procédés.

Le premier procédé, par bacilles activés, consiste à fixer sur chaque bactérie un certain nombre d'atomes d'un radioélément. On choisit le nombre d'atomes et la période du radioélément de telle sorte que la bactérie reçoive, avant la fin de sa période de latence, le nombre de quanta nécessaire et suffisant pour supprimer la fonction de reproduction. La désintégration radioactive se poursuivant, le nombre mortel de quanta est ensuite atteint.

Le deuxième procédé consiste à remplir de Radon, sous basse pression (1 cm. ou 2 cm. de mercure) des veinules à prise de sang, l'aspiration de la culture s'effectuant ensuite par l'aiguille stérile.

Les auteurs précisent les conditions d'entraînement du Polonium par les suspensions de bacilles d'Eberth et bacilles de Koch.

Etude de l'inframicrobe herpétique mis en évidence dans la maladie nerveuse expérimentale du lapin. — M. S. Nicolau et Mme L. Kopciowska.

Le mécanisme de la formation des inclusions dans le système nerveux des lapins infectés expérimentalement avec le virus herpétique. — M. S. Nicolau.

Influence du déséquilibre alimentaire glucidique aigu sur la réserve alcaline du pigeon. — M. Raoul Lecoq montre que le déséquilibre alimentaire glucidique aigu obtenu chez le pigeon, au moyen d'un régime renfermant 66 p. 100 de galactose additionné de larges doses de levure de bière desséchée, entraîne, dans les derniers jours de l'expérience, une chute de la réserve alcaline d'autant plus accusée que l'animal est plus proche de l'issue fatale.

Sur la nature chimique de la toxine et de l'anatoxine diphtériques. — M. A. Boivin. Les résultats obtenus par l'auteur dans la purification de l'anatoxine diphtérique et ceux qu'ont fait connaître récemment Eaton et Pappenheimer dans la purification de la toxine diphtérique, s'accordent pour suggérer : 1° que les principes actifs de la toxine et de l'anatoxine sont de nature protéique et 2° que les protéines en question nous sont connues dans un état voisin de la pureté chimique. Une unité de toxine et une unité d'anatoxine correspondent toutes deux à 3/1.000 mgr. de protéine active.

Recherches sur les toxines des bacilles dysentériques. Sur l'existence d'un principe toxique thermolabile et neurotrope dans les corps bactériens du B. de Shiga. — MM. A. Boivin et L. Mesrobeanu.

Recherches sur les toxines des bacilles dysentériques. Sur l'identité entre la toxine thermolabile et neurotrope des corps bactériens du B. de Shiga et l'exotoxine présente dans les filtrats des cultures sur bouillon de la même bactérie. — MM. A. Boivin et L. Mesrobeanu.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(Séance du 19 octobre 1937)

Mort rapide dans la pneumonie. — MM. Grenet, Isaac-Georges et Mouchotte rapportent l'observation d'un garçon de 7 ans, qui, au 6e jour d'une pneumonie du sommet droit cliniquement et radiologiquement typique, présenta des accidents de collapsus cardiaque mortels en quelques heures. L'autopsie montra l'existence d'une myocardite parenchymateuse intense.

La fièvre aseptique du nouveau-né. — M. Hallé a observé dans le service de M. Chirié, en une seule année, 31 cas de ce qu'on a appelé « fièvre aseptique » ou « fièvre éphémère du nouveau-né ». Ce syndrome qui frappe environ 2 p. 100 des enfants examinés est caractérisé par l'apparition entre le 2e et le 4e jour d'une fièvre atteignant 40° avec chaleur de la peau, sécheresse des muqueuses, agitation, polypnée et chute anormale de poids. Il semble préférable de substituer aux anciennes pathogénies invoquées la notion de déshydratation rapide chez un nouveau-né qui ne reçoit pas assez de liquide. On prévient ce petit accident ou on le fait disparaître en donnant à l'enfant une ration suffisante d'eau bouillie sucrée, surtout si la sécrétion lactée maternelle est lente à s'établir.

Dystrophie osseuse épiphysaire chez un enfant de 8 ans. — M. R. Clément et Mlle Haguenauer présentent un enfant de 8 ans atteint d'une limitation des mouvements d'extension et d'abduction des articulations des membres et d'une asymétrie faciale par atteinte d'une articulation temporo-maxillaire. Les radiographies montrent une altération profonde des épiphyses des os longs et un retard général du développement du squelette. Cet état paraît consécutif à une atteinte précoce des points épiphysaires, constatée au 2e mois après la naissance de l'enfant.

Sarcome primitif du rein contrôlé par la pyélographie. — MM. Armand-Delille, Boyer, Bouchard-Potocki et Fèvre rapportent l'observation d'un jeune enfant porteur d'une tumeur abdominale volumineuse, chez qui la pyélographie permit un diagnostic précis. Ils insistent sur l'utilité de cette méthode pour le diagnostic des tumeurs abdominales du jeune âge.

Méningite ourlienne primitive isolée. — MM. Armand-Delille, Wolinetz et Barbery rapportent un cas de méningite lymphocytaire intense, mais bénigne et rapidement guérie. L'existence dans la même famille de deux cas d'oreillons, l'un chez la sœur aînée dix-neuf jours auparavant et l'autre chez la mère, le lendemain de l'apparition de la méningite, permettent d'affirmer l'origine ourlienne de cette dernière.

Dystrophie pseudo-rachitique des os longs et du crâne avec déformations articulaires des phalanges. — MM. Armand-Delille, Wolinetz et Moure présentent un enfant de 3 ans atteint de malformations symétriques des membres inférieurs du crâne et du thorax, avec troubles de l'ossification et ankylose des phalanges. Cette affection ne leur paraît rentrer dans aucun cadre déjà décrit.

Hernie diaphragmatique droite. — MM. Paisseau, Guénaux et Gautier rapportent l'observation d'un enfant de 10 ans, chez lequel avait été porté le diagnostic de lobite inférieure droite. Il s'agissait en réalité d'une hernie diaphragmatique droite reconnue grâce à l'apparition d'une sonorité de la base droite et aux images radiologiques caractéristiques.

Spondylolisthésis greffé chez un jeune homme. — M. Roederer présente un jeune homme de 16 ans atteint de spondylolisthésis, chez lequel une greffe d'Albee amena une guérison stable après échec partiel du traitement orthopédique.

Vaccination buccale par le B.C.G. à doses réfractées et allergie tuberculinique. — MM. Blechmann et François, s'inspirant du mode d'immunisation naturelle de l'organisme, remplacent les trois doses classiques de B. C. G. par l'administration de doses fractionnées pendant dix semaines. Des cuti-réactions ont été pratiquées chaque mois. Ils ont obtenu ainsi 74 p. 100 de réactions allergiques, chiffre très supérieur à ceux observés après la méthode classique. Cette allergie débute trois mois après la vaccination, augmente jusqu'au sixième mois et s'atténue ensuite pour disparaître vers le dixième mois.

Pleurésie purulente à streptocoques guérie par la para-amino-phényl-sulfamide. — MM. Huber, Florand et Duperrod ont guéri une pleurésie purulente chez un enfant de 12 ans par l'emploi à doses massives de la para-amino-phényl-sulfamide. Ils insistent sur la poussée de leucocytose déclanchée par cet agent thérapeutique.

NOTES POUR L'INTERNAT

LEUCEMIES

Les leucémies sont des affections d'étiologie obscure caractérisées par :

— Une hyperplasie considérable des organes hématopoïétiques ;

— Une hypergénèse intense des éléments blancs ;

— Le passage dans le sang de formes jeunes incomplètement évoluées.

Suivant leur évolution aiguë ou chronique, on décrit classiquement :

— Des L. chroniques : myéloïde, lymphoïde ;

— Des L. aiguës.

Les travaux modernes ont apporté des notions nouvelles :

— La possibilité d'hyperplasie des organes hémato-poïétiques avec une faible augmentation ou même une diminution des leucocytes dans le sang.

Formes subleucériques, aleucémiques, leucopéniques.

— L'existence de leucémies à monocytes.

***

1° Les leucémies chroniques

A. La leucémie myéloïde

ETIOLOGIE

C'est une affection de l'âge adulte, elle est exceptionnelle chez l'enfant.

C'est la plus fréquente des leucémies.

Les antécédents que l'on retrouve chez les malades porteurs d'une leucémie sont habituellement banaux : syphilis, tuberculose, traumatisme, etc.

Seul peut-être doit être mentionné de façon spéciale le paludisme ancien et guéri.

En fait, rien ne prouve le rôle direct de ces antécédents dans le déterminisme de la leucémie.

Par contre, les corps radioactifs ont une influence certaine.

ETUDE CLINIQUE

La leucémie myéloïde est essentiellement caractérisée par une hyperleucocytose considérable jointe à la présence dans le sang, en proportion importante, d'éléments rouges et blancs analogues à ceux de la moelle osseuse, présence liée à une hyperplasie excessive de la moelle, de la rate et de l'ensemble du tissu hémopoiétique.

DEBUT

Le début est tellement insidieux que la maladie constitue souvent une trouvaille fortuite.

— D'autres fois, une sensation de pesanteur ou bien un état de fatigue, d'essoufflement ouvrent la scène avec de l'anémie, de la tendance aux hémorragies discrètes.

— D'autres fois encore, de l'amaigrissement, une température subfébrile, des sueurs nocturnes peuvent faire penser à une tuberculose pulmonaire au début.

ETAT

Lorsque le malade vient consulter, l'examen montre 2 signes essentiels :

1° *Une pâleur* marquée ;

2° Une *très grosse rate* qui :

a) Au début commence à déborder le rebord costal ;

b) Plus tard envahit une grande partie de la cavité abdominale — pouvant déterminer une voussure dans l'hypochondre et le flanc gauche à la simple inspection, dépassant bientôt la ligne médiane et une horizontale passant par l'ombilic.

— Cette rate n'est pas déformée, on sent son bord antérieur crénelé.

— Elle est lisse, indolore ou peu sensible, assez mobile tout au moins au début.

— Elle n'est vraiment douloureuse qu'en cas de périsplénite.

Acessoirement on note :

3° Un *foie* légèrement hypertrophié, débordant les fausses côtes ;

4° Des *douleurs* le long des os ;

5° Des *ganglions normaux* ;

6° Quelquefois des leucémides cutanées ;

7° Des *urines* parfois albumineuses, riches en urates, pauvres en urées.

La réaction de Bence-Jones des Myélomes est ici négative.

En somme, le diagnostic repose essentiellement sur la coexistence de pâleur et de splénomégalie.

Cette association doit faire penser à une leucémie et faire pratiquer un examen hématologique.

EXAMEN HEMATOLOGIQUE

Il montre :

Une *augmentation considérable des globules blancs* à 200.000, 300.000 et plus, c'est le fait essentiel ;

Une *anémie légère* à 2 ou 3 millions de GR ;

Des *modifications des globules rouges* : anisocytose, poïkilocytose, présence d'hématies nucléées, polychromatophilie ;

Une formule blanche bigarrée avec présence dans le sang de formes anormalement jeunes (myélocytes) *et grosse augmentation des éléments granuleux.*

Il existe en effet :

— Des globules blancs normaux : polynucléaires neutrophiles, éosinophiles et basophiles, lymphocytes, monocytes ;

— Des globules blancs qui ne se trouvent pas normalement dans le sang : myélocytes granuleux neutrophiles, éosinophiles ou basophiles et formes de transition entre :

Le myélocyte et le polynucléaire : métamyélocytes ;

Le myélocyte et le myéloblaste : promyélocytes.

Très accessoirement il existe : des cellules dites de Turck, des cellules de Rieder, des mégacaryocytes.

Un fait plus intéressant est la présence de nombreuses formes en histiolyse et quelques figures de mitose qui restent très rares.

— Les plaquettes sont généralement augmentées.

— Le temps de saignement, le temps de coagulation sont normaux, la rétraction du caillot est normale.

La Ponction sternale montrerait une hyperplasie de la moelle osseuse, peu de polynucléaires et un certain nombre de formes mitosiques.

L'Evolution est lente, la durée totale de la maladie oscille habituellement entre 2 et 4 ans.

La maladie évolue par poussées successives séparées de rémissions trompeuses.

Celles-ci sont souvent conditionnées par :

1° *Le traitement radiothérapique* qui relève l'état général, réduit le volume de la rate, amène un abaissement marqué du taux des leucocytes, une modification de la formule avec disparition des formes jeunes. On peut ainsi avoir des guérisons apparentes, mais il faut toujours craindre les récidives qui sont de règle.

J. Ferroir.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 97. — SAMEDI 4 DECEMBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de stomatologiste des hôpitaux.* — Séance du 30 novembre 1937. — Epreuve orale théorique de pathologie ou de thérapeutique dentaire : MM. les docteurs Maleplate, 16 ; Bornet, 15 ; Friez, 18 ; Vrasse, 15.

Question posée : Dents incluses. Signes, diagnostic. Traitement.

Hôpitaux de Lyon. — *Concours de l'externat.*

Sont nommés *Externes titulaires* :

MM. Dupré, Guillet, Violette, Delètre, Meley, Feroldi, Tholon, Wegelin, Revol, Courjon, Maral, Müller Maurice, Dujet, Millet, Jonquères, Dumont, Lefèvre, Lançon ; Mme Jaudoin, MM. Berger, Martin Alfred, Jacquemet ; Mlles Meynard, de Rosière ; MM. Guigou, Guillotte, Révillon ; Mlle Gaillard ; MM. Dumarest, Martin Henri ; Mlle Fargère ; MM. Mure, Martin Jean, Meyer, Colin, Trau van Khai, Rozier, Verhoeven, Perrin, Liou Tchung Tche, Mandryka, Meynadier, Darbon, Oudot, Bachet, Vialtel, Coirault, Biltard, Borleau, Charpin, Bérard, Favier, Bruno, Fayard, Massin, Lesnis, Tronel, Cairier, Carre-Pierrat, Dubois, Rabechault, Beurier, Brun, Eglène ; Mlle Bonier ; MM. Gamet, Girard-Madoux, Rigal, Issert, Philippe.

Externes suppléants :

M. Armand ; Mlle Maillefaud ; M. Desjardins ; Mlle Aubert ; MM. Beyssac, Picq, Maisonneuve, Muller Félix, Anav, Benoist, Leborgne, Voegtlin, Mazes, Foucrier, Bernard, Teil, Delavay ; Mlle Faure ; M. Roy ; Mlle Franchet ; MM. Tiegler, Pellenc, Tabutin.

Hôpitaux de Montpellier. — Le *Concours de l'internat* s'est terminé par le nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Claude Gros, André Vedel, René Soulier, Jean Bigonnet, Eric Nègre, René Passouant.

Externes en premier : MM. Souchon, Bosc, Duc, Fabre.

— Le *Concours de l'externat* s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : Mlle Marianne Cadier ; M. Gilbert Blaquière ; Mlle Geneviève Vinon ; MM. Jean Andreani, Lucien Dinguirard ; Mlle Juliette Rabejac ; MM. Jean Etienne, Alfred Campo, Jacques Germer-Durand, Paul Belvèze ; Mlle Antonia Orsini ; MM. Claude Baillet, Hervé Roussignol, Georges Sauret ; Mlle Yvonne Fabre ; MM. Emile Bénézech, Georges Mazoyer.

Externes provisioires : MM. André Rolland, Etienne Boissier ; Mlles Madeleine Portes ; MM. Fabre de Morlhon, Robert Graafland, Emmanuel Ponsoye, Pierre Amiel.

Faculté de médecine de Montpellier. — CHEFS DE CLINIQUE. — *Clinique médicale* (professeur Rimbaud) : M. Boucomont et M. Serre. — *Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge* (professeur Leenhardt) : M. Barnay et M. J. Balmès. — *Clinique des maladies nerveuses et mentales* (professeur Euzière) : M. Edouard Cassio.

Ecole de médecine de Poitiers. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers s'ouvrira, le lundi 30 mai 1938, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

Académie des Sciences. — Prix décernés (fin) :

CANCER ET TUBERCULOSE. — *Fondation Roy-Vaucouloux* (6.00 fr.), les arrérages à M. Eugène Wollman, chef du service à l'Institut Pasteur. — *Prix Louise-Darracq* (6.000 fr.), à Mme N. A. Dobrovolskaia-Zavadskaia, chef du laboratoire

de génétique à l'Institut du radium de l'Université de Paris. — *Fondation Henriette Régnier*, les arrérages de la fondation à M. Robert Broca, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris.

Physiologie. — *Prix Montyon* (1.500 fr.), à Mlle Eliane Le Breton, chef de travaux de physiologie à la Faculté de médecine de Strasbourg. — *Prix Pourat* (1.500 fr.), à M. Georges Morin, chargé de recherches au laboratoire de physiologie à la Faculté de médecine de Lyon. — *Prix Philipeaux* (1.800 fr.), à M. Jean Roche, professeur à la Faculté de médecine de Marseille. — *Prix Fanny Emden* (2.000 fr.), à M. André Tournade, professeur de physiologie à la Faculté de médecine d'Alger ; (1.000 fr.), à M. Raoul Lecoq, directeur du laboratoire de Saint-Germain-en-Laye.

Statistique. — *Prix Montyon*, deux prix de 1.000 francs, à MM. Adolphe Lesage, membre de l'Académie de médecine, et Marcel Moine, statisticien du Comité national de défense contre la tuberculose ; à Mlle Dagmare Weinberg, chef de travaux à l'Ecole des hautes études ; mention de 500 francs, à M. Marcel-Luc Verbon, ingénieur civil des mines.

Prix généraux. — *Prix Saintour* (3.000 fr.), à M. André Marchand, doyen de la Faculté des sciences de Marseille. — *Prix Wilde* (4.000 fr.), à M. René Lucas, professeur à l'Ecole de physique et de chimie. — *Prix Marquet* (5.000 fr.), à M. Charles Joyeux, professeur de parasitologie à la Faculté de médecine de Marseille.

Ministère de la Santé publique. — *Sanatoriums.* — M. le docteur Arribehaute a été nommé médecin adjoint de 4e classe au sanatorium public de la Guiche (Saône-et-Loire).

Institut du Radium. — M. le professeur Cl. Regaud, de l'Institut Pasteur, admis à la retraite, est remplacé à la tête de l'Institut du radium par le docteur Antoine Lacassagne.

Les médecins italiens au micro. — Chaque mardi, de 18 h. 45 à 19 heures, les postes de l'E.I.A.R. retransmettront des causeries de maîtres italiens. Le 7 décembre, le professeur E. Morelli parlera de la fonction sociale des médecins fascistes. Le 14, le professeur G. Petragnani parlera de la défense hygiénique du peuple italien. Le 21, le professeur N. Pende traitera de la constitution individuelle ; le 28, S. E. le prof. Aldo Castellani fera une conférence sur la médecine tropicale.

Parmi les conférences indiquées pour 1938, signalons encore celle du prof. R. Bastianelli, sur la lutte contre le cancer (8 février) ; celle du prof. R. Paolucci, sur le diagnostic précoce du cancer (15 février), etc.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

— Clinique des maladies mentales (professeur : Henri Claude). — *Cours élémentaire de séméiologie psychiatrique.*

1937 :

5 décembre. — Idées délirantes. M. Borel.

12 décembre. — Syndromes d'excitation. M. Lévy-Valensi.

19 décembre. — Syndromes de dépression. M. Lévy-Valensi.

1938 :

9 janvier. — Troubles mentaux de l'épilepsie. M. Ceillier.

16 janvier. — Syndromes confusionnels (première leçon). M. Borel.

23 janvier. — Syndromes confusionnels (deuxième leçon). M. Borel.

30 janvier. — Obsessions, phobies, impulsions. M. Codet.

Service d'électroradiologie de la Pitié. — Tous les matins, à 9 h. 30, examen et présentation de clichés : docteurs Delherm, Devois, Stuhl, Codet, Bernard, Hoang.

Tous les jours, examens radiographiques. Radiokymographie. Seriescopie. Seriégraphie. Radiologie appliquée à la neuro-chirurgie.

Tous les jours, traitements de roentgenthérapie (à voltages moyens et à hauts voltages). Emanothérapie. Courant voltaïque, faradique. Diathermie. Ondes courtes et ultra-courtes. Aéro-ionisation. Actinothérapie. Electrodiagnostic et chronaximétrie. Musée et bibliothèque iconographique.

Lundi. — Docteur Fainsilber. Examens et traitements gynécologiques par divers courants électriques. Bains de Luxeuil.

Mardi. — Docteurs Delherm et Morel-Kahn. Présentation de malades en cours de traitement, à 10 heures.

Docteur Savignac. Consultation des affections de l'anus et du rectum.

Docteur Vacher. Traitement de la cellulite.

Mercredi. Docteur Morel-Kahn. Examen et présentation de malades.

Docteur Fainsilber. Examens et traitements gynécologiques.

Jeudi. Docteur Fischgold. Examen et présentation de malades.

Vendredi. Docteurs Delherm et Fischgold. Présentation de malades en cours de traitements.

Docteur Fainsilber. Examens gynécologiques et traitements.

Samedi. Docteurs Fischgold et Strouzer. Examen et présentation de malades.

Docteur Vacher. Traitement de la cellulite.

Docteur Codet. Conférence pratique sur un cas clinique, à 11 heures.

Nécrologie. — Le docteur Edmond Lévy, ancien médecin chef de l'asile de convalescents, à Saint-Maurice (Seine).

— Le docteur René Marmasse, ancien interne des hôpitaux de Paris (1892), chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

— Le docteur Pierre Chantrel, à Dingé (Ille-et-Vilaine).

REVUE GENERALE

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DU DIABÈTE

(ETAT ACTUEL DE LA QUESTION)

Par M. CAHUZAC,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Toulouse.

La chirurgie physiologique, la chirurgie hormonale est actuellement à l'ordre du jour. Les expériences, les observations, anciennes ou récentes, ont montré le rôle important joué par les glandes endocrines et leurs sécrétions. De nombreuses tentatives chirurgicales ont été effectuées sur ces glandes pour modifier, activer, ou supprimer, leur activité dans de multiples affections. Le diabète, lui-même, a été le point de départ de multiples essais de chirurgie curatrice tendant à faire mieux que ne peut le faire l'insulinothérapie : simple thérapeutique substitutive.

La variété, la multiplicité des techniques employées s'explique par la complexité du métabolisme des sucres, de la glycorégulation qui maintient le sucre sanguin à un taux constant.

Le taux fixe du glucose sanguin est assuré par l'intervention de deux phénomènes complexes, de sens contraire : charge et décharge glycémique. Le rôle principal est, avant tout, dévolu au glycogène hépatique, suppléé par le glycogène musculaire et par le glycogène néoformé.

L'ensemble du système endocrinien intervient pour déclancher le jeu des deux phénomènes précédents. Le pancréas et accessoirement les parathyroïdes, les glandes génitales et salivaires sont hypoglycémiants. Les surrénales et secondairement l'hypophyse et la thyroïde sont hyperglycémiantes.

Un double système régulateur : neuro-humoral (centres nerveux hypothalamiques et bulbaires, système neuro-végétatif) et humoral pur dirige les diverses actions endocriniennes. Le système neuro-végétatif joue un rôle important : le pneumogastrique commandant les mécanismes hypoglycémiants, le sympathique les mécanismes hyperglycémiants.

Les essais de traitement chirurgical du diabète, dont les uns sont encore du domaine purement expérimental, dont les autres ont déjà subi une application en clinique humaine, ont porté sur tous les éléments du système régulateur, soit sur les glandes endocrines, hypo ou hyperglycémiantes, soit sur le système nerveux.

INTERVENTIONS SUR LE SYSTEME ENDOCRINIEN

Les glandes endocrines participent dans leur ensemble à la régulation glycémique. Aussi des interventions ont été tentées sur la majorité d'entre elles dans le but de diminuer la glycémie de base et de rendre l'organisme plus tolérant vis-à-vis des hydrates de carbone. Les unes tendent à exagérer, à augmenter la valeur fonctionnelle des sécrétions hypoglycémiantes, les autres cherchent à supprimer partiellement ou totalement les endocrines de rôle hyperglycémiant.

I. — Activation des glandes hypoglycémiantes

Le système hypoglycémiant endocrinien est constitué, avant tout, par le pancréas et, accessoirement, par les glandes salivaires, les parathyroïdes et les glandes génitales.

Pancréas. — Deux sortes d'interventions totalement différentes ont été tentées : renforcer la fonction insulaire déficiente en supprimant sa sécrétion externe, c'est la ligature du pancréas ; suppléer un pancréas inactif par l'apport d'un organe en pleine activité, c'est la greffe pancréatique.

Ligature en masse du pancréas. — La dualité fonctionnelle, endocrine et exocrine du pancréas, a fait rechercher quels étaient les rapports pouvant exister entre les deux fonctions.

Du point de vue physiologique, à la suite des travaux de Epstein et Rosenthal, La Barre et Booleman, il semble que la sécrétion externe annihile en partie la sécrétion interne et peut-être, dans certains cas de diabète, sans changements structuraux du tissu Langerhansien, l'hyperglycémie est due à une destruction intra-pancréatique de l'insuline.

Du point de vue histologique les deux éléments constitutifs, îlots et acini, du pancréas sont-ils complètement indépendants ou, au contraire, sont-ils capables, suivant les besoins de l'organisme, de se transformer l'un dans l'autre ?

La théorie de la pérennité des îlots a été soutenue par Diamare, Opie, Szobolew, Pensa et Lévi. Les deux formations pancréatiques ont la même origine embryologique, mais, une fois instituées les deux fonctions endocrine et exocrine, îlots et acini vont vivre indépendamment.

Laguesse soutient, au contraire, la possibilité, l'existence même d'un balancement entre les deux tissus. Il base sa théorie sur deux arguments : l'existence de connexions vasculaires et nerveuses réunissant l'une à l'autre les deux formations et la présence, dans le pancréas, d'images de transition, de formes de passage. Vincent et Thompson, Fisker, Mac Leod et Banting, Dale retrouvent ces formes de passage et admettent que les îlots ne sont pas des organes séparés, indépendants dans le pancréas, mais qu'ils peuvent être formés temporairement à partir de l'épithélium des acini.

Pour vérifier la réalité de ce balancement, certains auteurs ont essayé d'augmenter le nombre des îlots en diminuant la sécrétion externe du pancréas.

Les résultats obtenus ont été variables ; toutefois, la grande majorité des auteurs admet actuellement l'existence du phénomène du balancement et la possibilité, par atrophie lente de la portion exocrine du pancréas, de créer un état d'hyperinsularisme, de polynésie pancréatique suivant l'heureuse expression d'Askanazy.

Quelle va être l'influence sur le métabolisme hydrocarboné de ce double résultat atteint par la ligature des canaux excréteurs : suppression de la sécrétion externe inhibitrice, formation d'un pancréas interne ?

Les expérimentateurs s'attachèrent dès le début à cette étude. Gley et Hedon (1893) notent, après oblitération des canaux par injection de suif, une glycosurie passagère. Bouchardat, Sandras, Rémond, de Dominicis, Sauerbeck trouvent une glucosurie définitive après ligature. Wohlgemuth et Mochizuki, dans une étude plus détaillée, mettent en évidence une hyperglycémie et une diminution de la tolérance au glucose. Pawlow, Arnozan et Vaillard, Heidenhain, par contre, n'observent pas de glycosurie chez le lapin, après ligature. Pende ne note pas de modification du test de l'hyperglycémie au glucose.

Malgré les modifications histologiques en faveur d'une sécrétion plus importante d'insuline, les modifications biologiques sont peu encourageantes pour tenter un essai d'activation sécrétoire du pancréas endocrine. L'impossibilité de supprimer entièrement la sécrétion externe chez l'homme semble rendre aléatoire, dans ses résultats, sinon impraticable, cette intervention dans le but de traiter chirurgicalement le diabète.

Mais, en 1924, l'opération de Mansfeld pratiquée chez le chien fait renaître les recherches. Mansfeld, se basant sur les travaux précédents, cherche avec L. Scirtes s'il est possible d'accroître chirurgicalement la sécrétion insulinienne. Il divise en deux le pancréas d'un chien par une ligature en masse qui épargne les vaisseaux sanguins. Une moitié, isolée par la ligature, perd peu à peu son rôle exocrine, mais continue, par les vaisseaux intacts, à sécréter de l'insuline et, semble-t-il, d'une manière plus importante. Mansfeld ne remarque aucun changement de la régulation glucosée pendant trois semaines, puis peu à peu apparaissent des modifications profondes :

1° La tolérance au sucre des chiens est augmentée surtout au cours du deuxième au troisième mois : aplatissement de l'hyperglycémie alimentaire ;

2° Abaissement de la glycémie de base ;

3° La glycémie, après deux jours de jeûne absolu, baisse fortement jusqu'à des valeurs de 0,4 0/00 en comparaison de la glycémie à jeun. Mansfeld nomme ce phénomène « karenz-hypoglykaémie » et l'explique de la façon suivante : la surproduction d'insuline pancréatique agit comme une injection d'insuline à jeun et abaisse le taux sucré sanguin.

L'examen histologique de la portion ligaturée montre une augmentation énorme des îlots dont le nombre est parfois décuplé.

Mansfeld, en 1927, reprend son expérimentation pour prouver l'exactitude de son interprétation. Par une seconde intervention il essaye d'enlever chez trois chiens la portion ligaturée et atrophiée du pancréas. Un seul chien survit, mais sa glycémie basale remonte à la normale et la « karenz hypoglykaémie » disparaît. Il semble donc que la simple ligature partielle du pancréas soit capable de produire une hyperinsulinémie, sans priver l'organisme des ferments digestifs nécessaires.

Herxheimer, Alpern et Besuglow (1928) confirment les résultats de Mansfeld.

Caccuri (1929) constate l'irrégularité des résultats et l'attribue au fait que, parfois, les îlots se laissent envahir par la sclérose et ne montrent jamais d'hypertrophie ou de néoformation.

Takats (1929), sur cinquante chiens, après ligature du pancréas, étudie la tolérance pour le sucre. Il calcule la quantité maxima de sucre, par kilog-heure, qui ne détermine pas de glycosurie : cette quantité oscille entre 1,8 et 1,9 avant l'intervention, monte à 2,5 vers le troisième mois, elle redescend ensuite et se stabilise aux alentours de 2,1. La tolérance semble donc accrue. Histologiquement il y a hypertrophie et hyperplasie des îlots ; mais, le plus souvent la sclérose intense envahit tout le pancréas isolé ; par contre, il y a hypertrophie de la portion principale de la glande. Cette hypertrophie serait, pour Takats, à l'origine de l'accroissement de la tolérance sucrée ; effectivement la résection de la queue isolée ne diminue pas les modifications de la tolérance sucrée.

Ces résultats rejoignent ceux de Sandmeyer, Allen et Fahr qui, par réduction successive du tissu pancréatique, observent une hypertrophie de la portion restante et proposent la résection partielle du pancréas, dans le traitement du diabète, comme susceptible d'accroître l'activité fonctionnelle du pancréas.

Dans des travaux ultérieurs Takats trouve après l'intervention, une tolérance accrue qui passe par un maximum vers le quatrième mois et cesse vers un an environ.

Sussi (1930) sans trouver constamment une augmentation du tissu insulaire, note également un accroissement de la sécrétion insulinienne.

Livraga (1931-1933) observe une diminution de la glycogénèse et une accentuation de la glycogénolyse et dénie à l'intervention toute action sur le diabète.

Tout récemment, Saric (1936) étudiant, chez l'animal à pancréas lentement atrophié, le test de tolérance au glucose, conclut que le pancréas quantitativement suffisant semble être devenu qualitativement insuffisant.

Enfin Castagnou conclut de son expérimentation qu'après ligature et section des canaux excréteurs, l'animal n'est pas plus sensible à l'insuline.

Malgré la diversité des résultats obtenus, constatant l'accroissement de la tolérance au glucose dans la majorité des expériences, quelques chirurgiens, rares il est vrai, ont tenté chez l'homme dans les diabètes graves, surtout juvéniles, d'obtenir une amélioration par l'opération de Mansfeld.

Takats, après ses travaux expérimentaux, tente d'appliquer la ligature partielle du pancréas à deux cas de diabète juvénile grave, choisis sur cent quatre-vingt-dix enfants diabétiques. Dans chaque cas le traitement diététique et insulinique était bien précisé et le diabète longtemps fluctuant était enfin stabilisé lors de l'opération.

1° Enfant de 13 ans. Début du diabète en octobre 1921 consécutif à une chute sur la région occipitale un mois auparavant. Après des variations thérapeutiques l'enfant est enfin stabilisé pendant deux ans. Hospitalisé le 20 janvier 1929. Opération le 21 janvier : Takats sépare avec un cautère à haute fréquence une queue pancréatique petite, hypoplastique. Convalescence mouvementée. Le régime et l'insuline sont maintenus comme avant l'intervention. Le 26 avril,

petits accidents hypoglycémiques, avec la dose habituelle d'insuline. Le 9 mai même régime, mais diminution d'insuline. Puis, le régime est accru et l'insuline également. Finalement le 31 mai 1930 (dix-septième mois) le malade a augmenté de 5 livres, le régime est stabilisé à un niveau plus élevé et l'insuline diminuée.

2° Enfant de 16 ans. Début du diabète en 1927, suivi presque immédiatement de coma. Après de multiples incidents, dix hospitalisations pour raisons diverses en deux ans, l'enfant est hospitalisé le 1er octobre 1929 avec un régime fixe. Opération le 18 octobre 1929 à l'anesthésie locale. Ligature de la queue du pancréas par une bande de fascia lata fortement serrée. Pas de drainage, guérison en quinze jours. Le 7 novembre, avec le même régime, on diminue l'insuline. Le 10 février 1930, des accidents d'hypoglycémie font réduire encore l'insuline. Le 20 mai (septième mois), l'enfant est enfin équilibré à un régime équivalent mais avec un peu moins d'insuline.

En résumé, chez un premier enfant, malgré la faible quantité de pancréas isolé, après trois ans et demi l'amélioration persiste : tolérance au sucre accrue malgré la diminution de l'insuline. Chez un second enfant, après une amélioration passagère, la tolérance retombe à un niveau à peine supérieur au taux préopératoire. Ces deux cas montrent que le pancréas des enfants diabétiques est capable de régénération physiologique, mais Takats ne croit pas, en conclusion, que le procédé chirurgical soit indiqué dans le traitement du diabète juvénile (1933).

Pieri (1932) pratique chez un diabétique de trente-deux ans une ligature médiane du pancréas, par un lieu aponévrotique, mais il n'observe pas de changements ; au contraire, trois mois après, la glycosurie a augmenté et le malade fait un coma acidosique.

Huettl (1936) réalise plusieurs fois la ligature de la portion caudale du pancréas. Les trois premiers malades, atteints de cancer des voies digestives, sont ligaturés à la faveur d'une autre intervention. L'examen histologique montre une atrophie nette de la portion glandulaire, le tissu interstitiel par contre prolifère. A la suite de ces trois observations, qui montrent l'analogie des modifications pancréatiques chez l'homme et chez l'animal, Huettl intervient chez quatre sujets diabétiques :

1° Diabétique de vingt-quatre ans. Début des accidents il y a six mois. Glycosurie, 50 0/00. Le 22 juillet 1929 ligature du pancréas. Cependant, le malade meurt dans le coma diabétique cinq mois plus tard.

2° Diabétique de quarante-deux ans. Hospitalisé pour la première fois en 1925. Glycosurie de 30 à 50 0/00. Ligature du pancréas. A la suite, plusieurs accès hypoglycémiques cessant par l'administration de sucre. Le malade succombe le treizième jour au cours d'un accès. L'examen histologique pratiqué montre un accroissement et une augmentation des îlots à la suite de la ligature.

3° Sujet de trente et un ans, diabétique depuis sept ans. Ligature du pancréas. Mort sept ans après sans amélioration clinique.

4° Malade de quarante-deux ans dont le diabète remonte à deux ans. Ligature du pancréas. Mort, à la septième semaine, en coma diabétique. L'examen histologique révèle encore une prolifération des îlots.

Jamais Huettl n'a noté d'amélioration du métabolisme hydrocarboné et il conclut en disant que la ligature du pancréas ne paraît pas influencer favorablement les symptômes du diabète humain.

Plusieurs critiques peuvent être adressées à l'opération de Mansfeld :

1° L'examen histologique ne peut constituer une preuve certaine de la multiplication des îlots. L'augmentation du nombre des îlots par champ peut s'expliquer simplement par le raprochement des îlots persistants dans un tissu exocrine atrophié.

2° S'il y a augmentation du nombre des îlots, il n'y a pas parallélisme exact entre leur nombre et l'intensité de la sécrétion insulinienne.

Le travail récent de Saric a encore confirmé que hyper-insulinarisme ne signifie pas hyperinsulinémie.

Les résultats cliniques, encore rares, ne sont guère concluants sur la valeur de l'opération chez l'homme. De l'avis même de ceux qui l'ont pratiquée, malgré le pouvoir régénérateur aparent du pancréas humain, il semble que l'on ne puisse espérer avoir, par ce procédé, une influence fondamentale sur la tolérance au glucose de l'organisme diabétique.

Greffes pancréatiques. — L'idée de remplacer un pancréas déficient par l'apport de tissu pancréatique nouveau, en un mot l'idée de tenter une greffe pancréatique a été réalisée par les auteurs, dès qu'il fut avéré, par la pancréatectomie, que le pancréas joue un rôle important dans la glycorégulation.

Malheureusement, dès qu'il s'agit de greffe véritable, et non de greffe avec conservation du pédicule vasculaire (Minkowski, Hédon) le transplant pancréatique n'a qu'une survie limitée de quelques mois.

Devant ces échecs répétés, les auteurs se sont demandé si le pancréas insulaire, sans sécrétion externe, obtenu par ligature des canaux, plus résistant que le tissu normal, ne serait pas susceptible d'offrir un excellent pancréas de greffe et de suppléer une insuffisance ou une absence de la fonction endocrine du pancréas. E. et L. Hédon, dans une expérience inédite, ont transplanté dans l'épiploon d'un chien un morceau de son pancréas, préalablement atrophié par ligature. Le fragment ainsi greffé se nécrosa et entraîna une suppuration aseptique.

Voronoff et Didry (1926) greffant chez un chien diabétique le pancréas à tissu acineux atrophié d'un autre chien, notent une diminution de la glycosurie. Après un mois le diabète reparaît.

Takats (1927) après ligature et section de la queue du pancréas transplante le fragment isolé dans l'épiploon du même animal. Après trois mois, l'amélioration hormonale constatée dès le début se maintient et le transplant ne s'est pas modifié.

Jorns (1927) observe également la longue survie des greffons de pancréas insulaire.

Brancati, chez des chiens diabétiques, par pancréatectomie totale, obtient une amélioration des symptômes diabétiques, une survie de l'animal, en utilisant un greffon formé de pancréas insulaire, alors que le pancréas normal est inefficace. A la longue, la

greffe perd de sa vitalité et Brancati rejette les transplantations.

Ces succès passagers n'autorisent pas de gros espoirs. En plus dans l'état actuel de nos connaissances, la méthode ne serait pas applicable à l'homme. Même si la technique donnait un résultat certain on ne pourrait, pour la prise du greffon, avoir recours à l'homme, et il faudrait utiliser des fragments prélevés chez l'animal. Or, l'hétérogénéité constitue un obstacle infranchissable.

Glandes Salivaires. — Les glandes salivaires ont, d'après la majorité des auteurs, un rôle hypoglycémiant, mais uniquement de second plan, secondaire. En cas de déficience pancréatique peut-on, par une opération quelconque, activer ce rôle, lui donner plus d'importance et, ainsi, suppléer le pancréas insuffisant par une glande salivaire plus active ? C'est la question que se sont posée quelques auteurs.

Depuis de Renzi (1890) l'attention fut attirée sur le rôle que pouvaient jouer les glandes salivaires dans le métabolisme hydrocarboné. Piazza, Morestin, Roger, Faroni, Seizo Utimara, Urechia, Ciocanelli, Retezeanu, Cahane ont eu expérimentalement des résultats contradictoires.

Certains ont cependant tenté chez l'homme la ligature du canal de Stenon.

Goldjaniski (1927) admet le principe d'une sécrétion parotidienne analogue à l'insuline. Il supprime la sécrétion externe pour obtenir, comme au niveau du pancréas, une augmentation de l'incrétion. La ligature des canaux de Stenon lui donne une hypoglycémie de base et un accroissement de la tolérance au glucose.

Utimara (1927), Seling (1928-1929), Polacco et Midana (1928) notent après ligature des canaux de Stenon une augmentation des îlots dans le pancréas, mais peu de changements métaboliques des hydrocarbones.

Mansfeld et Schmidt (1929) reprennent encore une fois la question. Ils croient probable la transformation de la parotide en endocrine pure, dont la sécrétion interne devrait alors se rapprocher de celle du pancréas, de l'insuline.

Sur des chiens normaux, ils font une ligature et une section des canaux de Sténon. Après cette intervention simple les animaux présentent une baisse régulière du taux glycémique à jeun, et ils retrouvent le phénomène de la « karenz-hypoglykaémie » déjà décrit. L'ablation des glandes ligaturées ramène la glycémie à son taux normal et supprime la « karenzhypoglykaémie ».

Dans une deuxième série d'expériences ils extirpent à un chien la presque totalité de son pancréas, puis ils étudient chez leurs animaux (exactement comme en clinique humaine) le comportement de leur régulation sucrée, surtout leur « effet Staub ». Ils ligaturent alors les canaux excréteurs et recommencent leur examen fonctionnel.

Les animaux légèrement diabétiques, après avoir subi la pancréatectomie partielle ont, après ligature des canaux parotidiens, une tolérance au sucre normale ou même accrue. Enfin, ils extirpent à leurs chiens les parotides ligaturées et, phénomène difficilement explicable, le diabète ne réapparaît pas. Les auteurs pensent alors que la ligature parotidienne n'agit pas directement par production d'insuline parotidienne, mais bien plutôt par excitation fonctionnelle du pancréas restant. Ils pensent confirmer cette hypothèse par l'étude d'un chien qui fait un diabète grave après pancréatectomie totale malgré la ligature des canaux parotidiens. Cependant ils ne concluent pas entre suppléance et activation.

Caccuri (1929), Sussi (1930), Estella et Bermudez de Castro (1932) n'obtiennent pas expérimentalement des résultats constants.

Les résultats dans l'ensemble sont assez dissemblables. Il semble y avoir modification métabolique chez l'animal normal. Chez l'animal dépancréaté totalement il n'y a pas d'amélioration. Chez l'animal ayant un diabète léger, par pancréatectomie subtotale, on observe des guérisons ; mais ne sont-elles pas des guérisons spontanées, comme l'on peut en voir chez l'animal partiellement dépancréaté ?

Cependant le peu de dangers de cette intervention a tenté quelques chirurgiens qui l'ont appliquée à l'homme.

Goldjanitski et Smirnowa rapportent trois observations de diabète grave traité avec succès, mais leur intervention a toujours été double : ligature des canaux parotidiens, transplantation de la sous-maxillaire.

1° Malade de vingt et un ans. Diabète avec glycosurie de 260 grammes par vingt-quatre heures. Après ligature simple amélioration, mais pas de guérison au sens strict du mot, car tous les symptômes persistent, atténués il est vrai ;

2° Ligature chez un diabétique grave. Amélioration, mais de courte durée, car le malade indocile abandonne tout régime ;

3° Malade de quarante ans. Glycosurie importante qui disparaît définitivement après l'intervention.

Caccuri publie des résultats où l'amélioration est si peu marquée qu'elle n'apporte pas la conviction.

Lucherini n'obtient aucune amélioration au cours d'un essai chez un diabétique.

Seelig et Gohrbandt observent, après plusieurs interventions, une amélioration assez importante : diminution de la glycémie à jeun, disparition complète de la glycosurie. Ces résultats favorables s'observent dans 70 % des cas.

Sussi, chez un diabétique de cinquante ans, dont le diabète remonte à huit ans, pratique une ligature bilatérale. Il note une diminution considérable du taux du sucre sanguin et de la glycosurie ; l'amélioration persiste après un an. Chez deux autres diabétiques l'opération n'est suivie d'aucune amélioration. Chez le dernier malade Sussi fait ensuite une surrénalectomie gauche qui se montre également inefficace.

Les résultats cliniques sont encore moins convaincants que les résultats expérimentaux qui, quoique sujets à critique, tendraient à attribuer à la ligature du canal de Stenon un rôle hypoglycémiant.

Parathyroïdes. — Bastai et Dogliotti, partant d'une hypothèse incertaine, l'antagonisme pancréas-parathyroïde, ont remarqué après parathyroïdectomie par-

tielle, chez un malade, une sensibilisation à l'insuline. Mais les auteurs font du reste remarquer que l'intervention a agi vraisemblablement, de manière indirecte, en améliorant les troubles artéritiques dont était atteint leur patient.

II. — Exérèse des glandes hyperglycémiantes

Le système hyperglycémiant endocrinien est constitué par les capsules surrénales, par l'hypophyse et la glande thyroïde. La seule manière de modifier leur action sur le métabolisme sucré, par intervention directe, est l'exérèse chirurgicale de ces glandes. En théorie, la diminution ou la suppression d'un facteur hyperglycémiant devrait augmenter l'influence du système hypoglycémiant antagoniste. Les résultats n'ont pas toujours répondu à ce que l'on attendait de ces interventions radicales.

Surrénalectomie. — L'influence des surrénales sur la glycorégulation est actuellement admise par tous les auteurs et on lui attribue, par l'adrénaline et peut-être la cortine, un rôle antagoniste à celui du pancréas, de l'insuline.

Si cet antagonisme était absolu, les résultats expérimentaux et cliniques ne prêteraient pas à discussion. Mais de nombreux auteurs, avec des résultats souvent contradictoires, ont essayé de compenser le déficit pancréatique en créant par surrénalectomie un déficit d'adrénaline.

Zuelzer (1908) montre que chez le chien dépancréaté la suppression de l'adrénalinémie physiologique (ligature des veines capsulaires) empêche l'apparition d'un diabète grave.

Mayer, Frouin, pour montrer l'existence de l'antagonisme pancréas-surrénales, tentent chez le chien et le chat de diminuer, de retarder, sinon d'empêcher l'hyperglycémie et la glycosurie chez l'animal pancréatectomisé. La glycosurie semble de moindre intensité.

Mackensie, en 1920, opère en trois temps. Il enlève une surrénale et, durant les vingt-trois heures de survie maxima qu'il obtient, il observe une chute de la glycémie.

Hédon et Giraud, Houssay et Molinelli, la même année, font des constatations analogues ; le trouble métabolique est peu important si la pancréatectomie est faite chez l'animal préalablement décapsulé. Tous ces auteurs attribuent cette baisse de la glycémie à l'antagonisme glandulaire.

Steward et Rogoff pensent que la surrénalectomie empêche l'hyperglycémie de se produire par le fait que l'animal, privé de ses capsules, devient incapable d'augmenter son taux glycémique et meurt rapidement. Banting et Gairns rapportent également l'hypoglycémie à l'insuffisance surrénale suraiguë.

R. Gayet, T. Gayet et Guillaumie, dans des expériences complexes, essayent de prouver que l'hyperglycémie diabétique peut se produire en l'absence des surrénales. Toutefois, la trop brève durée de la survie des animaux ne permet pas de conclusions. Lewis et Turcati, puis Leloir, Hédon, Gondard et Loubatières confirment cette hypothèse.

Malgré ces résultats différents, malgré l'impossibilité de tirer des conclusions certaines d'expériences de courte durée, l'on admet la réalité de l'antagonisme pancréas-surrénale, puisque l'action hyperglycémiante des extraits surrénaux est indéniable.

Ciminata, en 1927, publie deux observations de chiens diabétiques guéris par énervation capsulaire bilatérale, donc par surrénalectomie physiologique. Ces deux expériences apportent une confirmation à la théorie de l'antagonisme et entraînent la conviction de certains chirurgiens sur la possibilité d'une cure chirurgicale du diabète par intervention sur les surrénales, mais elles ne sont pas à l'abri des critiques.

Capri, en 1935, voit survenir, après décapsulation partielle bilatérale, un diabète chez un animal dépancréaté totalement.

Tout dernièrement, Fontaine, Weil et Mandel reprennent la question pour juger de la valeur des opérations sur les surrénales dans le traitement du diabète.

Dans un premier temps ils font une pancréatectomie totale, en un temps. Lorsque le diabète est bien équilibré ils pratiquent une première surrénalectomie puis, après trois semaines à deux mois, ils enlèvent la deuxième capsule surrénale. Leurs deux premiers chiens meurent rapidement en hypoglycémie après la troisième intervention. Le troisième chien, mieux surveillé, meurt le dix-neuvième jour.

En conclusion, ils terminent en disant qu'à l'encontre de ce qui a été dit, il est impossible de guérir par des interventions sur la surrénale, voire par la double décapsulation, un diabète pancréatique.

Les essais de thérapeutique chirurgicale du diabète humain, basés sur l'antagonisme entre pancréas et surrénale, sont postérieurs aux expériences de Ciminata.

Oppel (1924) relate le résultat d'une surrénalectomie unilatérale chez un garçon de treize ans, diabétique grave. L'enfant mourut le dix-septième jour dans le coma, sans que l'auteur ait constaté d'amélioration de son diabète.

Sussi n'obtient pas de modification par la surrénalectomie gauche chez un malade à qui, auparavant, il avait ligaturé les deux canaux de Sténon.

Pieri remarque chez un malade hypertendu, à qui il fait une décapsulation, une baisse de la glycémie qui dure après un an. Aussi en 1932 enlève-t-il la surrénale gauche chez un diabétique de vingt-trois

ans. La glycosurie diminue, les signes subjectifs s'amendent, mais le malade meurt le cinquième mois de maladie intercurrente.

La décapsulation bilatérale ne semble donc, expérimentalement, avoir qu'une influence passagère sur la glycémie ; la chute glycémique de début s'atténue si l'animal survit. La décapsulation unilatérale est également sans action.

Dans le traitement du diabète humain la décapsulation unilatérale par les observations publiées semble dépourvue de toute efficacité. La décapsulation bilatérale est incompatible avec la vie, aussi a-t-on proposé de la remplacer par la médullectomie qui laisserait la corticale indispensable à la vie. Les essais tentés par Constantini (1927), Leriche, Stricker, dans un but tout différent, ont montré les dangers et les difficultés techniques d'une telle intervention.

Thyroïdectomie. — Effectuée, dans le cas d'association de diabète et maladie de Basedow, la thyroïdectomie a, parfois, amené des améliorations du trouble glucidique (Buchanon, Crile, O'Day, Fitz, Joslin).

La thyroïde étant considérée comme une glande antagoniste du pancréas, il n'avait qu'un pas à franchir, après les résultats déjà cités, pour proposer la thyroïdectomie comme traitement du diabète.

Wilder, Forster et Penberton, Rudy, Blumgart et Berlin n'observent pas d'amélioration importante.

Hypophysectomie. — L'expérimentation a prouvé que la glande pituitaire joue un rôle dans la régulation sucrée. Houssay montre que l'hypophysectomie empêche l'apparition d'un diabète par pancréatectomie.

La clinique montre l'association fréquente du diabète et de l'acromégalie. Dans ces cas, Cushing et Davidoff voient s'améliorer, sinon se tarir, le trouble régulateur.

Par suite, quelques auteurs ont proposé l'hypophysectomie comme traitement du diabète banal. Chabanier, Puech, Lobo'Onell et Lelu ont, récemment, présenté un cas d'ablation d'une hypophyse normale dans un diabète grave partiellement résistant à l'insuline. L'amélioration fut évidente mais, après quelques mois, le malade mourut d'une tuberculose pulmonaire déjà existante lors de l'intervention.

(A suivre.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Contribution à l'étude des repaires microbiens de l'urètre dans la blennorragie chez l'homme, par le docteur E. Borovsky. 1 vol. in-8°, Librairie médicale Marcel Vigné, Paris.

Traité pratique de curiethérapie : 1er Volume : *Généralités sur le Radium et la Curiethérapie du Cancer*, par les docteurs Degrais, ancien chef de laboratoire de l'Hôpital Saint-Louis, chef des travaux de curiethérapie au Centre anticancéreux de l'Hôpital Necker, et A. Bellot. 1937, 1 vol. gr. in-8° (18 × 24) de 160 pages avec 36 fig. Librairie J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e). Prix : 36 francs.

L'estomac des diabétiques, par le docteur Jean Ferrovi. 1 vol. in-8°, J.-B. Baillière et fils, éditeurs à Paris, 1937.

DEUXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL (1) DE LA TRANSFUSION SANGUINE

(Paris — 29 septembre au 2 octobre 1937)

IIIe Commission

Problèmes hématologiques relatifs à la transfusion sanguine

1° Il convient d'insister sur la susceptibilité aux transfusions des malades atteints d'hémopathies ; il est nécessaire de s'entourer de toutes les garanties de compatibilité entre sangs du donneur et du receveur.

2° Dans les anémies biermériennes, comme d'ailleurs dans les autres formes d'anémie, la transfusion, quoique étant médication non spécifique, trouve des indications.

3° Dans les leucémies, la transfusion semble n'avoir que des indications discutables, car elle n'est pas toujours sans danger.

4° C'est peut-être dans les érythroblastoses de l'enfance, auxquelles on doit ajouter les syndromes hémolytiques aigus du type Lederer, que la transfusion semble avoir ses effets les plus remarquables.

5° Dans l'hémophilie, la transfusion est particulièrement utile pour lutter contre les accidents hémorragiques.

La transfusion sera employée préventivement chez tout hémophile reconnu devant subir un acte opératoire quelconque.

Dans le traitement d'entretien des hémophiles, les petites transfusions (80 à 100 cc.), répétées à intervalles de quinzaine ou de mois, sont recommandables.

6° Dans les syndromes hémogéniques graves, la transfusion n'est que palliative et ses indications sont celles des hémorragies en général. Il est nécessaire, cependant, de connaître les effets amphotropes, relativement rares d'ailleurs, de la transfusion chez ces malades à milieu humoral particulièrement instable ; le médecin doit savoir qu'une reprise des hémorragies après une transfusion est possible (accident d'ordre hémotrypsique).

7° Dans les syndromes hémorragiques des maladies infectieuses, la transfusion est recommandée comme agent hémostatique, comme excitant des défenses de l'organisme, comme moyen d'apport de plaquettes et leucocytes frais, ainsi que de substances ou propriétés contenues dans le sang nouveau.

Dans la typhoïde, l'étude de la crase sanguine durant la maladie permettra de pratiquer une transfusion prophylactique de l'hémorragie.

Vœux. — Pour mieux étudier et apprécier la valeur des transfusions au cours des hémopathies en général et des anémies en particulier, il est désirable que les observations précisent exactement les données morphologiques et étiologiques des cas rapportés.

Les données morphologiques comprennent l'examen hématologique complet, et l'examen des prélèvements des centres hématopoïétiques. Les résultats de ces examens devront être fournis en chiffres avant toute appréciation personnelle ; ils seront en outre suffisamment répétés afin de juger leurs modifications et d'en tirer les éléments généraux de pronostic.

Les données étiologiques, de première importance, seront révélées par une enquête aussi poussée que possible, signalant en particulier l'hérédité, le passé pathologique, les professions successives.

Seules ces données positives, nécessaires à un diagnostic satisfaisant, permettront une classification et une confrontation correcte des résultats.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1937, n° 96, du 1er déc., p. 1535.

IVe Commission

Problèmes d'organisation

Conclusions et vœux

La IVe Commission a apporté à l'étude qui lui était confiée de l'organisation de la transfusion sanguine l'attention analytique la plus grande. Des communications et des échanges de vue qu'elle a écoutés, la Commission extrait la synthèse suivante sous forme de conclusions et de vœux, qu'elle a l'honneur de soumettre à l'approbation du IIe congrès international.

1° *Organisation dans les grandes villes.*

L'organisation de la transfusion sanguine est poussée à un remarquable degré de perfectionnement dans les grands centres urbains, et en particulier dans les capitales des grandes nations. Dans certaines, comme Paris, New-York, Berlin, l'organisation est sous la direction d'une œuvre ou d'une société indépendante. Dans, d'autres, comme Bruxelles, Amsterdam, elle est sous l'égide de la Croix-Rouge. Dans toutes, cette organisation accuse un progrès que le nombre rapidement croissant des transfusions effectuées par an suffirait à démontrer. La IVe commission est unanime à louer, et à admirer même, ces œuvres qui, en dépit de quelques variantes qui les séparent, résolvent d'une manière exemplaire les problèmes techniques, pratiques et même moraux inhérents à la question de la transfusion sanguine.

2° *Organisation dans les campagnes.*

En comparaison de celle qui existe dans maintes grandes villes, l'organisation de la transfusion sanguine a besoin d'être améliorée dans les campagnes, comme d'ailleurs dans la plupart des petites villes. La réunion du IIe congrès est une excellente occasion de vouloir réparer cette inégalité.

Il est permis de penser que cette réparation se fera pour ainsi dire d'elle-même, à mesure que, selon le vœu précédent, les organisations si parfaites des grandes villes s'étendront aux villes moyennes, aux petites villes, aux campagnes. Ainsi, dans ces milieux, par imitation des grands centres, l'organisation de la transfusion sanguine pourra se faire sur le recrutement de donneurs sélectionnés et la formation d'équipes de transfuseurs.

Toutefois, en attendant que cet idéal devienne réalité, et en raison des obstacles inhérents au milieu rural lui-même (en particulier l'éparpillement de sa population), la IVe commission a envisagé les avantages que les campagnes pourraient retirer d'une organisation de la transfusion sanguine sur la base de la transfusion de sang conservé.

Le principe admis, la IVe commission estime que l'application de cette méthode, avec l'appui des Pouvoirs publics, n'offrirait aucune difficulté pratique

3° *Organisation en temps de guerre.*

Par son importance, heureusement éventuelle, par sa gravité même, l'organisation de la transfusion sanguine en temps de guerre a pris, à juste titre, dans l'esprit de la IVe commission, la place qui lui revenait. A vrai dire, la commission était aidée par l'expérience de la dernière année de la guerre de 1914-1918, où la transfusion de sang citraté était devenue une opération courante. Mais les progrès techniques actuels laissent à penser que la transfusion sanguine pourrait, à l'avenir, être d'un recours plus étendu.

L'organisation générale de la transfusion sanguine en temps de guerre s'appuie sur la création de laboratoires de transfusion sanguine répartis aux armées et à l'intérieur.

Une question est vraiment troublante, celle de la méthode à employer.

Transfusion de sang frais ? Transfusion de sang conservé?

En principe, et aucun hématologue ne saurait le mettre en doute, la transfusion de sang frais demeure un idéal qu'il faut le plus possible réaliser, et cela d'autant plus qu'il s'agit dans le cas présent de transfusion pour réparer une hémorragie traumatique.

Dès lors, où constituer les donneurs ?

Aux armées, il est logique et possible de les choisir, même dès le temps de paix, parmi le personnel sanitaire affecté aux formations de l'avant.

A l'intérieur, les mêmes donneurs utilisés, dès le temps de paix, dans les villes organisées en vue de la transfusion sanguine, pourraient servir aux blessés de guerre hospitalisés.

Cependant, cette primauté dûment admise en faveur de la transfusion de sang frais, on doit prévoir qu'en temps de guerre, la transfusion de sang conservé soit appelée à jouer un rôle important, en raison surtout de la réelle simplicité de sa technique.

Où constituer les donneurs ? Ici, il est logique et possible de les choisir à l'arrière, parmi la population civile, mâle et féminine.

Une liaison établie entre l'intérieur et les armées assurerait d'une manière constante l'approvisionnement de celles-ci en sang humain conservé.

4° *Organisation dans les Croix-Rouges.*

Il en a déjà été dit quelques mots à l'occasion de l'organisation de la transfusion sanguine dans les grandes villes, la Croix-Rouge ayant pris la direction totale de la transfusion sanguine dans certaines d'entre elles.

Des organisations semblables fonctionnent selon toutes les règles dans maintes autres villes, étrangères et françaises.

La IVe commission exprime le vœu que ce mouvement prenne plus d'extension encore et pénètre même les campagnes. Pour l'heure, c'est incontestablement dans ce sens que l'organisation de la transfusion sanguine demande à être poussée.

Toutefois, en encourageant ainsi de ses vœux cette admirable entr'aide humaine que représente la transfusion sanguine, la IVe commission croit de son devoir d'insister sur les points fondamentaux suivants de l'organisation technique de la transfusion.

Quelle que soit son étendue, petite ou grande ; quel que soit le milieu où elle s'exerce : grands centres, petites villes, campagnes, quelles que soient enfin les circonstances : temps de paix ou temps de guerre, — une organisation de transfusion sanguine ne supporte aucune improvisation, mais bien au contraire exige, dans sa mise en œuvre, une rigueur méthodique :

— Du côté du donneur, un choix judicieux, une surveillance attentive et un contrôle périodique de son état physique et hématologique, des ménagements enfin.

— Du côté du transfuseur, une instruction technique complète et éprouvée, gagnée dans un centre de transfusion sanguine offrant une garantie officielle ; bien des accidents de la transfusion sont dus, en effet, à l'expérience insuffisante du transfuseur.

— Enfin, une méthode scientifique absolue dans l'établissement des groupes sanguins. Les sérums répandus dans le commerce ne sont pas toujours de valeur égale. Le classement dans un groupe n'est pas toujours sans erreur. Dans ces cas, un contrôle par recoupement peut rendre de grands services.

Ainsi soumise à la discipline scientifique que réclame tout acte médical ou chirurgical, l'opération de la transfusion sanguine devient une œuvre parfaite, qui, comme toute œuvre parfaite, ennoblit toujours celui qui l'exécute.

A. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1937)

Le rachitisme expérimental chez le cobaye. — Mlle Lise EMERIQUE.

(SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1937)

L'action de l'acide chlorhydrique sur l'insuline. — M. Roger NETTER et Mlle Simone ROCHE.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1937)

La séance est consacrée à l'inauguration de la statue d'Hippocrate.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1937)

Hémorrhagies digestives récidivantes chez un enfant de 10 ans porteur d'une grosse rate. — Splénectomie. — Thrombose primitive de la veine splénique. — MM. MILHIT, LAMY, WUCTER, Mme ZAGDOUN. Enfant de 10 ans ayant présenté des hémorrhagies digestives abondantes et porteur d'une grosse rate. A l'examen histologique, après splénectomie, on a trouvé une thrombose ancienne de la veine splénique et des altérations de la rate du type de la fibroadénie et la présence de nodules sidérosiques de Gandy-Gamme.

Les auteurs croient à une thrombose primitive de la veine splénique, considérée comme un obstacle vasculaire initial. En des cas semblables, il paraît indiqué de recourir à la splénectomie, si l'on admet que la thrombose veineuse est primitive et la splénomégalie secondaire.

Pour M. FIESSINGER, il peut exister, au cours des splénomégalies, des formes avec thrombose, des formes avec phlébite et thrombose, et des formes sans phlébite ni thrombose. Ce sont des associations morbides.

M. MILIAN estime que la syphilis est peut-être à l'origine des lésions vasculaires. Cette pathogénie est admise par MM. TZANCK et CHEVALLIER.

M. GRENET estime que le syndrome en question ne doit pas être considéré comme une rareté.

Rhumatisme articulaire dans l'armée. — MM. COSTEDOAT et JEANNEST. Le rhumatisme articulaire aigu est une des maladies les plus répandues dans l'armée ; mais il est moins fréquent que pendant la guerre. Sa fréquence dans une ville ne tient pas aux qualités de son climat ; mais quelques villes, d'ailleurs en petit nombre, présentent d'une manière continue des taux de morbidité par rhumatisme très élevés, mais ce ne sont cependant pas les caractères particuliers du climat de ces villes qui peuvent expliquer la fréquence du rhumatisme.

Cette communication appelle une discussion à laquelle prennent part plusieurs membres de la Société, qui attirent l'attention sur quelques détails de pathogénie ou de clinique : FLANDIN, LEREBOULLET, MILIAN, ARMAND-DELILLE, DUFOUR, GRENET, RIST.

Gastrectomie faite sur la constatation radiologique d'une raideur limitée dans la région prépylorique. — MM. GOSSET, GUTMANN, Yvan BERTRAND. Femme de 72 ans, souffrant depuis plus d'un an de douleurs tardives avec amaigrissement léger. Les clichés démontrèrent des images d'infiltration limitée à la région prépylorique. Après intervention, la pièce montra un aspect un peu boursouflé de l'intérieur de l'estomac. Il s'agissait histologiquement d'une lymphoblastose diffuse maligne de la muqueuse gastrique. Ganglions indemnes.

CHRONIQUE

UNE MANIFESTATION D'AMITIÉ FRANCO-HELLÉNIQUE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A l'occasion de l'inauguration d'une statue d'Hippocrate offerte à l'Académie, par le docteur Skevos Zervos (d'Athènes), une séance solennelle a été tenue, elle a été l'occasion d'une belle manifestation d'amitié franco-hellénique.

La statue d'Hippocrate, d'une éclatante blancheur sous le feu des projecteurs, se dresse derrière le Président de l'Académie. Exécutée par le grand sculpteur athénien Demetriades, dans un bloc de marbre du Pentélique, elle a une très grande allure.

La salle, pavoisée aux couleurs helléniques et françaises, est remplie comme aux plus grands jours. En face du président et des membres du bureau, revêtus de l'uniforme brodé, prennent place M. J. Zay, ministre de l'Education nationale ; S. E. M. Politis, ministre de Grèce ; M. Serge Gas, représentant le ministre de la Santé publique, un médecin colonel représentant le ministre des Colonies.

M. SKEVOS ZERVOS prend le premier la parole. Il rappelle que son projet d'offrir à l'Académie une statue d'Hippocrate, semblable à celle qu'il venait de faire ériger à l'Université d'Athènes, est né d'une conversation avec M. Charles Achard, dans la conque sacrée de l'Asclépéion d'Epidaure. Dans un discours très chaleureux et de haute tenue, il remercie la France d'accueillir le grand ancêtre, dont il est fier de descendre.

M. le président MARTEL adresse au donateur les remerciements de l'Académie. Il dit son admiration pour l'ancienne Grèce, et adresse à la jeune Grèce l'hommage fidèle de l'amitié française.

M. ACHARD, secrétaire général, est heureux de saluer en M. Skevos Zervos, un grand savant. N'a-t-il pas décrit récemment cette maladie des pêcheurs, qui porte son nom ?

Le don magnifique qu'il a fait à l'Académie a la valeur d'un symbole. La cérémonie d'inauguration est une inoubliable fête d'amitié franco-hellénique, et voici Hippocrate promu au rang d'ambassadeur. Pour les membres de l'Académie, il jouera le rôle d'un bienfaiteur permanent ; à une époque où la doctrine d'Hippocrate jouit d'une nouvelle jeunesse sous le nom de Néo-Hippocratisme, il sera un maître écouté.

M. LAIGNEL-LAVASTINE lit alors une notice sur *Hippocrate à l'Académie*. Son exposé est, comme il sied à un professeur d'histoire de la médecine, bourré de faits et de citations, mais aussi agrémenté d'anecdotes que l'orateur raconte avec un esprit qui est très goûté.

A l'issue de la séance, M. le MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE remit à M. Skevos Zervos, au milieu d'une ovation prolongée, la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

F. L. S.

Une médication nouvelle de l'anxiété et de l'émotivité : l'Aeïne, complexe cortico-surrénal, associé à la malonylurée. (Préface du professeur LAIGNEL-LAVASTINE). Par le docteur J. BAYARD. 1 vol. in-8°. Prix : 10 francs. Editions Hippocrate, 7, rue des Grands-Degrés, Paris, 1937.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 98.— MERCREDI 8 DECEMBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de stomatologiste des hôpitaux.* — Séance du 1er décembre 1937. — Epreuve orale d'orthopédie :

MM. les docteurs Bornet, 18 ; Friez, 15 ; Malepate, 16 ; Vrasse, 14.

Question posée. — Malformations et déformations consécutives à l'extraction d'une ou plusieurs molaires temporaires. Comment les éviter et les traiter ?

Hôpital communal de Neuilly-sur-Seine. — *Concours de l'internat.* — Un concours pour une place de titulaire et quatre places de provisoires s'ouvrira le mardi 11 janvier 1938.

Pièces à fournir. — Extrait acte de naissance, certificat de bonne vie et mœurs, certificat d'une Faculté de médecine française (16 inscriptions) ou certificat de l'A.P. attestant une année au moins d'externat. Curriculum vitæ, situation militaire, certificats des chefs de service. Demande d'inscription au concours avec engagement de se conformer au règlement, à déposer *avant le* 6 *janvier* 1938, *à la mairie de Neuilly-sur-Seine*, avec la mention : *Concours d'internat.*

Epreuves. — Une épreuve écrite sur trois questions anatomie et physiologie, pathologie interne, pathologie externe : durée une heure.

Une épreuve orale de dix minutes, comprenant deux questions : pathologie interne et externe.

Entrée en fonctions : 15 janvier. Traitement : 1re année, 7.800 fr.; 2e année, 8.400 fr.; 3e année, 9.600 fr., plus divers avantages.

Faculté de médecine de Lille. — le professeur Charles Dubois a été réélu doyen de la Faculté.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le professeur Massabuau, membre du conseil de l'Université, est nommé assesseur du doyen.

Faculté de médecine de Nancy. — M. le professeur Jacques a été nommé assesseur du doyen.

— La chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie (dernier titulaire : M. Santenoise), de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est déclarée vacante.

Ecole de médecine de Reims. — Le docteur Maurice Jacquet, médecin des hôpitaux de Reims, a été institué professeur suppléant des chaires d'anatomie, physiologie et histologie.

Médaille d'honneur des épidémies. — La médaille d'honneur des épidémies en bronze a été décernée à M. le docteur Jacquot (André), médecin à Remiremont, pour maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Guerre. — M. le médecin général Stitelet a été placé dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire

Office de liaison des œuvres d'entr'aide médicale. — Les délégués des principales œuvres d'entr'aide médicale se sont réunis récemment, sous la présidence du docteur Chapon, président de l'Association générale des Médecins de France, en vue de la création d'un Office destiné à coordonner le fonctionnement de ces diverses sociétés.

Etaient représentées les sociétés suivantes : Association générale des Médecins de France (docteur Jules Bongrand) ; Association confraternelle des Médecins français (docteur O'Followell) ; Association française des Femmes médecins

(Mlle le docteur Blanchier) ; Association des Médecins de la Seine (docteur Genouville) ; Caisse de Secours du « Concours médical » (docteur Vimont) ; Fédération des Médecins du Front (docteur O'Followell) ; F.E.M. (docteur Darras) ; Gallet-Lagoguey (docteur Jousset) ; Maison du Médecin (docteur Noir) ; Médecine et Famille (docteur Garrigues) ; Prévoyance médicale (docteur Busquet) ; Secours syndical (docteur Cibrie) ; Société centrale de l'A.G. (docteur A. Touchard) ; MM. Paul Lutaud, secrétaire général de l'A.G., et Paul Boudin, conseiller médico-juridique.

Au cours de cette séance préliminaire, après un exposé de la question par M. A. Touchard (de l'A.G.), une méthode de travail fut adoptée et une commission, chargée d'étudier et d'établir un projet, a été nommée. Elle est composée de MM. Noir, président ; Cibrie, Darras, O'Followell, Touchard et Boudin.

La bonne entente, l'ordre avec lesquels cette question fut abordée, permettent d'assurer que ce projet aboutira à des réalisation immédiates, et qu'en ouvrant la vie à d'autres plus lointaines, il se présente comme une œuvre d'avenir féconde pour la meilleure collaboration de nos œuvres d'assistance et de prévoyance.

COURS ET CONFÉRENCES

— CLINIQUE MÉDICALE THÉRAPEUTIQUE, La Pitié (service de M. le professeur F. RATHERY).

Lundi 13 novembre. — 9 h. : M. BARGETON : Cours de séméiologie cardiaque. — 9 h. 30 : Visite dans les salles. — 10 h. 30 : M. DÉROT : Présentation de malade.

Mardi 14 novembre. — 9 h. : M. SALLET : Cours de séméiologie rénale. — 9 h. 30 : Visite dans les salles. — 10 h. 30 : M. MOLINE : Présentation de malade. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. RATHERY : Diabète, nutrition.

Mercredi 15 novembre. — 9 h. : M. GRENET : Cours de séméiologie nerveuse. — 9 h. 30 : Visite dans les salles. — 10 h. 30 : M. PAUTRAT : Présentation de malade. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. RATHERY : Maladies des reins.

Jeudi 16 novembre. — 9 h. : M. DE TRAVERSE : Cours de chimie biologique élémentaire. — 9 h. 30 : Visite dans les salles. — 10 h. 30 : M. F. RATHERY : Leçon clinique.

Vendredi 17 novembre. — 9 h. : M. BACHMANN : Cours de séméiologie pulmonaire. — 9 h. 30 : Visite dans les salles. — 10 h. 30 : M. SIGWALD : Présentation de malade. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. RATHERY : Diabète, nutrition, rhumatismes.

Samedi 18 novembre. — 9 h. : M. J. FERROIR : Cours de séméiologie digestive. — 9 h. 30 : Visite dans les salles.

Hôpital Beaujon-Clichy. — *Applications cliniques de l'ozone.* — Le lundi 13 décembre et les jours suivants, à 11 heures, six conférences, suivies de présentations de malades, seront faites au laboratoire central, par M. P. Aubourg, électro-radiologiste de Beaujon-Clichy, sur la théorie et la pratique de l'ozone médical. Lundi 13 : physique et chimie de l'ozone. Modes actuels d'applications cliniques. — Mardi 14 : action bactéricide de l'ozone, actions sur les humeurs de l'organisme. — Mercredi 15 : l'ozone dans les formes cliniques de la colibacillose. — Jeudi 16 : l'ozone dans les intoxications, les diathèses et les infections médicales et chirurgicales. — Vendredi 17 : l'ozone en parasitologie, en O. R. L., en stomatologie, en dermatologie. — Samedi 18 : pourcentage des résultats cliniques et biologiques sur une statistique de 350 premiers cas traités par l'ozone, à Beaujon-Clichy.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES PERQUISITIONS ET LE SECRET PROFESSIONNEL

A propos des perquisitions qui ont eu lieu récemment chez un médecin parisien, le S.M.S. a voté l'ordre du jour suivant :

« Le Syndicat des Médecins de la Seine,

« Considérant que des perquisitions peuvent être pratiquées sur mandat de justice au domicile de tout citoyen ;

« Considérant que ces perquisitions doivent respecter les documents médicaux professionnels ayant un caractère secret, dont la divulgation par le médecin le rendrait justiciable de l'article 378 du Code pénal ;

« Considérant que le secret professionnel médical a la même valeur que celui des avocats, qu'il a même parfois une importance vitale pour les intéressés ;

« Demande que les règles régissant les perquisitions chez l'avocat soient applicables aux perquisitions au cabinet du médecin ;

« Demande en conséquence que le Président du Syndicat départemental ou son délégué soit convié par les autorités à y assister, dans le but de protéger les documents médicaux secrets.

« Adopté à l'unanimité, le 1er décembre 1937. »

Nécrologie. — Nous apprenons la mort du docteur Fernand Lalesque, membre correspondant de l'Académie de médecine, décédé à Arcachon à l'âge de 84 ans.

Lalesque a été le créateur d'Arcachon « ville de santé ». Physiothérapeute éminent, il a publié un grand nombre de travaux relatifs au traitement de la tuberculose ; on ne doit pas oublier que c'est lui qui préconisa et appliqua avec succès la cure marine.

Lalesque était entouré de l'estime et du respect de tous. Nous adressons à son fils, le docteur Jules Lalesque, l'expression de notre très vive sympathie.

— Le docteur Gomma (d'Ax-les-Thermes).

— Mme le docteur Sophie de Patton (de Genève).

— Le docteur Albert Mouribot, à Montauban.

RENSEIGNEMENTS

A VENDRE BEAU TERRAIN 650 m. 17e arr. Convenant pour construction clinique. Vue sur jardins, exposition midi. S'adr. au journal.

LA TAILLE DES ENFANTS ET DES JEUNES GENS OBÈSES

Par M. le Professeur NOBÉCOURT

Les enfants et les jeunes gens obèses ont des tailles très inégales. En même temps qu'on remarque la surcharge graisseuse du tissu sous-cutané, on constate que les uns ont des tailles moyennes, les autres, soit des petites, soit des hautes statures, la réduction ou l'excès de la taille se présentant d'ailleurs à des degrés très divers.

La taille des obèses pendant la période de croissance staturale mérite d'être étudiée avec précision. Cette étude peut conduire à des déductions d'ordre sémiologique et d'ordre physiologique (1).

Dans l'ordre sémiologique, elle permet de préciser la signification des poids des malades, poids qui traduisent par des nombres l'existence et le degré de l'obésité.

Dans l'ordre physiologique, elle conduit à rechercher l'intervention possible de facteurs susceptibles d'influencer simultanément l'accroissement en longueur des os et l'accumulation de la graisse dans les cellules du tissu conjonctif.

J'ai réuni les observations de 100 enfants à partir de 6 ans et jeunes gens jusqu'à 18 ans, 50 garçons et 50 filles. Ces observations ont été prises au hasard parmi beaucoup d'autres, sans idée préconçue. Elles ont été recueillies, les unes (27 garçons et 27 filles) à ma consultation privée, les autres (23 garçons et 23 filles) dans les salles et à la Policlinique de la *Clinique médicale des enfants*. Ces obèses appartiennent donc à tous les milieux sociaux.

J'envisagerai successivement :

I. Les tailles des obèses à l'âge où ils ont été examinés pour la première fois et, pour quelques-uns observés avant le début de l'obésité, à l'âge où celle-ci a été constatée.

II. La croissance staturale des obèses.

III. La hauteur du buste, celle des membres inférieurs, et le rapport de celle-ci à celle-là, ou rapport de Manouvrier.

I. — Taille des obèses. — Dans les tableaux suivants, réservés le premier aux garçons, le second aux filles, on lira : le numéro de l'observation, le nom et l'âge ; puis la taille en centimètres du sujet et la taille moyenne de l'âge ; enfin, l'écart entre la taille du sujet et la taille de l'âge, écart réel en centimètres et écart calculé pour une taille uniforme de 100 centimètres. Dans chaque tableau, les observations sont rangées suivant l'importance de l'écart réel : d'abord les tailles strictement conformes à la moyenne (écart inférieur à 1 cm.), puis les tailles supérieures à la moyenne (écart +), enfin les tailles inférieures (écart —).

Les tailles moyennes sont celles que j'ai adoptées dans *Les enfants trop petits* (1), puis dans le *Traité de médecine des enfants* (2).

Garçons

N° de l'obs. (3)	Nom	Age ans	mois	Taille du sujet cm	Taille de l'âge cm	Ecart statural réel cm	Ecart statural p. 100
—	—	—	—	—	—	—	—
27-2475	G..., Henri ..	11—	1	135,5	135,5	0	0
32-3997	G..., Pierre ..	15—		156,5	157,0	— 0,5	— 0,003
23-1276	R..., Marcel..	15—	2	157,5	158,0	— 0,5	— 0,003
—	N..., Jacques.	9—		126,5	125,0	+ 1,5	+ 1,2
28-2680	B..., Marc ...	13—		147,0	145,0	+ 2,0	+ 1,3
P. 1586	O..., Henri ..	14—		153,5	151,0	+ 2,5	+ 1,6
P.11000	B..., André..	11—	1	139,0	136,0	+ 3,0	+ 2,8
P.11690	L..., Robert..	9—	7	133,0	128,5	+ 4,5	+ 3,4
P.12103	J..., André..	12—	6	146,5	142,0	+ 4,5	+ 3,1
28-2623	V..., Robert..	10—	9	139,0	134,0	+ 5,0	+ 3,7
D. 8154	V..., Georges.	11—	3	141,5	136,0	+ 5,5	+ 4,0
P.10759	M..., Henri..	13—	5	153,0	147,5	+ 5,5	+ 3,7
23.1277	V..., François	6—	2	115,0	109,0	+ 6,0	+ 5,5
D. 8434	P..., Jean ...	12—	5	147,5	141,5	+ 6,0	+ 4,0
D. 5858	P..., Jacques.	11—	8	144,0	137,5	+ 6,5	+ 4,7
D 8045	S..., Raym...	12—	2	146,5	140,0	+ 6,5	+ 4,6
30.3523	L..., Edouard	10—	6	140,5	133,0	+ 7,5	+ 5,6
29.3022	S..., Victor ..	12—	7	150,0	142,5	+ 7,5	+ 5,2
P.12318	T..., Jean ...	9—	8	138,0	129,0	+ 9,0	+ 6,9
D 8355	G..., René ..	12—		148,0	139,0	+ 9,0	+ 6,4
28.2764	M..., Léon ..	8—	3	130,5	120,5	+10,0	+ 8,2
P.11386	D..., Robert.	12—	2	150,5	140,0	+10,5	+ 7,5
P.12366	W..., Abel ..	14—	3	164,0	153,0	+11,0	+ 7,1
P.27445	E..., Lionel..	7—	4	128,0	115,5	+12,5	+10,8
36-4587	M..., Martin.	13—	1	158,0	145,5	+12,5	+ 8,5
P. 2218	F..., Félix ..	6—	9	125,5	112,5	+13,0	+11,5
31-3819	B..., Léon...	11—	1	148,5	135,5	+13,0	+ 9,5
23-995	S..., Jean ...	13—	3	159,5	146,5	+13,0	+ 8,8
29-3075	S..., André..	11—		149,0	135,0	+14,0	+10,3
D. 7698	L..., Serge ..	11—	9	152,5	138,0	+14,5	+10,5
D. 9582	B..., Marc ..	9—	10	145,0	130,0	+15,0	+11,5
D. 6802	A..., Robert.	11—		151,5	135,0	+16,5	+12,2
30-3635	H..., Robert.	11—	7	154,0	137,5	+16,5	+12,0
24-1580	R..., Joseph.	11—	7	154,5	137,5	+17,0	+12,3
25-1680	E..., Arthur.	12—	7	159,5	142,5	+17,0	+11,9
35-4532	W..., Jean..	11—	2	157,0	135,5	+21,5	+15,8
24-1557	C..., Claude.	8—	3	119,0	120,5	— 1,5	— 1,2
D. 8043	N..., Louis ..	12—	10	142,0	144,0	— 2,0	— 1,3
22-809	P..., Jean ...	13—	1	143,0	145,5	— 2,5	— 1,7
D. 4087	D..., Alfred..	7—		111,0	114,0	— 3,0	— 2,6
24-1489	C..., Marcel..	13—	7	145,5	148,5	— 3,0	— 2,0
34-4352	S..., Léon ...	13—	1	138,0	145,5	— 7,5	— 5,1
25-1849	G..., Abner ..	13—	1	138,0	145,5	— 7,5	— 5,1
P.12279	B..., Pierre..	13—	8	141,5	149,0	— 7,5	— 5,0
23-1106	L..., Jean ...	14—	9	146,0	155,5	— 9,5	— 6,1
27-2384	V..., André..	15—	2	145,5	158,0	—12,5	— 7,9
P. 1207	P..., René ...	13—	10	135,0	150,0	—15,0	—10,0
23.1182	M..., Jean ..	13—	10	133,0	150,0	—17,0	—11,3
D. 6736	R..., Jean .	12—	8	119,0	143,0	—24,0	—16,7
30-3659	C..., Georges.	18—	4	136,5	162,0	—25,5	—15,7

Filles

N° de l'obs (4)	Nom	Age ans	mois	Taille du sujet cm	Taille de l'âge cm	Ecart statural réel cm	Ecart statural p. 100
—	—	—	—	—	—	—	—
P.27415	C..., Marie ..	13—	4	147,0	147,0	0	0
B. 2847	P..., Raym...	14—		150,0	150,0	0	0
B. 2329	L..., Denise..	6—	2	106,0	105,0	+ 1,0	+ 0,9
36-4603	G..., Marcelle	8—	10	120,5	119,5	+ 1,0	+ 0,8
29-3203	E..., Nadine.	11—	10	142,5	140,5	+ 2,0	+ 1,4
B 1594	G..., Madelein	13—	1	148,0	146,0	+ 2,0	+ 1,3
28-2808	W..., Anne .	12—	5	146,0	143,5	+ 2,5	+ 1,7
B. 4082	K..., Ida	12—	6	146,5	144,0	+ 2,5	+ 1,7
31-3698	P..., Marie ..	12—	2	146,0	143,0	+ 3,0	+ 2,0

(1) P. Nobécourt et L. Lebée. Les états de surnutrition et les obésités, *in* P. Nobécourt et L. Babonneix. *Traité de médecine des enfants.* Masson et Cie, Paris, 1934, Tome I.

(1) L'*expansion scientifique française*, Paris, 1929.

(2) P. Nobécourt et M. Kaplan. La croissance staturale, *in* P. Nobécourt et L. Babonneix. *Traité de médecine des enfants.* Masson et Cie, Paris 1934, tome I.

(3) D s'applique aux garçons hospitalisés ;
P à ceux soignés à la policlinique ;
Le *premier nombre* (27, 32, etc.), à ceux examinés dans mon cabinet.

(4) B s'applique aux filles hospitalisées.

B. 4988	V...,	Fern. ..	12— 6	147,0	144,0	+ 3,0	+ 2,0
E. 110	M...,	Arm. ..	14—10	156,0	152,0	+ 4,0	+ 2,6
30-3517	P...,	Simone.	11— 8	144,0	139,5	+ 4,5	+ 3,2
B. 4931	C...,	Yvonne.	12— 3	148,5	143,0	+ 5,5	+ 3,8
B. 3812	L...,	Marguer.	13—11	154,5	149,5	+ 5,0	+ 3,3
35-4452	C...,	Andrée.	10—	132,0	126,0	+ 6,0	+ 4,7
30-3528	F...,	Maria...	10—	132,0	126,0	+ 6,0	+ 4,7
30-3551	K...,	Eugénie.	17— 4	160,5	154,5	+ 6,0	+ 3,8
25-1766	B...,	Simone.	10—11	140,0	133,5	+ 6,5	+ 4,8
B. 3816	P...,	Marie ..	12— 8	151,5	145,0	+ 6,5	+ 4,4
31-3836	D...,	Rose ...	12— 8	152,0	145,0	+ 7,0	+ 4,8
B 3811	P...,	Andrée.	13—11	156,5	149,5	+ 7,0	+ 4,8
27-2556	M...,	Anne.	18— 4	162,5	155,5	+ 7,0	+ 4,5
26-2253	B...,	Hélène.	11— 4	144,5	137,0	+ 7,5	+ 5,4
22-961	P...,	Marthe.	8— 3	125,0	117,0	+ 8,0	+ 6,8
22-813	D...,	Suzanne	8—11	129,0	120,0	+ 9,0	+ 7,5
P.12075	F...,	Alberte.	9—10	134,0	125,0	+ 9,0	+ 7,2
27-2529	M...,	Augusta	13—10	158,5	149,5	+ 9,0	+ 6,1
36-4658	G...,	Andrée.	13— 6	158,0	148,0	+10,0	+ 6,7
P.10712	M...,	Yvonne.	9—	130,5	120,0	+10,5	+ 8,7
36-4611	S...,	Chris.—	10— 5	140,5	130,0	+10,5	+ 8,0
36-4616	D...,	Irène ..	10— 8	143,0	132,0	+11,0	+ 8,3
B. 5662	R...,	Genev..	11—	146,0	135,0	+11,0	+ 8,1
P. 1986	Q...,	Antoin..	11—11	153,0	141,0	+12,0	+ 8,5
29-3065	P...,	Thérèse.	9— 5	136,0	122,5	+13,5	+11,0
P 2703	P...,	Sylvie..	12— 1	156,5	142,5	+14,0	+ 9,8
B. 5079	L...,	Jeanne.	13— 7	166,0	148,5	+17,5	+12,7
B. 4534	R...,	Germ...	8—10	138,5	119,5	+19,0	+16,7
29-3223	F...,	Denise..	7— 3	132,0	111,5	+20,5	+18,3
29-2991	D...,	Simone.	9—11	147,0	125,5	+21,5	+17,1
36.4598	G...,	Concha.	10— 9	130,0	133,0	— 3,0	— 2,2
22-824	S...,	Monique	14—	147,0	150,0	— 3,0	— 2,0
25-1776	M...,	Yvonne.	17—10	151,5	154,5	— 3,0	— 1,9
B 3818	L...,	Thérèse.	11— 9	135,5	140,0	— 4,5	— 3,2
28-2832	C...,	Hélène.	11—11	134,5	141,0	— 6,5	— 4,6
25-1968	P...,	Margu..	17— 1	148,5	154,0	— 6,5	— 4,2
37-4790	B...,	Genev..	14— 6	143,5	151,0	— 7,5	— 4,9
P. —	C...,	Agnès..	15— 6	145,0	152,5	— 7,5	— 4,9
P.10752	O...,	Reine..	11— 4	127,0	137,0	—10,0	— 7,8
B. 2726	L...,	Madel...	12— 2	129,0	143,0	—14,0	— 9,7
P.10700	D...,	Myriam.	12— 5	129,0	144	—15,0	—10,4

La lecture des tableaux précédents permet de constater la *grande diversité des tailles* que peuvent présenter les enfants et les jeunes gens obèses. Tantôt la taille est strictement conforme à la moyenne ou n'en diffère que de moins d'un centimètre en plus ou en moins. Tantôt elle est supérieure à la moyenne et l'excès sur la moyenne est compris entre 1 et 21 centimètres. Tantôt elle est inférieure à la moyenne et la réduction sur la moyenne est comprise entre 1 et 25 centimètres.

Voici la *fréquence relative de chacune de ces modalités* pour 100 garçons et filles réunis, pour 50 garçons et pour 50 filles.

Tailles	Nombre des cas Garçons et filles	Garçons	Filles
Exactement conformes à la moyenne.	5	3	2
Supérieures à la moyenne	70	33	37
Inférieures à la moyenne	25	14	11
	100	50	50

Les obèses qui ont des tailles exactement conformes aux tailles moyennes de leurs âges sont donc les moins nombreux. Mais il ne faut pas en déduire que tous les autres sont trop grands ou trop petits ; parmi eux, beaucoup ont des tailles qui restent dans les limites des variations physiologiques et peuvent être tenues pour moyennes.

Les *limites entre les tailles moyennes et les hypotrophies staturales*, d'une part, *les hypertrophies staturales*, d'autre part, sont évidemment arbitraires ; il est cependant nécessaire de les tracer.

Pour les raisons exposées dans *Les enfants trop petits*, j'ai admis qu'une réduction de 5 pour 100 sur la taille moyenne de l'âge est la limite inférieure des tailles moyennes, qu'une réduction de 6 pour 100 est la limite supérieure de l'hypotrophie staturale.

On peut admettre, d'autre part, qu'un excès de 5 pour 100 sur la taille moyenne de l'âge est la limite supérieure des tailles moyennes, qu'un excès de 6 pour 100 est la limite inférieure de l'hypertrophie staturale.

La limite de 5 p. 100 correspond à un excès ou à une réduction de la taille de 6 ou 7 cm. ; la limite de 6 p. 100 à un excès ou à une réduction de la stature de 8 ou 9 cm.

En appliquant ces données aux obèses dont je viens de donner les tailles, on obtient les valeurs suivantes :

Tailles	Nombre des cas Garçons et filles	Garçons	Filles
Exactement conformes à la moyenne.	5	3	2
Excès de 5 % au maximum	36	15	21
Excès de 6 % au minimum	34	18	16
Réduction de 5 % au maximum.....	16	8	8
Réduction de 6 % au minimum	9	6	3
	100	50	50

Donc :

Sur 100 garçons et filles :

57 ont des tailles moyennes ;
34 ont de l'hypertrophie staturale ;
9 ont de l'hypotrophie staturale.

Sur 50 garçons :

26 ont des tailles moyennes ;
18 ont de l'hypertrophie staturale ;
6 ont de l'hypotrophie staturale.

Sur 50 filles :

31 ont des tailles moyennes ;
16 ont de l'hypertrophie staturale ;
3 ont de l'hypotrophie staturale.

Dans ma statistique :

Les tailles moyennes sont les plus fréquentes ; elles sont un peu plus fréquentes chez les filles que chez les garçons ;

Ensuite, viennent les hautes statures, avec une fréquence sensiblement égale dans les deux sens ;

Les petites statures sont rares, plus fréquentes chez les garçons que chez les filles.

Il importe de préciser l'*importance de la réduction et de l'excès staturaux*.

On peut distinguer des hypotrophies et des hypertrophies staturales :

Légères, avec des écarts de ± 6 à 9 p. 100.
Moyennes, avec des écarts de ± 10 à 14 p. 100.
Fortes, avec des écarts de ± 15 à 19 p. 100.
Très fortes, avec des écarts de ± 20 p. 100 et au delà.

Chez les obèses dont je fais état :

Les écarts de 6 à 9 p. 100 correspondent à des écarts de 8 à 14 cm.

Les écarts de 10 à 14 p. 100 correspondent à des écarts de 12 à 17 cm.

Les écarts de 15 à 19 p. 100 correspondent à des écarts de 20 à 25 cm.

Chez nos obèses, on trouve :

Hypotrophies staturales :	Nombre des cas Garçons et filles	Garçons	Filles
Légères	4	2	2
Moyennes	3	2	1
Fortes	2	2	0
Très fortes	0	0	0
	9	6	3

Hypertrophies staturales :

Légères	19	8	11
Moyennes	11	9	2
Fortes	4	1	3
Très fortes	0	0	0
	34	18	16

Les hypotrophies et les hypertrophies staturales légères et moyennes sont donc les plus fréquentes ; les fortes sont notablement plus rares ; les très fortes font défaut.

II. — ACCROISSEMENT DE LA TAILLE. — L'accroissement de la taille n'a pu être suivi que chez un petit nombre d'obèses.

Je l'étudie successivement chez les garçons et chez les filles ; dans chaque groupe, j'envisage les sujets ayant, au début de l'observation, soit des tailles moyennes, soit de l'hypertrophie, soit de l'hypotrophie staturales.

Quelques sujets ayant été observés avant le début de l'obésité, on peut comparer la modalité de l'accroissement statural avant et après l'apparition de l'obésité.

Garçons

Les garçons sont au nombre de 20 : au début de l'observation, 8 ont des tailles moyennes, 6 de l'hypertrophie staturale, 6 de l'hypotrophie staturale.

Tailles moyennes : 8 cas.

L'accroissement statural des garçons, qui avaient des tailles moyennes au début de l'observation, s'est effectué de façons diverses.

Première modalité : 5 cas.

L'accroissement statural se poursuit à peu près parallèlement à l'accroissement moyen ; à la fin de l'observation, la taille est toujours moyenne.

Voici 4 des cas ayant présenté cette modalité :

27. 2475. *G..., Henri.*

Age ans	Age mois	Taille Henri cm	Taille moyenne cm	Ecart statural réel cm	Ecart statural pour 100
3	11	96,0	96,5	—0,5	—0,5
5	9	107,0	106,5	+0,5	+0,4
6		108,5	108,0	+0,5	+0,4
7	1	116,0	114,5	+1,5	+1,3
11	1	135,5	135,5	0	0

Accroissement statural en 7 ans 2 mois :
Moyen : 39 cm. 0.
Henri : 39 m. 5.

Henri a, jusqu'à 6 ans, une adiposité moyenne ; ensuite son adiposité augmente ; à 11 ans, il est obèse.

P. 1586, O..., Henri.

Age ans	Age mois	Taille Henri cm	Taille moyenne cm	Ecart statural réel cm	Ecart statural pour 100
14		153,5	151,0	+2,5	+1,6
14	1	154,0	151,5	+2,5	+1,6
14	3	154,5	152,5	+2,0	+1,3
14	4	155,0	153,0	+2,0	+1,3
15	5	159,0	159,5	—0,5	—0,3

Accroissement statural en 1 an 5 mois :
Moyen : 8 cm. 5.
Henri : 5 cm. 5.

A 14 ans, Henri est obèse ; pendant cette période l'obésité diminue.

23.1227. *V..., François.*

Age ans	Age mois	Taille François cm	Taille moyenne cm	Ecart statural réel cm	Ecart statural pour 100
6	2	115,0	109,0	+6,0	+5,5
12		145,0	139,0	+6,0	+4,4

Accroissement statural en 5 ans 10 mois :
Moyen : 30 cm.
François : 30 cm.

L'obésité, légère à 6 ans, augmente pendant la période.

D. 4087. Duc... Alfred (1).

Age ans	Age mois	Taille Alfred cm	Taille moyenne cm	Ecart statural réel cm	Ecart statural pour 100
5	8	103,0	106,0	—3,0	—2,8
7		111,0	114,0	—3,0	—2,6
7	11	117,0	118,5	—1,5	—1,2
9	8	126,0	129,0	—3,0	—2,3
10	2	128,0	131,5	—3,5	—2,6

Accroissement statural en 4 ans 6 mois :
Moyen : 25 cm. 5.
Alfred : 25 cm. 0.

Au début de l'observation, Alfred est obèse ; à la fin, l'obésité a augmenté.

Deuxième modalité : 3 cas.

L'accroissement statural subit un fléchissement à un certain âge. Ensuite, il se comporte de façons différentes suivant les sujets.

1° Tantôt, l'accroissement reprend et devient même supérieur à la moyenne ; toutefois la taille reste moyenne.

N..., Jacques.

Age ans	Age mois	Taille Jacques cm	Taille moyenne cm	Ecart statural réel cm	Ecart statural pour 100
4		96,5	97,0	—0,5	—0,5
4	11	101,0	102,5	—1,5	—1,4
5	11	107,5	107,5	0	0
7		114,0	114,0	0	0
8		119,0	119,0	0	0
9		126,5	125,0	+1,5	+1,2
10	1	131,5	131,5	0	0
11		135,5	135,0	+0,5	+0,3
12		140,5	139,0	+1,5	+1,0
13		143,5	145,0	—1,5	—1,0
14		148,0	151,0	—3,0	—1,9
14	11	152,0	156,5	—4.5	—2,8
15	6	155,5	160,0	—4,5	—2,8
16	6	164,0	162,5	+1,5	+0,9
17	1	168,0	163,0	+5,0	+3,0
17	3	168,5	163,5	+5,0	+3,0
17	10	171,5	164,0	+7,5	+4,5

L'accroissement statural s'est effectué de la façon suivante :

	Accroissement statural Moyen	Accroissement statural Jacques
De 4 ans à 13 ans	48 cm. 0	47 cm. 0
De 13 ans à 15 ans 6 mois	15 cm. 0	12 cm. 0
De 15 ans à 17 ans 10 mois	4 cm. 0	16 cm. 0
Total en 13 ans 10 mois	67 cm. 0	75 cm. 0

L'obésité apparaît vers 8 ans, augmente surtout à partir de 11 ans, a son maximum dans la quinzième année ; elle diminue à partir de la seizième anée et disparaît à 17 ans.

2° Tantôt l'insuffisance de la croissance staturale persiste pendant la durée de l'observation, comme chez les deux obèses suivants ; mais ceux-ci n'ont pas été suivis assez longtemps et peut-être se seraient-ils comportés dans la suite comme le précédent.

(1) P. NOBÉCOURT. *Clinique médicale des enfants. Troubles de la nutrition et de la croissance.* Masson et Cie, Paris, 1926. Leçon XI. Sur un garçon obèse et idiot. L'obésité dans les affections de l'encéphale (14 mars 1925).

24.1557. *C..., Claude.*

Age		Taille		Ecart statural	
ans	mois	Claude cm	moyenne cm	réel cm	pour 100
8	3	119,0	120,5	—1,5	—1,2
8	9	120,5	123,5	—3,0	—2,4
9	5	123,5	127,5	—4,0	—3,1
10	1	126,0	131,0	—5,0	—3,1

Accroissement statural en 1 an 10 mois :
Moyen : 10 cm. 5.
Claude : 7 cm. 0.

A 8 ans, Claude est obèse ; l'obésité se modifie peu pendant la durée de l'observation.

24.1489. *C..., Marcel.*

Age		Taille		Ecart statural	
ans	mois	Marcel cm	moyenne cm	Marcel cm	pour 100
7	1	117,5	114,5	+3,0	+2,6
13	7	145,5	148,5	—3,0	—2,0
13	10	146,5	150,0	—3,5	—2,3

Accroissement statural en 6 ans 9 mois :
Moyen : 35 c. 5.
Marcel : 29 cm. 0.

A 7 ans, Claude n'est pas obèse ; à 13 ans 7 mois, il est obèse et, à 13 ans 10 mois, l'obésité augmente.

3° Tantôt, l'insuffisance de l'accroissement statural entraîne de l'hypotrophie staturale.

Il en a été ainsi pour un garçon obèse (34.4352, S... Léon) que nous retrouverons à l'hypotrophie staturale.

Hypertrophies staturales : 6 cas.

La croissance staturale s'est effectuée suivant deux modalités.

Première modalité : 3 cas.

L'augmentation de la taille est conforme à l'augmentation moyenne. L'hypertrophie staturale reste la même.

Deuxième modalité : 3 cas.

L'accroissement statural est supérieur à l'accroissement moyen. L'hypertrophie staturale augmente.

P. 11.386. *D..., Robert.*

Age		Tailles		Ecart statural	
ans	mois	Robert cm	moyenne cm	réel cm	pour 100
11	2	150,5	140,0	+10,5	+7,5
11	3	150,5	140,5	+10,0	+7,1
11	4	152,0	141,0	+11,0	+7,7
13	3	159,0	146,5	+12,5	+8,5
13	5	160,0	147,5	+12,5	+8,4

Accroissement statural en 2 ans 3 mois :
Moyen : 7 cm. 5.
Robert : 9 cm. 5.

Pendant l'observation l'obésité augmente un peu.

30.3605. *H..., Robert.*

Age		Taille		Ecart statural	
ans	mois	Robert cm	moyenne cm	réel cm	pour 100
11	7	154,0	137,5	+16,5	+12,0
12	2	158,0	140,0	+18,0	+12,8

Accroissement statural en 7 mois :
Moyen : 2 cm. 5.
Robert : 4 cm. 0.

Pendant l'observation l'obésité augmente.

35.4522. *W..., Jean.*

Age		Taille		Ecart statural	
ans	mois	Jean cm	moyenne cm	réel cm	pour 100
11	2	157,0	135,5	+21,5	+15,8
13	2	169,0	146,0	+23,0	+15,7

Accroissement statural en 2 ans :
Moyen : 10 cm. 5.
Jean : 12 cm. 0.

Pendant l'observation, l'obésité diminue ; à 13 ans, elle a presque complètement disparu.

Hypotrophies staturales : 6 cas.

L'accroissement statural peut revêtir plusieurs modalités.

Première modalité : 2 cas.

L'accroissement statural est conforme à l'accroissement moyen ; la réduction staturale ne change pas. Voici un exemple :

23.1182. *M..., Jean* (1).

Age		Taille		Ecart statural	
ans	mois	Jean cm	moyenne cm	réel cm	pour 100
13	10	133,0	150,0	—17,0	—11,3
14	10	139,0	156	—17,0	—10,8
15	11	144,0	161,5	—17,5	—10,8

Accroissement statural en 2 ans 1 mois :
Moyen : 11 cm. 5.
Jean : 11 cm.

L'obésité ne change pas.

Deuxième modalité : 3 cas.

L'accroissement statural est inférieur à l'accroissement statural moyen, la réduction staturale augmente.

Toutefois, pendant la jeunesse, la taille de l'obèse peut s'accroître davantage que celle du sujet normal, dont l'accroissement statural se ralentit de plus en plus ; dans cette éventualité, l'importance de la réduction staturale diminue.

D. 6736. *R..., Jean* (2).

Age		Taille		Ecart statural	
ans	mois	Jean cm	moyenne cm	réel cm	pour 100
11	2	114,0	135,5	—21,5	—15,8
12	4	117,0	141,0	—24,0	—17,0
13		120,0	145,0	—25,0	—17,2
14		122,5	151,0	—28,5	—18,8
15		125,5	157,0	—31,5	—20,0
15	8	127,0	160,5	—33,5	—20,8
16	7	129,5	162,5	—33,0	—20,3
17	6	132,0	163,5	—31,5	—19,3
18	7	134,5	164,5	—30,0	—18,2
19		136,5	165,0	—28,5	—17,2
20	2	137,0	166,0	—29,0	—17,4

L'accroissement statural s'est effectué de la façon suivante :

	Accroissement statural moyen	Jean
De 12 ans 2 mois à 15 ans	21 cm. 5	11 cm. 5
De 15 ans à 20 ans 2 mois	9 cm.	11 cm. 5
Total en 8 ans	30 cm. 5	23 cm. 0

Pendant la période, l'obésité, légère au début, augmente irrégulièrement.

34-4352. *S..., Léon*

Age		Taille		Ecart statural	
ans	mois	Léon cm	moyenne cm	réel cm	pour 100
13	1	138,0	145,5	— 7,5	—5,1
13	5	138,0	147,5	— 9,5	—6,4
13	10	139,5	150,5	—10,5	—7,0
14	1	141,5	151,5	—10,0	—6,6
14	5	143,0	153,5	—10,5	—6,8
14	11	144,0	156,5	—12,5	—7,9
15	6	147,0	160,0	—13,0	—8,1
16	3	152,0	162,0	—10,0	—6,8

(1) *Les enfants trop petits*, p. 110, fig. 22.

(2) P. NOBÉCOURT. *Clinique médicale des enfants. Troubles de la croissance, de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines.* Masson et Cie, Paris, 1936. Leçon XIII. Sur un garçon présentant une forte hypotrophie staturale et une selle turcique très grande. Hypotrophie staturale et nanisme dits hypophysaires (16 mars 1929). — Leçon XIV. Croissance staturale et taille dans les tumeurs de l'hypophyse (6 juin 1931).
Histoire d'un garçon atteint de nanisme et d'infantilisme d'origine hypophysaire. *Volume di Scritti Medici in onore di R. Jemma.* Ettore Sormani, Milano, 1934.

L'accroissement statural s'est effectué de la façon suivante :

	Accroissement statural moyen	Léon
De 13 ans 1 mois à 15 ans 6 mois......	14 cm. 5	9 cm. 0
De 15 ans 6 mois à 16 ans 3 mois......	2 cm.	5 cm.
Total en 3 ans 2 mois......	16 cm. 5	14 cm. 0

L'obésité augmente jusqu'à 13 ans 10 mois, persiste ensuite avec des variations, augmente beaucoup au début de la seizième année, diminue à 16 ans.

P. 1207. *P..., René*

Age		Taille		Ecart statural	
		René	moyenne	réel	pour 100
ans	mois	cm	cm	cm	
13	10	135,0	150,0	—15,0	—10,0
14	1	135,0	151,5	—16,5	—10,8
14	2	135,5	152,0	—16,5	—10,8
14	6	135,5	154,0	—18,5	—12,0
14	7	136,0	154,5	—18,5	—11,9
14	8	136,5	155,0	—18,5	—11,9
14	10	137,0	156,0	—19,0	—12,2
14	11	137,0	156,5	—19,5	—12,6
15	1	138,0	157,5	—19,5	—12,3
15	2	138,5	158,0	—19,5	—12,3
15	4	139,5	159,0	—19,5	—12,2
15	6	140,5	160,0	—19,5	—12,1
15	10	142,0	161,5	—19,5	—12,0
16	1	144,0	162,0	—18,0	—11,1
16	3	145,5	162,0	—17,5	—10,8
16	4	146,5	162,5	—16,0	— 9,8

L'accroissement statural s'est effectué de la façon suivante :

	Accroissement statural moyen	René
13 ans 10 mois à 14 ans 11 mois.	6 cm. 5	2 cm. 0
14 ans 11 mois à 15 ans 10 mois.	5 cm. 0	5 cm. 0
15 ans 10 mois à 16 ans 4 mois.	1 cm. 0	4 cm. 5
Total en 2 ans 6 mois..........	12 cm. 5	11 cm. 5

Pendant la durée de l'observation l'obésité diminue; elle est à peu près disparue à 16 ans 3 mois.

Troisième modalité : 1 cas.

L'accroissement statural est supérieur à l'accroissement moyen ; l'hypotrophie staturale diminue et la taille peut même devenir moyenne.

23.1106 *L..., Jean* (1).

Age		Taille		Ecart statural	
		Jean	moyenne	réel	pour 100
ans	mois	cm	cm	cm	
14	9	146,0	155,5	—9,5	—6,1
15	6	151,5	160,0	—8,5	—5,3
16	4	159,0	162,0	—3,0	—1,8
18	8	164,0	164,0	0	0

Accroissement statural en 3 ans 11 mois :
Moyen : 8 cm. 5.
Jean : 18 cm. 5.

A partir de 15 ans 6 mois, l'obésité diminue; à 18 ans 8 mois, elle persiste.

Filles

Les filles sont au nombre de 12 : au début de l'observation, 6 ont des tailles moyennes, 6 de l'hypertrophie staturale.

(1) P. Nobécourt. *Clinique médicale des enfants. Troubles de la nutrition et de la croissance.* Masson et Cie, Paris 1926. Leçon X. Des obésités non endocriniennes chez les enfants (15 mars 1924), p. 185.

Tailles moyennes : 6 cas.

L'accroissement statural s'est effectué suivant trois modalités.

Première modalité : 3 cas.

L'accroissement statural est conforme à l'accroissement moyen.

Voici un exemple :

B. 3811, *F..., Andrée.*

Age		Taille		Ecart statural	
		Andrée	moyenne	réel	pour 100
ans	mois	cm	cm	cm	
13	11	156,5	149,5	+7,0	+4,8
14	2	157,5	150,5	+7,0	+4,6
Total en 3 mois.		1,0	1,0		

Deuxième modalité : 1 cas.

L'accroissement statural est d'abord conforme à la moyenne ; puis, à un certain âge, il devient supérieur et de l'hypertrophie staturale peut s'installer.

B. 4947. *C..., Yvonne* (1).

Age		Taille		Ecart statural	
		Yvonne	moyenne	réel	pour 100
ans	mois	cm	cm	cm	
12	3	148,5	143,0	+ 5,5	+3,8
12	4	149,5	143,5	+ 6,0	+4,1
12	6	149,5	144,0	+ 5,5	+3,6
13	1	153,5	146,0	+ 7,5	+5,1
13	2	154,5	146,5	+ 8,0	+5,4
13	4	155,0	147,5	+ 7,5	+5,0
14	1	160,5	150,0	+10,5	+7,0
15	1	164,5	152,0	+12,5	+8,2

L'accroissement statural s'est effectué de la façon suivante :

	Accroissement statural moyen	Yvonne
12 ans 3 mois à 13 ans 4 mois.	4 cm. 5	6 cm. 5
13 ans 4 mois 4 15 ans 1 mois.	4 cm. 5	9 cm. 5
Total en 2 ans 10 mois.	9 cm. 0	16 cm. 0

A partir de 13 ans 4 mois, l'obésité a presque disparu.

Troisième modalité : 2 cas.

La croissance staturale est inférieure à la croissance moyenne ; la taille devient de plus en plus inférieure à la taille moyenne de l'âge.

En voici un exemple.

37.4790. *B..., Geneviève.*

Age		Taille		Ecart statural	
		Geneviève	moyenne	réel	pour 100
ans	mois	cm	cm	cm	
11	8	137,0	139,5	—2,0	—1,4
12		138,0	142,0	—4,0	—2,8
12	3	138,5	143,0	—4,5	—3,1
12	8	140,0	144,5	—4,5	—3,1
12	11	140,5	145,5	—5,0	—3,4
13	3	141,5	147,0	—5,5	—3,7
13	8	141,5	148,5	—7,0	—4,7
13	11	142,0	149,5	—7,5	—5,0
14	2	142,5	150,5	—8,0	—5,3
14	6	143,5	151,0	—7,5	—4,9

(1) P. Nobécourt. *Clinique médicale des enfants. Troubles de la croissance, de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines.* Masson et Cie, Paris 1936. — Leçons XVII et XVIII. Sur une fille obèse présentant un syndrome chiasmatique. I. Le syndrome chiasmatique et ses causes. II. L'obésité dans les affections de l'hypophyse et de l'hypothalamus (26 janvier et 2 février 1935).

Accroissement statural en 2 ans 10 mois :
Moyen : 11 cm. 5 ;
Geneviève : 6 cm. 5.

L'obésité apparaît vers 12 ans, puis augmente rapidement, surtout à la fin de la quatorzième année.

Hypertrophies staturales : 6 cas.

La croissance staturale s'est effectuée suivant quatre modalités.

Première modalité : 2 cas.

L'accroissement de la taille est conforme à l'accroissement moyen ; l'excès statural ne se modifie pas.

Deuxième modalité : 1 cas.

L'accroissement statural est supérieur à l'accroissement moyen ; l'excès statural augmente.

Troisième modalité : 2 cas.

L'accroissement statural est supérieur à l'accroissement moyen. A un âge donné, il peut se ralentir ou même s'arrêter. Alors l'excès statural diminue.

Voici un des deux cas.

P. 1936. *Q... Antoinette.*

Age	Taille Antoinette	Taille moyenne	Ecart statural réel	Ecart statural pour 100
11 ans 11 mois	153,0	141,0	+12,0	+ 8,5
12 ans	156,0	142,0	+14,0	+ 9,8
12 ans 8 mois	156,0	144,5	+11,5	+ 9,9
12 ans 9 mois	156,0	145,0	+11,0	+ 7,5

L'accroissement statural s'est effectué de la façon suivante :

	Accroissement statural moyen	Accroissement statural Antoinette
De 11 ans 11 mois à 12 ans	1 cm. 0	3 cm. 0
De 12 ans à 12 ans 9 mois	3 cm. 0	0
Total en 10 mois	4 cm. 0	3 cm. 0

Pendant cette période, l'obésité diminue légèrement.

Quatrième modalité : 2 cas.

La croissance staturale est inférieure à la croissance moyenne. L'excès statural diminue et la taille peut même devenir moyenne.

29.2991. *D..., Simone.*

Age	Taille Simone	Taille moyenne	Ecart statural réel	Ecart statural pour 100
9 ans 11 mois	147,0	125,5	+21,5	+17,1
14 ans 10 mois	165,5	151,5	+14,0	+ 9,2
14 ans 11 mois	165,5	152,0	+13,5	+ 8,8

Accroissement statural en 5 ans.
Moyen : 26 cm. 5.
Simone : 18 cm. 5.

Pendant ce temps, l'obésité se modifie peu.

22.961. *P..., Marthe.*

Age	Taille Marthe	Taille moyenne	Ecart statural réel	Ecart statural pour 100
8 ans 3 mois	125,0	117,0	+ 8,0	+ 6,5
13 ans 11 mois	150,5	150,0	+ 0,5	+ 0,3

Accroissement statural en 5 ans 8 mois :
Moyen : 33 cm. 0.
Marthe : 25 cm. 5.

Pendant ce temps l'obésité a augmenté.

III. — HAUTEUR DU BUSTE ET DES MEMBRES INFÉRIEURS ; RAPPORT DE MANOUVRIER. — La mensuration de la taille doit être complétée par la mensuration du buste (B), puis par le calcul de la longueur réduite des membres inférieurs (S) et du rapport de Manouvrier $\left(\frac{S}{B}\right)$.

J'ai recueilli ces données chez 58 des sujets dont les tailles sont indiquées ci-dessus : 26 garçons et 32 filles. En outre, chez un certain nombre des sujets, dont j'ai suivi la croissance staturale, j'ai répété les recherches.

Pour ne pas étendre les dimensions de ce mémoire, je m'occupe seulement du rapport de Manouvrier.

Son étude conduit à apprécier l'écart qui existe entre le rapport du sujet observé et le rapport moyen pour l'âge, d'une part, et, d'autre part, si le sujet a une taille supérieure ou inférieure à la moyenne, l'écart entre son rapport et le rapport moyen pour la taille, qui est celle d'un sujet soit plus âgé, soit plus jeune.

L'étude de ces écarts permet de distinguer :

Des sujets *mésoskèles :* rapports de Manouvrier conformes aux moyennes ou s'en écartant au maximum de ± 0,04 ;

Des sujets *macroskèles :* rapports supérieurs aux moyennes de 0,05 et au delà ;

Des sujets *brachyskèles :* rapports inférieurs aux moyennes de 0,05 et au delà.

La macroskélie et la brachyskélie se présentent à des degrés divers (1).

	Macroskélie (Ecarts avec la moyenne)	Brachyskélie (Ecarts avec la moyenne)
Légère	+0,05 à 0,09	—0,05 à —0,09
Moyenne	+0,10 à 0,14	—0,10 à —0,14
Forte	+0,15 à 0,19	—0,15 à —0,19
Très forte	+0,20 et au delà	—0,20 et au delà

Voici le résumé des constatations faites chez mes obèses :

Garçons

Mésoskèles pour l'âge et la taille	7 cas
Mésoskèles pour l'âge, macroskèles pour la taille	4 »
Macroskèles pour l'âge, mésoskèles pour la taille	4 »
Macroskèles pour l'âge et la taille	11 »
	26 cas

Il n'y a pas de garçons brachyskèles.

Filles

Mésoskèles pour l'âge et la taille	19 cas
Mésoskèles pour l'âge, macroskèles pour la taille	2 »
Mésoskèles pour l'âge, brachyskèles pour la taille	2 »
Macroskèles pour l'âge, mésoskèles pour la taille	2 »
Macroskèles pour l'âge et la taille	3 »
Macroskèles pour l'âge, brachyskèles pour la taille	1 »
Brachyskèles pour l'âge et la taille	3 »
	32 cas

Les degrés de la macroskélie ou de la brachyskélie sont les suivants :

Garçons

4 sont mésoskèles pour l'âge, macroskèles pour la taille ; la macroskélie est :
Légère : 3 fois ;
Moyenne : 1 fois.

4 sont mésoskèles pour l'âge, macroskèles pour la taille ; la macroskélie est :
Légère : 3 fois ;
Moyenne : 1 fois.

11 sont macroskèles pour l'âge et pour la taille : la macroskélie est :
Légère pour l'âge et la taille : 8 fois ;
Moyenne pour l'âge et la taille : 1 fois ;
Moyenne pour l'âge et légère pour la taille : 2 fois.

Filles

2 sont mésoskèles pour l'âge, macroskèles pour la taille ; la macroskélie est légère.

2 sont mésoskèles pour l'âge, brachyskèles pour la taille ; la brachyskélie est légère.

2 sont macroskèles pour l'âge, mésoskèles pour la taille ; la macroskélie est légère.

3 sont macroskèles pour l'âge et la taille ; la macroskélie est légère.

1 est macroskèle pour l'âge, brachyskèle pour la taille ; la macroskélie et la brachyskélie sont légères.

3 sont brachyskèles pour l'âge et la taille ; la brachyskélie est légère.

(1) P. NOBÉCOURT. Proportions des membres inférieurs et du buste (rapports de Manouvrier) suivant les tailles, pendant l'enfance et la jeunesse. *Le Progrès médical*, 7 décembre 1929, page 2133.

Les nombres relatés dans les tableaux précédents conduisent aux données suivantes :

1° La mésoskélie, la macroskélie, la brachyskélie pour l'âge et pour la taille s'intriquent suivant des modalités diverses.

2° La macroskélie est généralement légère, rarement moyenne, jamais forte ou très forte.

3° La brachyskélie est rare et n'a été rencontrée que chez les filles ; elle est légère.

Il est intéressant de suivre les modifications du rapport de Manouvrier pendant la croissance staturale. J'ai poursuivi cette recherche chez plusieurs des obèses dont j'ai étudié ci-dessus la croissance. Mais je n'aborde pas ici ce sujet.

***

Nous avons mesuré les tailles de 50 garçons et de 50 filles, âgés de 6 à 18 ans, présentant des obésités plus ou moins fortes ; pour un certain nombre d'entre eux, nous avons suivi la croissance staturale et évalué le rapport de Manouvrier. Les résultats de notre étude, exposés dans le courant de ce mémoire, autorisent quelques conclusions.

1° Pendant la période de croissance staturale, les obèses ont des tailles très diverses, présentent des modalités variées d'accroissement statural, sont mésoskèles, macroskèles, plus rarement brachyskèles. Il n'y a là rien de spécial aux obèses ; on rencontre les mêmes différences d'un sujet à un autre, alors que ces sujets ne sont pas obèses, ont des poids moyens ou même sont maigres.

2° Quand la taille des obèses est moyenne, quand l'hypertrophie ou l'hypotrophie staturales sont légères ou moyennes, on ne peut tirer aucune déduction relative à l'étiologie et à la pathogénie de l'obésité. C'est l'éventualité de beaucoup la plus fréquente ; elle a été rencontrée chez 94 garçons et filles sur 100, chez 47 garçons sur 50, chez 47 filles sur 50.

3° Quelques obèses seulement ont des hypertrophies ou des hypotrophies staturales fortes. Ces manifestations ont été rencontrées chez 6 garçons et filles sur 100 ; sur 50 garçons, 2 avaient de telles hypotrophies et 1 une telle hypertrophie ; sur 50 filles, 3 avaient une telle hypertrophie.

Ces excès ou ces insuffisances de la stature doivent retenir l'attention et faire penser à l'intervention possible de facteurs endogènes susceptibles d'influencer, d'une part, l'activité des cartilages de conjugaison, d'autre part, l'accumulation de la graisse dans le tissu conjonctif.

Les deux garçons qui présentent des hypotrophies staturales fortes ont, l'un (D. 6736, R..., Jean), une tumeur adamantinoïde, un cranio-pharyngiome, développé aux dépens des vestiges embryonnaires de la poche de Rathke, ayant détruit le lobe antérieur de l'hypophyse, l'autre (30.3659, C..., Georges), a, à 18 ans, un retard intellectuel très marqué et un vice de conformation du crâne constaté sur les radiographies : l'étage moyen du crâne a une direction verticale, la selle turcique à son orifice rétréci, son fond aplati ; les apophyses clinoïdes sont très volumineuses.

Or on connaît bien le rôle des altérations destructives du lobe antérieur de l'hypophyse dans la réalisation des hypotrophies staturales fortes et du nanisme (nanisme hypophysaire). D'autre part, si l'intervention de l'hypophyse dans la production de l'obésité n'est pas démontrée, celle-ci peut relever d'altérations de la région infundibulo-tubérienne, de l'hypothalamus ou de l'appareil hypophyso-hypothalamique (obésité neuro-hypophysaire). Peut-être même le système nerveux de cette région intervient-il dans les processus de croissance staturale (1).

Le garçon (34.4532, M..., Jean) ayant une hypertrophie staturale forte, ne présente aucune manifestation clinique d'une affection de l'hypophyse et de l'encéphale ; l'œil examiné par le professeur Félix Terrien n'offre aucun symptôme d'une compression ou d'une lésion intra-cranienne ; sur la radiographie du crâne, la selle turcique paraît normale.

De même pour les trois filles (29.3227, P..., Denise; 29.2990, D..., Simone; B. 4.534, R..., Germaine) l'examen clinique ne révèle aucune manifestation permettant d'incriminer un facteur étiologique ou pathogénique qui puisse expliquer l'excès de stature et l'obésité ; pour la dernière, qui seule a pu être examinée de ce point de vue, le crâne et la selle turcique sont normaux sur la radiographie.

Ces exemples montrent, s'il en était besoin, combien, en clinique, il faut être réservé dans l'explication étiologique et pathogénique de l'hypertrophie staturale et de l'obésité intriquées.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT D'URGENCE DE L'ŒDÈME AIGU DU POUMON

En présence d'un malade atteint d'œdème aigu du poumon, il faut mettre en œuvre d'urgence la thérapeutique suivante :

1° Saigner le malade, assez abondamment en cas d'œdème purement mécanique, moins copieusement si l'élément infectieux prédomine (au cours de la grippe par exemple).

2° Soutenir le cœur et s'efforcer de lutter contre la défaillance du myocarde et l'effondrement de la tension artérielle. Pour cela, utiliser l'injection intraveineuse d'ouabaïne, aujourd'hui aussi classique que la saignée, mais pas toujours efficace, si l'on ne prend les précautions suivantes :

Utiliser toujours l'ouabaïne en association avec l'aminophylline (ampoule de caréna-ouabaïne). On utilise ainsi l'action toni-cardiaque de l'ouabaïne, complétée, renforcée et prolongée par l'action indispensable de l'aminophylline, qui assure la parfaite irrigation du muscle cardiaque et évite ainsi l'apparition de la si redoutable insuffisance ventriculaire gauche permanente.

L'injection se fait aux mêmes doses et de la même façon que celle d'ouabaïne employée seule ; la présence de Caréna dans l'ampoule (10 centigr. de Caréna pour 1/4 de milligr. d'ouabaïne) évite le danger de syncope au cours de l'injection, comme cela arrive parfois avec l'ouabaïne seule, même poussée lentement.

En résumé, à l'heure actuelle, il n'y a qu'un traitement vraiment efficace de l'œdème pulmonaire aigu :

— La saignée.

— L'injection intraveineuse d'une ampoule de caréna-ouabaïne.

(1) Sur ces questions, consulter les leçons et les livres mentionnés ci-dessus.

NOTES POUR L'INTERNAT

LEUCEMIES (1)

2° *Les infections intercurrentes* qui amènent une diminution passagère de la splénomégalie, de la leucocytose et du nombre des myélocytes.

Mais après ces rémissions de *nouvelles poussées* surviennent avec fièvre, splénomégalie, accentuation de la leucocytose, de la myélocytose, apparition de myéloblastes et la terminaison va se faire :

— Soit par cachexie,
— Soit par transformation en leucémie aiguë,
— Soit du fait d'une infection intercurrente tuberculeuse ou banale (pneumonie, érysipèle),
— Soit du fait d'une complication.

COMPLICATIONS

Les plus importantes sont : les hémorragies, les thromboses.

Les *hémorragies* sont fréquentes (épistaxis, gingivorragies, plus rarement hématémèses, melœna, métrorragies).

Les hématomes intramusculaires sont fréquents, l'hématome pleural est plus rare.

On observe parfois aussi des hémorragies méningées, médullaires, cérébrales.

Les *thromboses vasculaires* sont cause de phlegmatia, de priapisme, parfois de thrombose cardiaque cause possible de mort subite.

Beaucoup plus rarement on observe :
— La rupture de la rate ;
— Des épanchements pleuraux, parfois précoces, séro-fibrineux, plus rarement hémorragiques ;
— Des lithiases uratiques avec coliques néphrétiques.

FORMES CLINIQUES

F. symptomatiques.
— F. avec atteinte et gonflement ganglionnaire (f. spleno-adénique).
F. évolutives.
F. subaiguës avec nombreux myéloblastes, poussées aiguës fréquentes.
F. hématologiques,
Leucémie à polynucléaires ;
Leucémie à éosinophiles (Aubertin et Beaujard) ;
Leucémie à prédominence basophile (L. à matzellen) ;
Formes subleucémiques ;
Formes aleucémiques.
F. associées.
A une anémie pernicieuse (*Leucanémie*),
A une polyglobulie.

Quant à *l'anémie pseudo leucémique de l'enfant*, caractérisée par sa grosse rate, son anémie, sa réaction myélocytaire et ses hématies nucléées, l'évolution ne s'y fait jamais vers une formule franchement leucémique.

Il en est de même dans *l'anémie splénique avec myélemie* de Weil et

F. étiologiques.
F. de l'enfant très rare, souvent subaiguë, réagissant mal à la radiothérapie ; les ganglions lymphatiques et même les testicules peuvent s'hypertrophier.
F. des radiologistes à évolution assez rapide, souvent radiorésistante.

Diagnostic; — 1° *Avant l'examen du sang.*

— Nous ne ferons que mentionner la confusion possible avec une *tumeur rénale, colique,* mésentérique.

— On éliminera facilement les *splénomégalies d'origine hépatique*, la splénomégalie amyloïde.

— On discutera :
Les grosses rates du paludisme,
— de la syphilis,
— de la tuberculose,
— du kala azar,
— kystiques, néoplasiques,
— mycosiques,
La maladie de Gaucher.

— Il faut éliminer aussi les grosses rates d'autres syndromes sanguins (maladie de Hogdkin, F. splénique de la leucémie lymphoïde).

2° L'examen hématologique pourra faire discuter entre :
— Une leucémie et une anémie avec myélemie ;
— Une poussée de leucémie chronique et une leucémie aiguë ;
— Une réaction myélocytaire non leucémique.

B. La leucémie lymphoide

ETIOLOGIE

La leucémie lymphoïde est beaucoup moins fréquente que la leucémie myéloïde.

Bien plus fréquente à l'âge moyen de la vie, elle est moins exceptionnelle que la leucémie myéloïde chez les sujets âgés ou bien dans l'enfance.

Le Début est insidieux, marqué par l'apparition de ganglions.

ETAT

Deux signes dominent le tableau clinique :
— Une pâleur marquée ;
— *L'existence d'adénopathies multiples et volumineuses siégeant* au cou, à la nuque, à la région sous-maxillaire, dans l'aisselle, dans l'aine, etc.;

Formant des masses molles, non douloureuses, volumineuses, formées de ganglions agglomérés mais isolables, chacun atteignant la dimension d'une noix ou d'un œuf.

Accessoirement on peut constater :
— Une légère hypertrophie hépatosplénique ;
— Des douleurs osseuses ;
— Des *leucémides* beaucoup moins rares que dans la leucémie myéloïde prenant des aspects variés :

a) Certaines manifestations sont très banales (eczéma, urticaire, érythrodermie, dermatite exfoliante) ;

b) D'autres sont très spéciales : lymphomes cutanés, miliaires, nodules mollasses et violacés.

Il faut toujours rechercher en présence de ce tableau l'existence de *ganglions profonds hypertrophiés.*

— Ceux-ci peuvent déterminer de la gêne à la respiration, à la phonation, à la déglutition, de la cyanose, une circulation thoracique collatérale anormale.

— D'autres fois, l'examen radiologique seul décèlera l'existence d'adénopathies médiastines.

En tous cas, en présence de ce tableau, il faut penser à la leucémie et faire pratiquer un examen hématologique.

J. Ferroir.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1937, n° 96, du 1er déc., p. 1542.

Les courants de haute fréquence, applications de tension (courant de résonance), par le docteur Georges Ronneaux. Un vol. in-8° de 156 pages avec 36 figures. Prix : 30 fr., chez Gauthier-Villars, 55, quai des Grands-Augustins, à Paris (6e).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 99. — SAMEDI 11 DECEMBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

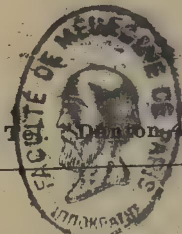
GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Mutations des chefs de services à la date du 26 décembre* 1937.

Chirurgiens : 1° A l'hôpital de la Pitié (remplacement de M. Baumgartner, atteint par la limite d'âge) : M. Kuss (mutation intérieure).

— A l'hôpital de la Pitié (remplacement de M. Kuss), M. Desplas, des Ménages.

— A la Maison de Retraite des Ménages, M. Madier, *titularisé.*

2° A l'hôpital Tenon (remplacement de M. Gernez, décédé), M. Girode, *titularisé.*

3° A l'hôpital Beaujon, M. Monod (Robert), en remplacement de M. Basset.

— A l'hôpital Broussais-la Charité, M. Basset, en remplacement de M. Monod (Robert).

4° A la Maison municipale de Santé (service temporaire), M. Moulonguet, chirurgien des hôpitaux.

5° Chirurgien consultant de la Fondation Paul-Marmottan (remplacement de M. Madier, titularisé), M. Talheimer, chirurgien des hôpitaux.

Electro-radiologistes des hôpitaux : 1° A l'hôpital Beaujon (remplacement de M. Aubourg, limite d'âge), M. Gérard, de l'hôpital Boucicaut.

— A l'hôpital Boucicaut, M. Joly, *titularisé.*

2° A l'hôpital de Vaugirard (remplacement de M. Henri Béclère, décédé), M. Gally, *titularisé.*

Concours de stomatologiste des hôpitaux. — Séance du 4 décembre 1937. — Epreuve de consultation écrite : MM. les docteurs Bornet, 28 ; Vrasse, 28 ; Friez, 28 ; Maleplate, 28.

Classement des candidats : MM. Friez, 120 ; Vrasse, 117 ; Maleplate, 115 ; Bornet, 114.

Sont nommés : MM. Friez et Vrasse.

— *Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux.* — Un concours pour une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris s'ouvrira le 26 janvier, à 9 heures, à l'administration centrale, salle des commissions, 3, avenue Victoria. Inscriptions du 4 au 12 janvier inclusivement, de 14 à 17 heures.

Hôpitaux de Lyon. — Les mutations suivantes ont eu lieu dans les hôpitaux :

A l'hôpital Edouard-Herriot, le professeur Paviot (clinique médicale) est remplacé par le professeur Jules Froment.

Le professeur Nicolas (clinique dermatologique) est remplacé par le professeur Favre.

Le professeur Villard (clinique gynécologique) est remplacé par le professeur Patel.

Le professeur Gabriel Nové-Josserand (clinique chirurgicale infantile) est remplacé par le professeur Tavernier.

Faculté de médecine de Paris. — M. Roussy est nommé doyen honoraire.

— M. Boulin, agrégé, assurera la suppléance de M. le professeur Marcel Labbé, en congé.

— M. Bariéty, agrégé, est chargé provisoirement de l'enseignement de la pathologie médicale.

— M. Leroux agrégé, est chargé du cours d'anatomie pathologique. (M. Roussy, dernier titulaire.)

Faculté de médecine. — *Vacances de Noël et du Jour de l'An* 1937-1938. — La Faculté (cours, travaux pratiques et examens) sera fermée du *vendredi 24 décembre* 1937 *inclus* au *dimanche 2 janvier* 1938.

Secrétariat. — Les bureaux du Secrétariat seront fermés : 1° le vendredi 24 décembre ; 2° du mercredi 29 décembre inclus au dimanche 2 janvier 1938.

Bibliothèque. — La bibliothèque sera fermée du vendredi 24 décembre inclus au dimanche 2 janvier 1938. Une séance spéciale pour le service de prêt et de lecture aura lieu le jeudi 30 décembre, *de 14 à 17 heures.*

Faculté de médecine de Marseille. — M. le professeur Chevallier, membre du Conseil de l'Université est nommé assesseur du doyen.

Académie de médecine. — La séance annuelle de l'Académie de médecine, au cours de laquelle seront proclamés, par M. Martel, président, les prix et récompenses décernés en 1937, aura lieu le 14 décembre, à 3 heures précises.

M. Brouardel, Secrétaire annuel, présentera un rapport sur ces prix, et M. Achard, Secrétaire général, prononcera un discours intitulé : « Coup d'œil historique sur l'assistance aux malades ».

Ministère de la Santé publique. — *Sanatoriums de Villiers-sur-Marne et d'Arnières.* — Le concours pour l'inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecins de sanatoriums de Villiers (Aisne) et d'Arnières (Eure), de la Renaissance sanitaire, qui comportait 3 places et 11 candidats, s'est terminé par la désignation de MM. Parrique, Becuwe et Forestier.

— *Hôpitaux psychiatriques.* — Un poste de médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Fains (Meuse) sera prochainement vacant par suite du départ de M. le docteur Rondepierre, appelé à un autre poste.

Guerre. — Les médecins capitaines dont les noms suivent sont nommés « professeurs agrégés du Val-de-Grâce » et reçoivent les affectations suivantes :

1° *Section de médecine*

M. le médecin capitaine Carrot, médecin des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire Maillot à Alger. — Affecté à l'école d'application du service de santé militaire (chaire de neuro-psychiatrie, médecine légale, législation, administration et service de santé militaire, déontologie).

M. le médecin capitaine Coumet, médecin des hôpitaux militaires, médecin adjoint à l'école du service de santé militaire. — Affecté à l'école d'application du service de santé militaire (chaire d'hygiène et de prophylaxie).

2° *Section de chirurgie*

M. le médecin capitaine Lacaux, chirurgien des hôpitaux militaires, des salles militaires de l'hospice mixte de Fontainebleau. — Affecté à l'école d'application du service de santé militaire (chaire de médecine opératoire et thérapeutique chirurgicale).

Université d'Oxford. — Le professeur Dustin, recteur de l'Université de Bruxelles, vient d'être nommé docteur *honoris causa* de l'Université d'Oxford. Rappelons que le professeur Dustin a reçu la même distinction de l'Université de Lyon il y a quelques semaines. Nous adressons à notre éminent confrère et ami l'expression de nos très vives félicitations.

Médaille du professeur Léon Imbert (de Marseille). — La remise de la médaille commémorative offerte à M. le professeur Léon Imbert aura lieu le dimanche 17 décembre, à 9 h. 30 du matin, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine (palais du Pharo).

L'Académie Duchenne de Boulogne, dont le but est de récompenser les travailleurs indépendants pour honorer la mémoire de Duchenne de Boulogne, a décerné, le jeudi 2 décembre 1937, son prix annuel de 10.000 francs, à M. le docteur Louis Bory, pour l'ensemble de ses travaux, portant sur la pathologie générale, la pathologie expérimentale et comparée, la chimiothérapie du soufre, et la dermato-syphiligraphie.

Ce prix est attribué chaque année, le premier jeudi de décembre, à la suite d'un vote secret.

Les mémoires inédits et non encore récompensés, dactylographiés en double exemplaire, doivent être adressés au Secrétariat de l'Académie, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, Centre Marcellin-Berthelot, Paris, avant le 1er octobre de chaque année.

La Société de pathologie comparée tiendra sa séance solennelle le 14 décembre, à 16 h. 30, en l'hôtel des Sociétés savantes (8, rue Danton, 6e), sous la présidence de M. Martel, président de l'Académie de médecine. Au programme : rapports et communications sur « les anémies vermineuses chez l'homme et chez les animaux ».

COURS ET CONFÉRENCES

Institut national d'orientation professionnelle. Conservatoire National des Arts-et-Métiers, 292, rue Saint-Martin, Paris (3e). — *Journées d'information sur l'orientation professionnelle à l'intention des médecins* (13-14-15 décembre 1937). — Lundi 13 décembre. — 9 h. 30. L'orientation professionnelle. Position du problème : M. Fontègne. — 10 heures 45. Le rôle du médecin en orientation professionnelle : docteur Bonnardel. — 14 h. La consultation d'orientation professionnelle de l'Institut national d'orientation professionnelle : Mlle Biscay. — Le service de documentation : Mme Fessard.

Mardi 14 décembre. — 9 h. 30. Le médecin en face des métiers et des professions : M. Fontègne. — 10 h. 45. La psychiatrie en orientation professionnelle : docteur Heuyer. — 14 h. Visite du laboratoire du travail du réseau de l'Etat à Viroflay (2, rue Hippolyte-Mare, au sortir de la gare) : prendre le train de 1 h. 30, à Invalides, ou de 1 h. 34 à Montparnasse. Descendre à Viroflay : Mlle Weinberg.

Mercredi 15 décembre. — 9 h. 30. L'examen psychologique en orientation professionnelle : prof. Piéron. — 10 heures 45. L'orientation professionnelle des déficients physiques : docteur Bonnardel. — 14 h. Démonstrations de technique d'examen (anthropométrie, dynamométrie, vision, audition, etc.), au laboratoire de physiologie du travail du Conservatoire national des Arts et Métiers : docteur Bonnardel. — 15 h 30. Allocution de clôture : M. Luc.

Pour tous renseignements, s'adresser à Mme Fessard, secrétaire générale, qui reçoit tous les jours, de 15 h. à 18 h., excepté le samedi.

Nécrologie. — Le docteur Fernand Curtis, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lille, décédé à l'âge de 80 ans. Curtis a occupé pendant trente-cinq ans la chaire d'anatomie pathologique. On connaît ses travaux, en collaboration avec Laguesse, sur l'insuline et le pancréas, et ses recherches sur le cancer.

— Le docteur Derrien, à Saint-Servan.

— Le docteur Léry, à Pré-en-Pail.



REVUE GENERALE

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DU DIABÈTE [1]

(ETAT ACTUEL DE LA QUESTION)

Par M. CAHUZAC,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Toulouse.

INTERVENTIONS SUR LE SYSTEME NERVEUX

La régulation glycémique endocrinienne est sous la dépendance d'un double système régulateur. Le rôle du système nerveux est ici prépondérant. Le pneumogastrique commande les actions hypoglycémiantes, le sympathique l'ensemble des mécanismes hyperglycémiants. Par conséquent, cherchant à influencer de façon immédiate l'intervention des différentes glandes agissantes dans le métabolisme du sucre, les expérimentateurs se sont presque toujours adressés au sympathique. Malheureusement quelques auteurs parlent d'énervation, sans préciser s'il s'agit de résection des filets sympathiques ou parasympathiques ou des deux à la fois. La diversité, la contradiction de certains résultats peut certainement s'expliquer par ce manque d'exactitude.

Sympathectomie du hile hépatique. — L'intervention du foie dans la glycorégulation est de première importance et la fonction glycogénique du foie, tout au moins en partie, sous la dépendance du contrôle nerveux.

L'énervation du hile hépatique semble donc se justifier lorsqu'on sait que le sympathique active la glycogénolyse, provoque donc une élévation du sucre du sang, et que le vague est hypoglycémiant par accroissement de la glycogénopexie hépatique.

Léone, en 1927, ne note, après énervation du pédicule hépatique, qu'un déséquilibre transitoire des fonctions glycogénétique et biligénique.

Chianello (1929) trouve une hypoglycémie pendant une durée de trente à cinquante jours.

Depisch, Hasenohrl et Schoenbauer (1390), soit chez l'animal sain, soit chez l'animal partiellement dépancréaté, notent une hypoglycémie et une diminution du facteur hyperglycémique après ingestion de glucose.

La même année, de Fermo met en évidence, après sympathectomie hépatique, une hypoglycémie de jeûne, un aplatissement de l'hyperglycémie alimentaire, mais uniquement pendant un à deux mois. Tout redevient normal lorsque disparaît la stase sanguine marquée au début.

Komatsu (1932), chez le chien normal, trouve les mêmes résultats. Chez le chien partiellement dépancréaté l'hyperglycémie alimentaire est diminuée.

En 1931 Donald, en 1933 Takats par énervation du foie, n'obtiennent aucun changement du métabolisme sucré.

[1] Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, no 97, du 4 déc. 1937, p. 1549.

Bermudez de Castro (1932), Demant (1934), obtiennent des résultats partiellement opposés.

Aucun essai n'a été fait chez l'homme de sympathectomie de l'artère hépatique. Mais on peut en rapprocher les essais de Hirschohorn et Popper. Ces auteurs tentent le *blocage anesthésique des filets sympathiques para-vertébraux* (8e, 9e et 10e segments dorsaux droits) destinés au foie. Chez le sujet sain la glycémie reste normale, l'hyperglycémie alimentaire ou adrénalinique est atténuée. Chez le diabétique ils notent en plus une diminution de la glycémie de base.

La majorité des résultats expérimentaux, et ceux du blocage anesthésique, qui découle des mêmes idées physiologiques, semblent donner des résultats plus réguliers, plus constants que les tentatives déjà exposées.

Ganglionectomie cœliaque. — Tout comme le blocage anesthésique paravertébral, la ganglionectomie cœliaque, proposée en 1933 par Takats, doit atteindre des filets destinés au foie et au pancréas.

L'ablation du ganglion semi-lunaire, effectuée par son promoteur chez le chien, donne des résultats intéressants. Six mois après l'intervention la tolérance au glucose est encore le double de ce qu'elle était chez l'animal normal. Il y a également accroissement de la sensibilité à l'insuline.

Cette intervention, uniquement pratiquée chez l'animal, présenterait chez l'homme de grosses difficultés techniques, indépendamment des dangers qu'elle présente. Elle risque de produire certains effets absolument imprévisibles par suite de son influence sur presque tous les viscères de la cavité abdominale.

Son principe mérite cependant d'être retenu car ses résultats paraissent intéressants.

Enervation des surrénales. — Les effets de la surrénalectomie dans le diabète sont incertains sinon nuls ; de plus, elle n'est pas exempte de tout danger ; aussi certains auteurs ont-ils essayé simplement de supprimer l'activité fonctionnelle de la médullaire par des interventions variées.

La première idée fut d'empêcher, par ligature et par section des veines capsulaires, l'incrétion adrénalinique de se déverser dans le sang. Zuelzer pratiqua cette intervention chez le chien et n'obtint qu'une faible glycosurie après pancréatectomie.

Vincent et Thompson l'ont également essayé pour diminuer l'hypertension, ils n'obtiennent que peu de résultats. Chez l'homme l'intervention n'a jamais été réalisée et, du reste, semble techniquement difficile.

Les essais les plus importants de médullectomie physiologique ont été ceux effectués à l'aide d'énervation surrénale.

O'Connor a montré que l'énervation des surrénales diminue ou supprime la sécrétion d'adrénaline. Ciminata, dans des expériences chez l'animal, a étudié l'influence de cette suppression fonctionnelle des capsules sur le diabète.

A leur suite, et se basant sur le fait que l'activité de la médullaire dépend du sympathique, certains auteurs ont cherché à influencer le métabolisme glucosé

par énervation capsulaire soit chez l'animal, soit chez l'homme.

Deux techniques ont été utilisées :

L'énervation juxta-glandulaire ;

La splanchnicotomie ou énervation à distance.

Enervation juxta-glandulaire. — Devant l'inefficacité de la décapsulation unilatérale, les difficultés de la médullectomie chirurgicale, la médullectomie physiologique a été tentée.

Ciminata (1927) publie les résultats de ses expériences sur deux animaux. Chez deux chiens il fait une pancréatectomie en deux temps, puis une double énervation surrénalienne. La glycémie baisse rapidement, la glycosurie s'atténue puis disparaît. Ciminata en conclut que ces deux animaux furent guéris de leur diabète par l'énervation des surrénales.

Nothmann fait à cette expérimentation une critique, qui sera ensuite reprise. Les deux chiens n'ont pas subi une pancréatectomie totale : la glycémie est restée à un niveau modéré, l'épreuve au glucose ne subit qu'une modique élévation. Si les résultats sont très intéressants la critique est très sérieuse et leur enlève beaucoup de leur valeur.

Turcatti (1929) obtient, avec une technique qui aurait dû être plus radicale, un résultat tout différent. Dans un premier temps il fait une capsulectomie droite à un chien puis, après pancréatectomie, il pratique une énervation de la capsule gauche. Malgré cette intervention, qui semble plus complète que la double énervation, les trois chiens en expérience deviennent diabétiques.

Carrasco, Formiguera et Puche, en 1931, après pancréatectomie totale, font à un chien une double énervation capsulaire. Les deux animaux deviennent rapidement diabétiques.

Viale (1932), Gondard (1933) considèrent l'énervation surrénale sans action sur le diabète.

Takats, par contre, obtient une accentuation très nette de la sensibilité à l'insuline.

Donati (1929) présente la première observation chez l'homme. Il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans, diabétique grave, avec une glycémie de 2 gr. 85 malgré 80 unités d'insuline chaque jour. Après énervation de la surrénale gauche la glycémie descend très rapidement à 1 gr. 40, puis à 1 gr. 20. La glycosurie disparaît, les signes fonctionnels (polyurie, polydypsie, polyphagie) cessent entièrement. Donati revoit son malade trois ans après, l'amélioration persiste malgré l'absence de tout régime.

Crile (1931) pratique l'énervation capsulaire dans des cas de diabète avec hyperthyroïdie. Les signes de Basedow disparaissent en même temps que le diabète.

Corrachan et Simarro (1932) publient à leur tour une observation.

Jeune femme de trente ans. — Diabète remontant à quatre ans, glycémie, 3 grammes ; 30 unités d'insuline quotidienne, un régime sévère, 80 grammes d'hydrates de carbone, ramènent la glycémie à la normale, mais la glycosurie reste importante. Enervation droite : pas d'insuline, régime plus large, 140 grammes d'hydrocarbone, pas de glycosurie, augmentation de poids.

Il semble donc qu'il y ait eu une amélioration. Carrasco-Formiguera critique cette observation et pense que l'amélioration clinique constatée est due à une circonstance inconnue.

Mais, en 1934, au Congrès Français de Chirurgie, Corrachan conclut que l'énervation capsulaire influence le diabète puisque l'amélioration a débuté immédiatement après l'énervation, et que la longue étude pré-opératoire peut exclure la possibilité d'avoir assisté à la disparition d'une aggravation momentanée.

Giordano (1933) pratique à plusieurs reprises des énervations et il estime que l'intervention peu grave, bien supportée, diminue la glycémie, la glycosurie de façon parfois temporaire, mais augmente la sensibilité à l'insuline.

Cicceri et Azzigoni (1393) ont réalisé avec succès l'énervation des surrénales chez trois diabétiques. Pour eux, l'intervention se recommande particulièrement pour les malades insulino-résistants.

Jiano (1934) rappelle que Heresco, avant Donati, a obtenu un bon résultat. Mais, dans ce cas, il s'agissait d'un diabète insipide.

Rogoff (1936) relate l'observation d'un malade qui, ayant subi une énervation unilatérale droite, est devenu plus sensible à l'insuline. Peu à peu l'insulino-résistance réapparaît. Enervation gauche. Quelques jours après, nausées, vomissements, asthénie. Un an après le malade présente un syndrome d'Addison fruste. Mort après quelques mois en maladie d'Addison typique.

L'étude des expériences chez le chien, des essais cliniques effectués, permet quelques considérations. L'amélioration du trouble diabétique après énervation est indéniable. Elle se manifeste avant tout par une augmentation de la sensibilité à l'insuline. Mais l'énervation surrénale est techniquement difficile, ses effets sont temporaires et elle n'est pas exempte de dangers (Rogoff).

Splanchnicotomie. — Les splanchniques sont la voie de conduction qui amène du centre diabétogène l'excitation à la surrénale.

Pende, en 1903, met en évidence que la splanchnicotomie équivaut à une véritable médullectomie physiologique. En 1926, il propose la résection des splanchniques comme moyen d'intervention pour agir sur les syndromes surrénaux. A vrai dire, bien peu d'auteurs ont pratiqué la splanchnicotomie pour diabète, bien qu'elle énerve d'un seul coup, foie, pancréas et surrénales, comme le fait le blocage anesthésique paravertébral ou la ganglionectomie cœliaque.

Gino Pieri (1391) publie cinq observations, mais il s'agit de malades hypertendus, chez qui il n'étudie pas les changements du métabolisme.

Donati (1933), dans le *Lyon Chirurgical*, rapporte une observation publiée avec Greppi à la Société Lombarde de Chirurgie. Il s'agit d'un hypertendu non diabétique. Après splanchnicotomie gauche il n'y a pas de modifications de la glycémie, mais l'épreuve de tolérance au glucose est modifiée dans le sens d'une plus grande tolérance.

Takats (1935), après avoir exposé l'importance des

soins pré-opératoires, décrit la technique. Pratiquée chez trois diabétiques jeunes, elle donne peu d'amélioration à deux malades ; chez le troisième, qui a subi une thyroïdectomie, la splanchnicotomie est suivie d'un abaissement du besoin en insuline.

Le blocage anesthésique des splanchniques peut être rapproché de la splanchnicotomie. Il a été proposé, en 1929, par Stelling. Cet auteur remarque que chez les opérés diabétiques, acétonuriques, diacéturiques, l'anesthésie des splanchniques avant laparotomie réduit presque à néant la présence de ces corps dans les urines. La diminution n'est pas constante et ne dure que quelques heures.

Ciceri et Gabrielli pratiquent soit sur des sujets sains, soit sur des diabétiques, le blocage anesthésique des splanchniques. Rapidement la glycémie baisse de façon importante, l'épreuve de tolérance au glucose est modifiée, l'hyperglycémie diminue. Chez les diabétiques graves la méthode semble sans influence. Toutefois, Ciceri et Gabrielli pensent que le blocage anesthésique pourrait donner des indications sur l'effet probable d'une résection splanchnique, et que la section chirurgicale du nerf pourrait céder le pas au blocage définitif par alcoolisation. En 1933, ils publient les observations de quinze sujets chez qui ils ont pratiqué une alcoolisation bilatérale, trois succès seulement, dont un diabète rénal. En 1934, reprenant leur travail, ils concluent que la glycémie et la glycosurie sont abaissées, l'épreuve de glycémie alimentaire est modifiée dans le sens d'une plus grande tolérance. Mais les résultats, vu le nombre d'échecs, le danger par chute trop brutale de la tension ne sont pas, à leur avis, encourageants. Il semble, toutefois, que chez les diabétiques qui présentent des troubles circulatoires, l'intervention puisse opérer une influence heureuse.

Enfin Liotier (1936) pratiquant chez quelques diabétiques une anesthésie des splanchniques note une amélioration de la tolérance aux glucides chez les diabétiques avec hypertension artérielle. Il trouve également que pratiquée chez les diabétiques chirurgicaux juste avant l'intervention, elle diminue l'hyperglycémie post-opératoire et facilite les suites. Il conclut en disant que les encouragements vagues et lointains, reçus des résultats poursuivis, engagent à persévérer.

Sympathectomie des artères pancréatiques. — A la suite de nombreux travaux expérimentaux, et malgré quelques expériences contradictoires, il est actuellement admis que le pneumogastrique exerce une action insulino-sécrétoire et le sympathique une action insulino-inhibitive.

La sécrétion insulinienne est en grande partie sous l'influence du facteur neurologique. Il est alors permis de supposer que, si la section du parasympathique (sécréteur) supprime la formation d'insuline, la résection des filets sympathiques, annulant leur influence inhibitive, permettra une activation de la fonction sécrétoire des îlots.

De plus, le sympathique, ici comme dans tout l'organisme, est vasoconstricteur, et sa destruction est suivie de vasodilatation (François Franck et Hallion). Banting et Gairns, Gayet et Guillaumie, par des expériences différentes, ont montré que la sécrétion insulinique est parallèle à la vasodilatation, à l'hyperémie. Il était donc logique de penser que la résection des filets sympathiques, destinée au pancréas, serait suivie d'une excitation de la fonction insulinienne, soit par prépondérance de l'action excitatrice du vague, soit par hypérémie.

Lustig, Harrassini, Kaufmann, Lépine et Barral, Zamboni, les premiers, aux alentours de 1900, plus récemment, Houssay, Lewis et Foglia (1929), Zagni (1929), Fontaine et Hermann (1931) ont pratiqué des sympathectomies péripancréatiques, mais les animaux furent gardés un temps trop bref pour pouvoir en tirer des conclusions.

Caporale et de Fermo (1931) font un important travail sur l'influence de la sympathectomie des artères pancréatico-duodénales dans l'équilibre glycémique. Ils pratiquent la sympathectomie, chez quatre chiens autour des trois artères pancréatiques, chez quatre autres chiens autour de la pancréaticoduodénale supérieure, enfin, chez leurs trois derniers animaux, autour de la pancréaticoduodénale inférieure.

Chez tous leurs animaux ils étudient d'abord les modifications biologiques par la glycémie de jeûne et par le test de tolérance au glucose. La glycémie de base augmente progressivement, passe par un maximum vers le vingtième jour, puis revient lentement à la normale entre trente et cinquante jours. L'étude du test de tolérance au glucose montre une réaction hyperglycémique plus élevée, mais suivie d'une hypoglycémie de réaction plus accentuée. Ces changements sont dus à la sympathectomie de la pancréaticoduodénale supérieure, car les auteurs ne les retrouvent pas dans leur troisième série d'animaux.

Les modifications histologiques sont, au début, des lésions d'hypérémie et de nécrose de coagulation. Puis un tissu conjonctif jeune remplace les zones de nécrose.

Les auteurs ne cherchent pas à tirer de conclusions, ni à expliquer cette légère diminution de la tolérance aux hydrocarbones.

Donati, en 1934, citant leur travail, en conclut que la sympathectomie pancréatique est une intervention sans influence favorable sur le diabète.

Musumeci, en 1933, reprend la question mais il ne fait pas uniquement une sympathectomie. Considérant que le trajet des fibres sympathiques est complexe, il ne limite pas son intervention et détruit tous les filets nerveux se dirigeant vers le pancréas. Les résultats qu'il obtient sont bien différents : la glycémie monte le lendemain de l'opération à 2 grammes, et se maintient à ce niveau jusqu'au moment où l'animal est sacrifié. Pour Musumeci, l'énervation totale du pancréas produit une hyperglycémie durable propre pour l'étude du diabète.

Nous-mêmes, en collaboration avec M. le Professeur Sendrail (1936), nous sommes attachés à préciser sur l'animal normal l'action de la sympathectomie des artères pancréaticoduodénales suivant une technique uniforme dont nous avons contrôlé les effets à longue échéance (parfois pendant onze mois). Ces effets ont été appréciés sur 12 chiens, d'une part, par l'étude de la glycémie basale, évaluée à intervalles réguliers

et, d'autre part, par celle des tests de la glycorégulation : épreuve de tolérance au glucose, épreuve de tolérance à l'insuline. Par ailleurs, les modifications structurales du pancréas ont été suivies grâce à des biopsies successives.

La sympathectomie des artères pancréatiques, selon nos résultats, provoque une hypérémie de l'organe, surtout localisée au niveau des îlots, et qui paraît liée au nouvel état neurotonique artificiellement créé, à l'hypervagotonie pancréatique locale. Dans un premier temps, ce processus vasodilatateur provoque une hypoglycémie de courte durée, témoin d'une hyperinsulinémie vraisemblable. Secondairement, l'hypérémie, progressivement accrue jusqu'à un maximum situé vers le vingtième jour, apporte, semble-t-il, peut-être par la gêne mécanique qu'elle conditionne au niveau des îlots, une entrave au fonctionnement insulaire d'où hyperglycémie. Enfin, dans une troisième phase, un équilibre circulatoire stable s'installe. Il est probable que persiste un certain degré d'hypérémie, bien qu'à l'examen histologique celle-ci ne soit plus apparente. On constate, en tous cas, de façon durable, une hyperinsulinémie qui se traduit par : une hypoglycémie de base, un écrasement de l'onde d'hyperglycémie et une amplification de l'onde seconde d'hypoglycémie au cours du test au glucose ; enfin, une sensibilisation à l'insuline. La réalité d'une « polynésie » histologique n'a pu être vérifiée.

Ces résultats nous ont semblé apporter la preuve qu'une activation durable du pancréas langerhansien peut être réalisée par la sympathectomie péripancréatique.

Nos résultats, encourageants du point de vue expérimental, infirment ceux des auteurs qui ont également pratiqué des énervations pancréatiques. Cette contradiction s'explique, pensons-nous, par le fait que leurs animaux en expérience furent conservés un temps fort court (Caporale et de Fermo) ou que leur intervention plus large, plus étendue, fut plus une énervation totale qu'une sympathectomie (Musumeci).

En conclusion, le traitement chirurgical du diabète est encore mal dégagé de sa période purement expérimentale. Toutefois les tentatives effectuées sur l'animal, plus rarement chez l'homme, permettent quelques espoirs. En dehors des interventions glandulaires efficaces dans les cas d'association de diabète avec une affection thyroïdienne, surrénalienne, etc..., les opérations sur le système régulateur : sympathectomies hépatique, et pancréatique, splanchnicotomie chirurgicale ou chimique apportent la preuve de la possibilité d'une influence durable sur le métabolisme hydrocarboné. A coup sûr il ne saurait être question actuellement d'importer en chirurgie humaine des interventions aussi délicates, et dont les possibilités d'exécution, par suite des différences anatomiques, restent parfois problématiques. C'est, cependant, de telles données expérimentales que pourra naître un jour la chirurgie curatrice du diabète.

Bibliographie

Ligature en masse du pancréas

CACCURI. — *Arch. di Pat. et clin. med.*, 1929.

HUETTL. — Tentatives de traitement opératoire du diabète (*Bruns. Beitr. Z. Klin. Chir.*, 1936, p. 206.)

LIVRAGA. — *Arch. Ist. Bioch. It.*, 1931. — *Riv. di Pat. Sperimentale*, 1933.

MANSFELD. — Tentative d'un traitement chirurgical du diabète. (*Zentralorg. f. d. ges. Chir.*, 1927, p. 306.)

MANSFELD. — Essai d'un traitement opératoire du diabète. (*Klin. Wochen.*, 1927, p. 195.)

PIERI. — *Soc. Med. Chir. Bellunesse*, 1er mars 1933.

SALVATORE. — Ligature des canaux pancréatiques. (*Pathologica*, 15 août 1930.)

SUSSI. — Tentatives de traitement chirurgical du diabète. Etude expérimentale et clinique. (*Arch. Sc. Med.*, 1930, p. 473.)

TAKATS. — La ligature de la queue du pancréas dans le diabète juvénile. (*Endocrinology*, 1930, p. 255.)

TAKATS. — Effets de la ligature queue du pancréas dans le diabète juvénile. (*Surgery Gynecology and obstétrics*, 1931, p. 45.)

TAKATS. — Traitement chirurgical pour augmenter la tolérance pour le sucre. (*Klin. Wochen.*, 1933, p. 623.)

TAKATS et WILDER. — Isolement de la queue du pancréas chez un enfant diabétique. (*J. of the Am. Med. Assoc.*, 1929, p. 606.)

TAKATS et NATHANSON. — Corrélations entre les sécrétions externes et internes du pancréas : 1° considérations générales ; 2° modifications histologiques dans la queue isolée du pancréas ; 3° effets de la ligature de la queue du pancréas sur les diastases sanguines. (*Arch. of Surg.*, 1929, p. 771, 757, 788).

TAKATS, HANNETT, HENDERSON et SEITZ. — Les effets de l'isolement de la queue du pancréas sur métabolisme des hydrates de carbone. (*Arch. of Surg.*, 1930, p. 866.)

TAKATS et GUSHBERT. — Essais chirurgicaux d'accroissement de la tolérance au sucre. (*Arch. of Surg.*, 1933, p. 750.)

TAKATS et FENN. — Effets des procédés chirurgicaux sur la tolérance au sucre des diabétiques. (*Med. Clin. North. Amer.*, 1934, p. 1507.)

Glandes salivaires

ESTELLA et BERMUDEZ DE CASTRO. — Essai doctrinal sur le traitement chirurgical du diabète. (*Arch. de Med. Cir. y Especialidades*, 1932, p. 389.)

GOLJANISKI. — A propos du traitement chirurgical du diabète. (8e *Congrès des internistes russes*) (Léningrad, mai 1925, p. 233.)

GOLJANISKI. — (*Zentralorg. f. d. ges. chir.*, 1927, p. 307.)

GOLJANISKI et SMIRNOWA. — Expériences ultérieures concernant le traitement chirurgical du diabète. (*Zeit. f. Kiln. Med.*, 1927, p. 661.)

LUCHERINI. — Essai de cure du diabète par la ligature des canaux de Sténon. (*Riforma Medica*, 1929, p. 186.)

MANSFELD et SCHMIDT. — Tentatives de traitement chirurgical du diabète. (*Klin. Wochen.*, 1928, p. 1.457.)

ROSENFELD. — Sur le traitement chirurgical du diabète. (*Klin. Wochen.*, 4 avril 1931, 17 décembre 1932.)

ROSENFELD. — Glandes salivaires et métabolisme des hydrates de carbone. (*Klin. Wochen.*, 6 mai 1933.)

SEELIG. — A propos des relations existant entre la parotide, le pancréas, la glycémie et le diabète sucré. (*Klin. Wochen.*, 1928, p. 1.228.)

SEELIG et GOLRBANDT. — Traitement du diabète. (*Zentralbt. f. d. ges. Chir.*, 1929, p. 717.)

UNGAR. — Les glandes parotides et le diabète. (*Polska Gazetta*, 8 janvier 1933.)

Surrénalectomie

FONTAINE, WEILL et MANDEL. — Le traitement chirurgical du diabète. Recherches expérimentales. (45e *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1936.)

R. GAYET, T. GAYET et GUILLAUMIE. — Intervention des capsules surrénales dans la genèse de l'hyperglycémie adré-

nalique. (*Ann, physiol. et physico-chim. biol.*, 1928, p. 693.)

Gondard. — Diabète et capsules surrénales. Résultats expérimentaux de la suppression de l'activité médullaire. (*Arch. internat. physiol.*, 1933, p. 329.)

Lewis et Turcati. — Glandes surrénales et diabète pancréatique. (*Soc. biol.*, 1933, p. 403.)

Oppel. — A propos d'un cas de diabète sucré traité par un procédé opératoire palliatif. (*New. Chir. Arch.*, 1934, p. 546.)

Stricker. — Chirurgie des glandes surrénales. (43e *Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1934.)

Sympathectomie hépatique

Bermudez de Castro et Estella. — (*Loco citado*).

Chianello. — La cultura medica moderna (1929).

De Fermo. — Etude expérimentale sur la sympathectomie artérielle. Examen fonctionnel du foie après sympathectomie de l'artère hépatique. (*Arch. It. di Chir.*, 1931, p. 381.)

Demant. — Effets de l'énervation hépatique sur la stabilité du glycogène du foie. (*Soc. Biol.*, 1934, p. 323.)

Depisch, Hasenohrl et Schœnbauer. — A propos de l'action des procédés opératoires sur le métabolisme du sucre. (*Mediz. Klin.* 1931, p. 491.)

Ganglionectomie cœliaque

Takats et Cushbert. — Ganglionectomie cœliaque et tolérance du sucre. (*Am. Journal of Physiol.*, 1932.)

Takats, Fenne et Trump. — Augmentation de la sensibilité à l'insuline par ablation du ganglion cœliaque. (*Ann. Int. Med.*, 1933, p. 422, 1943, 1201.)

Takats. — Méthode chirurgicale pour relever la tolérance pour le sucre. (*Klin. Wochen.*, 1933, p. 623.)

Sympathectomie pancréatique

Banting et Gairns. — *Am. J. of Physiology*, 1934.

Cahuzac. — Traitement chirurgical du diabète ; recherches expérimentales sur la sympathectomie des artères péri-pancréatiques. (*Thèse*, Toulouse, 1937.)

Caporale et de Fermo. — Sur la sympathectomie des artères qui irritent le pancréas. Recherches expérimentales. (*Arch. Ital. di Chir.*, 1931.)

Fontaine et Hermann. — De l'influence des sympathectomies lombo-abdominales sur la glycémie du chien. (*Soc. Biol.*, 13 mars 1931, p. 1061.)

Fontaine et Hermann. — Sur le mécanisme de l'hyperglycémie après sympathectomie lombaire chez le chien. (*Soc. Biol.*, 13 mars 1931, p. 1063.)

Houssay, Lewis et Foglia. — Influence de l'énervation pancréatique sur les variations de la glycémie produites par l'injection de glucose. (*Soc. Biol.*, 1929, p. 144.)

Lépine. — Des relations existant entre le diabète et les lésions du pancréas. (*Revue Médecine*, 1892, p. 402, 481.)

Musumeci. — L'énervation du pancréas et ses effets sur l'hyperglycémie expérimentale. (*Arch. Ital. di chir.*, 1933, p. 545.)

Sendrail et Cahuzac. — Enervations pancréatiques expérimentales et glycorégulation. (9e *Congrès des Médecins et Biologistes de Langue Catalane et Occitane*, Perpignan, juin 1936.)

Sendrail et Cahuzac. — Action des sympathectomies péripancréatiques expérimentales sur la glycémie de base. (*Soc. Biol.*, Paris, 10 avril 1937.)

Sendrail et Cahuzac. — Action des sympathectomies péripancréatiques expérimentales sur les tests dynamiques de la glycorégulation. (*Soc. Biol.*, Paris, 17 avril 1937.)

Sendrail, Cahuzac et A. Garipuy. — Modifications anatomiques du pancréas insulaire consécutives aux sympathectomies péripancréatiques expérimentales. (*Soc. Biol.*, Paris, 17 avril 1937.)

Zagni. — De l'influence des sympathectomies lombaires et de l'ablation du ganglion étoilé du sympathique sur la fonction glyco-régulatrice du pancréas. (*Lyon chirurgical*, 1929, p. 789.)

Enervation des surrénales

Bernardini, Caltabiano. — Modifications du taux glycémique secondaire à la dénervation unilatérale et bilatérale des surrénales. (*An. It. di Chir.*, 1935, p. 141.)

Ciceri et Azzigoni. — Contribution à l'étude du diabète en chirurgie. (*Arch. It. di Chir.*, 1933, p. 221.)

Ciceri et Gabrielli. — Tentatives de traitement du diabète par alcoolisation des splanchniques. Tentative de traitement du diabète sucré. (*Arch. It. di Chir.*, 1934, p. 121.)

Ciceri et Gabrielli. — Effets immédiats et lointains sur la courbe glycémique et sur la pression artérielle de l'énervation mono ou bilatérale des surrénales. (*An. It. di Chir.*, 1934, p. 417.)

Ciminata. — Base expérimentale d'une nouvelle méthode dans le traitement du diabète pancréatique. (*Arch. It. di Chir.*, 1928, p. 827.)

Ciminata. — Guérison du diabète pancréatique expérimental par énervation opératoire des glandes surrénales. (*Arch. di Pathol. Clin. med.*, 1929.)

Ciminata. — Contribution ultérieure sur l'influence de l'énervation opératoire des surrénales sur le diabète pancréatique expérimental. (*Bollet. della Soc. It. di Biol. Sperimentale*, 1931.)

Ciminata. — Influence de la section des nerfs des surrénales sur le diabète sucré. (*Klin. Wochen.*, 1932, p. 150.)

Corachan et Simarro. — Effet favorable de l'énervation unilatérale de la surrénale dans un cas de diabète. (*Rev. Med. Barcelona*, 1930, p. 114.)

Corachan et Simarro. — Diabète sucré traité favorablement par énervation opératoire d'une glande surrénale. (*Arch. franco-belges de Chir.*, 1932, p. 292.)

Corachan. — L'énervation des surrénales dans le traitement du diabète. (43e *Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1934, p. 898.)

Crile. — Hyperthyroïdisme récidivant, asthénie neuro-circulatoire, ulcère peptique et diabète. Traitement par opérations sur le système surréno-sympathique. (*J. of the Am. Med. Assoc.*, 1931, p. 1616.)

Crile. — Indications et contre-indications de l'énervation des surrénales. (*An. of Surgery*, 1934, p. 657.)

Donati. — Essai de traitement chirurgical du diabète par énervation d'une capsule surrénale. (*Arch. It. di Chir.*, 1929, p. 463.)

Giordano. — Douleurs ischémiques du pied chez des diabétiques. Espoirs actuels de la chirurgie dans le traitement du diabète. (*Minerva-Medica*, 17 novembre 1933.)

Gondard. — Diabète et capsules surrénales. Résultats expérimentaux de la suppression de l'activité médullaire. (*Arch. int. physiologie*, 1933, p. 329.)

Liotier. — L'hyperglycémie post-opératoire chez les diabétiques. (Rôle du système neuro-végétatif.) (*Thèse*, Marseille, juillet 1936.)

Rogoff. — Maladie d'Addison après énervation surrénale. (*J. of Am. Med. Assoc.*, 1936, p. 279.)

Takats. — A propos de l'influence du traitement opératoire sur le diabète juvénile (Splanchnicotomie). (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1933, p. 242.)

Takats. — La splanchnicotomie réalisée chez les diabétiques juvéniles. (*An. of Surg.*, 1935, p. 22.)

REMARQUES sur les PROFESSIONS DE CHARITÉ

Par M. Georges DUHAMEL (1)

Toute profession comporte des inconvénients et des risques ; choisir une profession ou mieux embrasser un état, comme on disait autrefois, c'est saisir à pleins bras toutes les conditions de cet état, c'est même, c'est surtout apporter à cet embrassement assez d'amour, assez de foi, pour que les désavantages et les dangers prennent aussitôt visage de droits et de privilèges.

L'homme qui n'est pas susceptible d'éprouver pour ses semblables les sentiments de tolérance, d'intérêt et de sympathie qui sont les ressorts naturels de la charité n'a pas chance d'exceller dans les professions médicales. L'égoïsme le plus sévère, quand il se manifeste chez un médecin, prend nécessairement l'aspect de la curiosité attentive et ceux qui ne connaissent pas une telle curiosité finissent, de force ou de gré, par déserter la carrière.

Les transformations de la vie sociale, dans l'époque moderne, ne laissent pas de toucher les habitudes médicales. Le rythme même de l'effort est en tous lieux si rapide et si fatalement exhaustif que médecins et chirurgiens ont dû, pour sauvegarder la qualité de leur travail, organiser le repos, sinon le loisir, c'est-à-dire se retirer parfois de l'arène pour restaurer leur énergie, pour méditer sur le sens et les formes de leur activité. Ces dispositions réservées sous les pressions de la nature, le médecin n'abdique jamais des charges dont il tire fierté. La notion de l'urgence n'abandonne jamais un médecin digne de ce nom. La notion de service se confond, dans l'esprit des professions médicales, avec le sentiment de l'honneur. Les commandements du service et de l'urgence échappent à toute discipline imposée de l'extérieur, ils ont la vigueur et l'effet d'un impératif moral. Depuis 1892, le génie syndical est intervenu dans les rapports que les médecins ont soit entre eux, soit avec les malades, soit avec les collectivités sociales. L'ancienne déontologie, qui n'est heureusement pas morte, a pris, en maintes circonstances, le masque et le vocabulaire du syndicalisme. Par une foule de recherches et de réglementations, le syndicalisme s'est efforcé de défendre à la fois les intérêts de la médecine, ceux du médecin, ceux des malades. Il faut toutefois reconnaître que le syndicalisme s'est heureusement abstenu jusqu'ici d'étendre son empire à certains domaines de la conscience professionnelle. Le médecin est toujours l'homme qui se lève quand on l'en prie, l'homme qui, à l'appel de la souffrance et de la mort, quitte sa table, son lit, sa retraite, ses affections, pour aller accomplir la tâche une fois pour toutes acceptée, l'homme qui a librement choisi une carrière d'abnégation et qui ne peut mentir à cette carrière sans perdre, avec la réputation, ce qui est, dans la foule humaine, son caractère distinctif. Il en est encore ainsi à cet instant du vingtième siècle et on n'imagine pas sans peine et sans horreur que les pressions futures d'un stupide fonctionnarisme pourraient faire perdre à la profession médicale ces austères prérogatives.

Parce qu'ils prenaient part à la vie du médecin, à ses actes et même à certaines de ses pensées ou à certains de ses états d'âme, les serviteurs subalternes de la médecine ont accepté longtemps sans réticence une discipline fondée sur le devoir et l'oubli de soi-même. La plupart d'entre eux l'accepteraient encore aujourd'hui de grand cœur si l'actuel déséquilibre social et les lois qui tantôt conjurent et tantôt manifestent ce déséquilibre n'étaient venues bouleverser de vieilles coutumes humaines et mettre en question la morale professionnelle.

Il est encore trop tôt pour juger parfaitement les effets de cette législation en ce qui concerne le personnel des hôpitaux, des sanatoriums et des cliniques. Elle ne peut manquer de déterminer à la longue une transformation des habitudes et des sentiments chez les intéressés ; mieux vaut ne pas attendre ce résultat pour faire certaines remarques et même pour formuler certaines recommandations. On ne saurait tirer bénéfice d'un tel débat sans le purger au préalable de toute pensée politique. L'humanité seule nous intéresse. La plupart des dispositions légales mises en vigueur cette année devront subir des amendements dans l'avenir. Disparaîtraient-elles purement et simplement, ce qui semble difficile, qu'elles auraient du moins eu l'avantage de mettre en lumière les graves défauts de l'ancien état de choses et d'appeler l'attention sur les besoins respectables de toute créature pensante. Les médecins et chirurgiens des hôpitaux publics et privés ont apporté la plus grande réserve jusqu'ici, dans l'appréciation des troubles provoqués par l'application des lois nouvelles. La Fédération intersyndicale des maisons de santé de France a fait tenir au ministre du Travail un message d'une grande modération où se trouve envisagée une revision éventuelle du décret du 22 mars 1937. Le corps médical tout entier a manifesté son inquiétude avec beaucoup de prudence. Tout au moins dans les services publics, où les questions budgétaires sont volontiers renvoyées au législateur, une partie des inconvénients observés au début semblaient devoir être conjurés par une simple augmentation numérique du personnel. Mais l'observateur ne peut pas n'être point frappé par les caractères et les conséquences d'un désordre qui choque l'esprit en même temps qu'il blesse le cœur.

Tous les praticiens consultés s'accordent à reconnaître que les inconvénients du nouveau régime gênent considérablement le médecin et le chirurgien dans l'accomplissement de leur tâche et privent donc le malade de certains soins essentiels, ils le privent aussi du sentiment de sécurité qui est une condition si précieuse de l'allégement et du salut. Nombreux sont les chefs de service, à Paris et en province, qui déclarent ne plus pouvoir compter sur les effets d'un traitement suivi. Trouver la personne responsable devient parfois un problème insoluble. Il y a, désormais, dans la série des actes qui constituent un traitement, d'inquiétantes solutions de continuité. Les infirmières nommées selon les endroits « volantes » ou « roulantes », et destinées à combler les lacunes du service, manquent d'instruction ou d'aptitudes, sinon certes de bonne volonté. Il est presque impossible au chef de service de formuler une juste remontrance et de trouver à qui cette remontrance doit être adressée.

En de nombreux endroits le service de stérilisation chôme pendant deux jours pleins. Les opérateurs doivent prendre des précautions dérisoires pour s'arranger de cette vacance. La vie des salles d'opération est troublée de toute manière : les matériaux et instruments stériles sont rarement délivrés par des personnes qui ont assuré la stérilisation. Des mots qui ne devraient jamais franchir le seuil des quartiers opératoires y sont employés désormais. On entend dire que tel appareil est « peut-être » stérile et que « l'on croit » telle boîte autoclavée... Un doute effroyable s'introduit dans une profession qui vit d'exactitude et de rigueur.

Tous les praticiens signalent avec désespoir de grosses fautes d'asepsie, des erreurs de thérapeutique, des négli-

(1) Communication faite à l'Académie de Médecine le 7 décembre 1937.

gences involontaires mais toujours redoutables, un manque de cohérence entre les rouages humains de la grande mécanique soignante.

Une puissance nouvelle, étrangère à notre empire, celle des passions partisanes, s'est introduite dans la place et ne craint pas d'y donner des ordres.

Les malades ignorent la plupart du temps, et c'est heureux, ces tristes périls. Ils ont d'autres sujets d'angoisse. Voyant à chaque instant des figures nouvelles et même inconnues, ils ont le sentiment d'être abandonnés. Il faut n'avoir jamais été malade pour ne pas comprendre l'attachement ardent des malades à l'infirmier qui prend soin de leur misère. Les malades souffrent donc et du mal et des soins. L'effet moral est déplorable. L'humanité disparaît. La pendule et la loi président seules à l'épreuve douloureuse, à l'agonie et à la mort.

Il y a tout lieu de croire, je le répète, qu'une partie de ces dérèglements se trouvera supprimée par l'adaptation des éléments nouveaux et par la force des disciplines invétérées ; mais il est à craindre que cette énorme et brusque transformation de la vie professionnelle n'entraîne dans le personnel médical d'assistance un grand abaissement de la moralité.

J'entends bien que ce personnel subalterne, lui aussi, mérite un traitement charitable. Les serviteurs de la médecine sont des êtres de chair et de sang qui doivent bénéficier de ce que prescrit la loi en faveur des travailleurs. Mais la profession qu'ils ont choisie comporte des servitudes imprescriptibles. Le fer, le ciment, le bois, le papier, toutes les matières inanimées peuvent à la rigueur attendre les bonnes grâces du travailleur. La matière vivante est plus exigeante. La terre laborieuse ne tolère pas les négligences et les paysans le savent. L'homme qui souffre ne doit pas attendre, souvent même il ne le peut pas. Est-il nécessaire de le rappeler ? Le soigné passe avant le soignant. Est-il besoin de le redire ? Entre 1914 et 1918, nous avons vu régner, dans les formations sanitaires des armées, une discipline admirable. Faudra-t-il que la guerre vienne imposer de nouveau sa loi terrible, pour, de nouveau, rappeler les hommes au sentiment de l'équilibre et de la règle ?

Dès maintenant, en de nombreux endroits, il a fallu recourir aux volontaires pour rendre à l'acte médical ou chirurgical leurs caractères naturels de sécurité, de continuité, de dignité. On n'imagine pas que la loi puisse jamais entraver ce service volontaire. Cela ne se serait jamais vu en médecine et ce serait une grave injure aux plus belles vertus humaines.

Si le service volontaire, parce qu'il peut seul, dans les conditions actuelles, apporter au médecin et au malade une souhaitable quiétude, si le service volontaire vient à se développer au gré des besoins médicaux, les serviteurs subalternes de la médecine risquent de voir leur profession soit avilie et réduite aux plus bas offices, soit plus simplement abolie.

Ils ont, d'âge en âge, rendu jusqu'ici de bons services à la médecine et les médecins leur en conservent une grande et juste gratitude. Nul ne peut considérer de sang-froid la dégradation d'un métier qui a suscité les plus beaux dévouements et qu'il vaut mieux ne pas choisir si l'on n'en accepte d'abord tous les soucis, toutes les peines et même toutes les amertumes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1937)

Remarques sur les professions de charité. — M. Georges DUHAMEL. (Nous publions plus haut in extenso cette très importante communication.)

Création du centre de sérothérapie humaine. — M. RIBADEAU-DUMAS appelle l'attention sur la nécessité qu'il y aurait à confier à un centre unique et autonome la récolte et la préparation des sérums de convalescents utiles à la pratique, et d'améliorer l'organisation existante.

Le premier stade de la prémunition des nouveau-nés vaccinés par injection sous-cutanée de B C G. — M. B. Weill-Hallé et Mme A. Birencwajg. Dans cette note, concernant 71 nourrissons, les auteurs relèvent la simplicité et l'innocuité rigoureuse de l'injection prémunisante de B C G chez le nouveau-né. La vaccination est effectuée vers le 8e jour, afin d'exclure les accidents d'ordre obstétrical ou congénital des premiers jours.

La débilité vraie ou la maladie leur semblent les seules contre-indications et leur ont fait exclure du choix des sujets à vacciner 5 nouveau-nés, dont 3 ont en effet succombé dans les premières semaines de leur vie.

L'allergie tuberculinique est obtenue dans un délai moyen de 4 à 6 semaines — notion importante pour la fixation du minimum d'isolement obligatoire après vaccination quand le sujet appartient à un milieu suspect ou contaminé.

Les 71 nouveau-nés vaccinés dans les premiers mois de 1937, et suivis déjà pendant un délai de 6 à 8 mois, sont tous en excellent état de santé, en dépit de voisinage souvent suspect et même contagieux.

Deux cent deux accidents paralytiques du traitement antirabique. — M. Remlinger.

Comité secret. — En comité secret, l'Académie entend un rapport de M. Rist sur une proposition du ministre des Colonies tendant à la création d'une nouvelle classe de médecine et d'hygiène coloniales.

Conformément aux conclusions du rapporteur, l'Académie décide de ne rien changer à la répartition de ses membres et de créer une commission permanente d'hygiène coloniale.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 7 décembre. — Jury : MM. Carnot, président ; Claude, Laignel-Lavastine, de Gennes. — M. Gluckberg. La diurèse des cardiaques par association des diurétiques mercuriels aux tonicardiaques. — M. Paingault. Maladie de Simmonds. Discussion des rapports entre la cachexie et l'anorexie mentale. — M. Buisson. Psychose hallucinatoire chronique et syndrome d'action extérieure. — M. Lebreton. La Maison de santé du docteur Blanche. Ses médecins. Ses malades.

Mercredi 8 décembre. — Jury : MM. Harvier, président ; Loeper, Haguenau, Turpin. — Mme Coquoin-Carnot. Essai expérimental de la prophylaxie chimique de quelques maladies à ultravirus. — M. Friedman. Les prodromes digestifs du zona.

Jeudi 9 décembre. — Jury : MM. Lenormant, président ; Mocquot, Brocq, Lantuéjoul. — M. Cories y Negret. Contribution à l'étude du traitement de l'arthrite suppurée des doigts par la résection articulaire. — M. Devoucoux. Contribution à l'étude du traitement des métrites cervicales chroniques par l'électro-coagulation, en particulier des exocervicites chroniques.

Samedi 11 décembre. — Jury : MM. Crouzon, président ; Nobécourt, Tanon, Cathala. — M. Guénard. Sclérose en plaques avec localisations sur les noyaux gris centraux. (Aspects cliniques.)

Jeudi 9 décembre. (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Polonovski, président ; Simonnet, Maignon. — M. Nawi. De la variation du taux de l'acide ascorbique au cours de la germination.

Mercredi 15 décembre. — Jury : MM. Tanon, président ; Aubertin, Joannon, Lemaître. — M. Aouizerate. Traitement du paludisme chez la femme enceinte, par la quinine et les dérivés synthétiques. — M. Bargain. Trois années au dispensaire Hillairet de l'hôpital Saint-Louis. — M. Converset. La chaptalisation des moûts. — M. Dubuisson. Contribution à l'étude de la spirochétose ictéro-hémorragique. — M. Nomeir. La méningite cérébro-spinale en Egypte. — M. Tirel. Quelques règles d'hygiène pour l'hospitalisation des enfants tuberculeux.

Jeudi 16 décembre. — Jury : MM. Bezançon, président ; Lereboullet, Maurice Villaret, Besançon. — M. Azuelos. Contribution à l'étude des phénomènes d'intolérance aux substances à composition chimique définie. — M. Husset. Etude des principaux facteurs du diagnostic clinique. — M. Menguy. Etude sur les lésions consécutives aux états de choc. — M. Vallade. Interventions sur les voies respiratoires supérieures et tuberculose pulmonaire. — M. Blaire. Contribution à l'étude du traitement de l'érythrémie par la radiothérapie et en particulier par la téléroentgenthérapie totale. — M. Froim. L'étiologie et la prophylaxie du goitre endémique en Roumanie.

Mardi 14 décembre. (Thèse vétérinaire.) — Jury : MM. Mocquot, président ; Coquot, Lesbouyriès. — M. Cranz. Ovariectomie de la chatte. Emploi d'une pince écraseur spéciale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

Thèses soutenues pendant l'année 1936-1937 (1)

Doctorat d'Etat. — 34. Alengrin. — Les syndromes de Little post infectieux.

84 (de 1936). Auberty. — Contribution à l'étude clinique et épidémiologique du béribéri autochtone en milieu militaire.

63. Aufaure. — Contribution à l'étude pathogénique des invaginations intestinales à l'exclusion de celles du nourisson.

31. Barbe. — Les autopsies médico-légales au cours des dystonies neuro-végétatives.

31. Barbe. — Les autopsies médico-légales au cours des accidents d'automobile.

82. Barbier (Mlle). — Contribution à l'étude de la pression cranio-rachidienne au cours de l'hypertension artérielle.

70. Baud. — La chirurgie du ganglion stellaire. Stellectomie et anesthésie.

65. Baudet. — Le douzième nerf dorsal. Monographie anatomique. Le point douloureux de Mac Burney (étude physio-pathologique).

72 (de 1936). Baylac. — Contribution à l'étude clinique et bactériologique de la mastoïdite.

66 (de 1936). Bergier. — Les épilepsies tardives « essentielles ».

56 (de 1936). Bernard. — Contribution à l'étude de la tuberculose irienne.

68 (de 1936). Bernole. — Considérations sur l'acrodynie infantile dans la région de Clermont-Ferrand.

62 (de 1936). Bertrand. — Contribution à l'étude de l'urographie intraveineuse par l'urosélectan.

9. Bez. — Contribution à l'étude de la lobite tuberculeuse chez l'enfant.

41. Bigorre. — Considérations cliniques sur quelques cas de kystes non parasitaires du foie.

52. Bonnafous. — Les fistules œsophago-bronchiques au cours du cancer de l'œsophage.

90 (de 1936). Bories (Elie). — De l'occlusion intestinale chez le nouveau-né.

(1) Voir *Thèses de Montpellier*, n° 78, p. 1234. — *Thèses d'Alger*, n° 80, p. 1269. — *Thèses de Lille*, n° 81, p. 1284. — *Thèses de Strasbourg*, n° 82, p. 1301. — *Thèses d'Hanoï*, n° 89, p. 1414. — *Thèses de Nancy*, n° 95, p. 1501.

25. BORIES (Pierre). — La mythomanie devant la justice. Affaire Fualdès (1817-1819).
78. BOURREL (Mlle). — Les états méningés curables chez l'enfant.
17. BRIBES. — Considérations cliniques et thérapeutiques sur l'hyperthyroïdie.
16. BRUGIÈRE. — Cure radicale de la hernie inguino-scrotale (nouveau procédé opératoire).
80. CAHUZAC (André). — Considérations sur les tumeurs mélaniques de l'œil, à propos d'un cas de métastases tardives achromiques.
28. CAHUZAC (Maurice). — Contribution à l'étude du traitement chirurgical du diabète. Recherches expérimentales sur la sympathectomie des artères péri-pancréatiques.
58 (de 1936). CANTY. — Poumon polykystique et dilatation des bronches.
13. CARPENTIER. — Notions simples de psychologie et de psychiatrie utiles aux maîtres pour connaître et diriger leurs élèves.
85. CASTAIGNE. — L'état actuel des accidents infectieux causés par l'ingestion d'huîtres et de coquillages.
44. CATHALA. — Pneumopathies grippales simulant les formes broncho-pneumoniques de la tuberculose.
36. CAUSSÉ. — Les internements inévitables.
53 (de 1936). CAZALAS. — Contribution à l'étude de la périarthrite scapulo-humérale à forme calcifiante.
81. CAZELLE. — Sur une modalité clinique du thymo-lymphatisme.
38. CHANAUD. — Contribution à l'étude du rétrécissement de l'artère pulmonaire dans ses rapports avec la tuberculose pulmonaire.
19. CHANSEL. — Contribution à l'étude du traitement des entorses récentes de l'articulation tibio-tarsienne.
65 (de 1936). CHAUMERLIAC (Mme), née WALTZ. — Contribution à l'étude clinique et radiologique du volvulus chronique de l'estomac.
20. CHERTENSTEIN. — De quelques complications des fractures du maxillaire supérieur par accidents d'automobile.
54. COLDEFY. — Les formes unilatérales du goitre exophtalmique.
11. COLL (Mme). — Contribution à l'étude de la méningo-encéphalite par trypanosomiase humaine.
64 (de 1936). CONSTANT (Georges). — Contribution à l'étude de l'abcès du poumon chez l'enfant.
1. CONSTANT (Henri). — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de l'abcès du poumon chez l'adulte.
73. COULHOU. — Le traitement de l'hypertension artérielle par la chirurgie et les agents physiques.
22. COURDÈS. — La torsion axiale suraiguë de l'utérus fibromateux.
78 (de 1936). CUSSAC. — Action thérapeutique des venins.
27. CUTZACH. — Contribution à l'étude des phlébites au cours de l'évolution des fibromes utérins non opérés.
59. DARIES. — De l'œdème pulmonaire aigu rhumatismal chez l'enfant.
67. DAVID-BOURGADE (Mme). — A propos de trois cas de dystocie par ectopie pelvienne du rein.
79 (de 1936). DAYRE. — Sur le développement simultané des tumeurs primaires de l'ovaire et de l'utérus.
3. DEFICIS. — Les tumeurs solides du mésentère.
59 (de 1936). DEGOULANGE. — Contribution à l'étude de l'ulcère perforé.
75. DEODATI. — De l'énophtalmie traumatique.
47. DEUMIER. — Contribution à l'étude du cancer primitif de la plèvre.
76 (de 1936). DURAND (Mlle). — Contribution à l'étude clinique et électrocardiographique de l'intoxication massive par la digitale sur cœur sain.
50. EONNET. — Indications opératoires dans les fractures du calcanéum.
15. ESPARCEIL. — Nouvelles recherches expérimentales sur l'accoutumance à l'alcool chez l'homme.
70 (de 1936). ESTIBOTTE (Mlle). — Les facteurs externes de la croissance.
95 (de 1936). FAIVRE. — Contribution à l'étude de l'ostéochondrite déformante juvénile (maladie de Calvé Legg).

(A suivre.)

PRATIQUE MÉDICALE

CONSERVATION DU SANG EN VUE DE LA RÉACTION DE BORDET-WASSERMANN

d'après le docteur L. BOYER (1)

L'auteur expose ses recherches en collaboration avec Mlle Gastinel, en vue de trouver une substance chimique qui puisse empêcher les altérations microbiennes du sang prélevé pour la réaction de B.-W.

Après avoir passé en revue de nombreuses substances qui toutes présentent des inconvénients ou modifient les résultats de la réaction, L. Boyer s'est arrêté à l'emploi du Sunoxol, sulfate neutre d'ortho-oxyquinoléine.

Il résume ainsi les constatations faites au sujet de l'emploi du Sunoxol pour la conservation du sang :

« La présence du Sunoxol ne modifie en rien la coagulation sanguine, ni les caractères apparents du sérum.

« Les hématies ne subissent aucun dommage dans l'eau physiologique sunoxolée à 1/10.000 et au delà ; la présence de sérum sanguin permet d'atteindre la concentration de 1/1.000 sans noter la moindre hémolyse.

« Dans le sang total, additionné de Sunoxol à doses égales ou inférieures au 1/1.000, le sérum exsudé conserve sa teinte normale.

« Le sérum sanguin contenant 1/1.000 de Sunoxol reste limpide.

« Ce corps favorise la conservation du complément, ne modifie pas le titre de l'ambocepteur anti-hématies et ne change en rien les réactions hémolytiques.

« Il n'exerce aucune influence sur les suspensions lipoïdiques utilisées comme antigènes et sur leur comportement dans la réaction.

« Les réactions au sérum inactivé ou au sérum non chauffé, pratiquées avec des sérums provenant de sang additionné au moment de la saignée du 1/5.000, 1/10.000 ou 1/20.000 de Sunoxol ont donné des résultats d'une rigoureuse concordance avec les mêmes sérums non sunoxolés.

« La présence de 1/5.000 et même 1/10.000 de Sunoxol s'oppose à l'altération bactéricienne du sang, conservé pendant plusieurs jours à une température assez élevée.

« De toutes les substances antiseptiques que nous avons étudiées, seul le Sunoxol nous a donné entière satisfaction par son pouvoir antimicrobien et sa passivité absolue en présence des éléments et au milieu des divers processus qui constituent la réaction de B.-W.

« Aussi, nous nous permettons de préconiser son emploi pour la conservation du sang destiné aux épreuves sérologiques.

« Pour obtenir une concentration au 1/10.000 on versera préalablement dans le tube qui va recevoir les 10 cc. de sang, 0 cc. 10, soit deux gouttes normales d'une solution de Sunoxol à 1 p. 100 dans l'eau physiologique. »

L. Boyer conclut en disant que le pouvoir bactéricide des doses préconisées n'est pas absolu, certains germes hyper-résistants peuvent échapper à l'action mortelle de l'antiseptique. Il convient donc, malgré l'addition de Sunoxol, de pratiquer les prises de sang en se conformant autant que possible aux bonnes règles de l'antisepsie.

(1) *Marseille médical*, n° 5, 15 fév. 1937.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 100. — MERCREDI 15 DECEMBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
» Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Montpellier. — Le concours d'internat des sanatoriums s'est terminé par la désignation de M. Franc Viala et de Mlle Olga Méa, comme internes titulaires ; par celle de M. Fernand Costecalde comme externe en premier.

Faculté de médecine de Paris. — La chaire d'anatomie pathologique (dernier titulaire : M. Roussy), de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est déclarée vacante.

— LEÇON INAUGURALE. — M. le professeur Maurice Chiray, titulaire de la chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie, fera sa leçon inaugurale le lundi 17 janvier 1937, à 18 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Prix décernés (années 1936-37) :

MÉDECINE

Prix Godard de 2.000 francs : Section anatomie et physiologie : M. le docteur Beauvieux (Jean).

Prix Triennal Testut : M. le docteur Renon.

Prix Biennal Badal : M. le docteur Rolland (Albert).

Prix de médecine coloniale : Médaille de vermeil : M. le docteur de Mets ; M. le docteur Abbatucci.

Médaille de bronze : M. le docteur Pierre Chesneau ; M. le docteur Mébarek.

Prix de la Société d'hygiène publique de la Ville de Bordeaux : Médaille d'argent : M. le docteur Normand.

Prix Godard des thèses :

Médaille d'or : M. le docteur Auriac (Jean).

Médaille de vermeil : M. le docteur Duvergey ; M. le docteur Rocher (Ch.).

Médaille d'argent : M. le docteur Verger ; M. le docteur Benelli.

Médaille de bronze : MM. les docteurs Normand, Crozafon, Collet, Cluzel, Ferrand, Darmaillacq, Marty, Mébarek, Copin, Vincent, de Reynal, Pateu.

PHARMACIE

Prix Godard des thèses :

Médaille d'argent : M. Delfour, M. Gasq.

Médaille de bronze : Mme Souterbicq, M. Couillaud.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Joseph-F. Martin, agrégé, chef de travaux, est nommé, à compter du 1er janvier 1938, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon (dernier titulaire de la chaire : M. Favre, transféré dans une autre chaire).

M. Cotte, agrégé libre, est nommé, à compter du 1er janvier 1938, professeur de chirurgie opératoire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon (dernier titulaire de la chaire : M. Patel, transféré dans une autre chaire).

Faculté de médecine de Nancy. — M. WATRIN, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er janvier 1938, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy (dernier titulaire de la chaire : M. Hoche, retraité).

Faculté de médecine de Montpellier. — M. GINESTIÉ a été nommé chef de clinique des maladies des voies urinaires.

La statistique du P. C. B. — Le nombre des étudiants inscrits en vue du certificat d'études P. C. B. est le suivant pour les seize dernières années (pour toute la France) :

En 1922 : 1.349.
En 1923 : 1.398, en plus 49.
En 1924 : 1.682, en plus 284.
En 1925 : 1.900, en plus 218.
En 1926 : 2.211, en plus 311.
En 1927 : 2.414, en plus 203.
En 1928 : 2.991, en plus 577.
En 1929 : 3.078, en plus 87.
En 1930 : 3.371, en plus 293.
En 1931 : 3.233, *soit* 138 *en moins.*
En 1932 : 2.971, *soit* 262 *en moins.*
En 1933 : 3.092, en plus 121.
En 1934 : 3.298, en plus 206.
En 1935 : 2.899, *soit* 399 *en moins.*
En 1936 : 2.390, *soit* 509 *en moins.*
En 1937 : 2.574, en plus 184.

Voici — à la date du 31 juillet 1937 — la répartition de ces étudiants par Facultés ou Ecoles, par nationalité et par sexe.

Statistique des étudiants inscrits en vue du certificat d'études P.C.B. :

Facultés ou écoles	Français		Etrangers		Total
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
Alger	90	20	3	»	113
Amiens	9	3	»	»	12
Angers	24	4	»	»	28
Besançon	13	3	1	»	17
Bordeaux	146	17	8	2	173
Caen	33	7	»	»	40
Clermont-Ferrand	48	9	»	»	57
Dijon	31	4	»	»	35
Grenoble	37	7	2	1	47
Lille	76	13	2	»	91
Limoges	9	9	»	»	18
Lyon	150	13	7	3	173
Marseille	103	30	5	2	140
Montpellier	88	13	18	3	122
Nancy	54	13	12	1	80
Nantes	34	11	»	»	45
Paris	607	187	88	22	904
Poitiers	52	14	1	»	67
Reims	9	1	»	»	10
Rennes	80	8	1	»	89
Rouen	32	6	2	»	40
Strasbourg	53	20	4	4	81
Toulouse	130	18	»	1	149
Tours	27	3	12	1	43
Total	1.935	433	166	40	2.574
	2.368		206		
	2.574				

Hôpital Sainte Isabelle de Neuilly. — Le 17 décembre, à 18 heures, aura lieu, sous la présidence de M. Justin Godard, une visite-conférence à l'occasion du 1er anniversaire de la création du Service de récupération fonctionnelle des blessés du travail. M. le docteur Gabriel Bidou, médecin en chef de l'hôpital, fera une conférence sur le *Traitement des séquelles des blessures du travail.*

Le Groupe de défense de la médecine libre (Secrétariat : 74, rue Didot, Paris (14e) et le Groupement de défense de la chirurgie libre (secrétariat : 18, rue de l'Université, Paris (7e), prient leurs adhérents d'assister à leur assemblée générale commune, qui aura lieu le vendredi 17 décembre 1937, à 11 heures, au café Les Voûtes, 150, rue de Lyon, à Paris.

Ordre du jour :

1° Assemblée générale de la Confédération ;
2° Projet de loi tenant à porter le salaire-limite des assujettis aux assurances sociales, à 30.000 francs.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA SITUATION DES LABORATOIRES PRIVÉS

M. André Parmentier, député, expose à M. le Ministre de la Santé publique, que les médecins s'occupant de recherches de laboratoire se trouvent dans une situation de plus en plus difficile, du fait de la concurrence qui leur est faite par les laboratoires des facultés, hôpitaux, etc., qui exécutent les recherches, moyennant payement, pour le compte des particuliers ; que ces recherches sont souvent faites par des aides n'étant même pas médecins ou pharmaciens et que, même dans le cas où le directeur du laboratoire est médecin et pharmacien, il échappe à la patente et utilise pour des fins particulières les ressources des laboratoires destinés aux analyses des indigents et fonctionnant avec les subventions de la collectivité. Il demande s'il est permis à un laboratoire public, c'est-à-dire recevant des subventions de l'Etat, des départements ou des communes, d'effectuer des examens payants pour la clientèle particulière. (*Question du* 6 *septembre* 1937.)

Réponse. — Les seuls textes visant les faits indiqués par l'honorable député sont les articles 1er et 4, ainsi conçus, du décret du 29 octobre 1936 :

« Art. 1er. — Il est interdit aux fonctionnaires, agents et ouvriers des services publics de l'Etat, des départements, communes, offices, établissements publics et colonies, d'exercer une profession industrielle ou commerciale, d'occuper un emploi privé rétribué ou d'effectuer, à titre privé, un travail moyennant rémunération. »

....

« Art. 4. — L'interdiction prévue à l'article 1er s'applique également à la réalisation de bénéfices provenant d'opérations présentant un caractère commercial et se rattachant à l'exercice d'une fonction publique, telles que la gestion d'internats, de domaines, d'ateliers, de laboratoires ou d'entreprises de transports. » (*J. O.*, 19 nov. 1937.)

CANCER DE L'ŒSOPHAGE
développé autour d'un projectile médiastinal inclus depuis 38 ans

Par M. le Professeur LE FORT et M. P. DECOULX
(de Lille)

Lorsqu'un blessé présente un projectile du médiastin, il est menacé de nombreuses complications parmi lesquelles les troubles circulatoires et nerveux et les phénomènes infectieux sont au premier plan. Mais d'autres dangers sont aussi à envisager : parmi ceux-ci, le cancer de l'œsophage représente une éventualité très exceptionnelle et très peu décrite. Nous avons eu l'occasion d'observer un malade chez qui la néoplasie œsophagienne, apparue plus de 30 ans après la blessure, paraît être en relation directe avec l'existence du projectile.

Voici l'observation résumée de ce malade (1) :

Un homme de 60 ans entre en octobre 1936 dans le service pour troubles de la déglutition. Cette dysphagie, progressive, irrégulière, peu douloureuse, accompagnée de sialorrhée, de fétidité de l'haleine et surtout d'un amaigrissement important, éveille de suite l'idée d'un cancer de l'œsophage.

La radioscopie montre en effet, au niveau de la 6e vertèbre dorsale, une portion rétrécie, irrégulière, fixe, à limites lacunaires. Ce rétrécissement s'étend sur 10 cm. environ. Il est surmonté d'une dilatation sus-stricturale modérée. Mais la radio révèle une surprise : au niveau de la 7e vertèbre dorsale, au voisinage immédiat de la sténose, on note l'existence d'un projectile médiastinal : balle de revolver. (Fig. 1.)



Fig. 1.

Interrogé à ce sujet, le malade nous révèle qu'il a en effet été blessé en 1898, à la bataille d'Adoua, pendant la guerre d'Ethiopie. La balle a pénétré dans le 5e espace intercostal droit ; la blessure a été suivie d'hémoptysie, mais jamais d'aucun trouble de la déglutition. Un épanchement pleural droit sanglant a été ponctionné quelques jours plus tard. Aucun autre traitement n'a été institué. Le blessé n'a naturellement pas été radiographié à cette époque et ne l'a jamais été depuis.

(1) Les détails de cette observation ont paru dans l'article suivant : PIQUET, PATOIR et BELBENOIT : Bronchoscopie, œsophagoscopie, septembre 1937.

En présence de ce fait nouveau, on envisage l'hypothèse d'un rétrécissement cicatriciel ou néoplasique de l'œsophage et on pratique une biopsie.

L'œsophagoscopie (prof. Aug. Piquet) donne les résultats suivants. A 31 cm. des arcades dentaires, on trouve une masse bourgeonnante et saignante arrêtant le tube. Fixe, immobile, cette masse semble provenir de la paroi antérieure. On prélève un fragment pour biopsie, dont l'examen anatomopathologique donne les résultats suivants : épithélioma du type baso-cellulaire avec stroma abondant et plages nécrotiques.

Le reste de l'examen du malade révèle encore les faits suivants : paralysie faciale complète du côté gauche, probablement spécifique (B.W. positif en 1935, négatif depuis le traitement) ; dysphonie par paralysie de la corde vocale gauche ; aorte volumineuse, dilatée, débordant largement à droite ; sclérose disséminée des deux poumons.

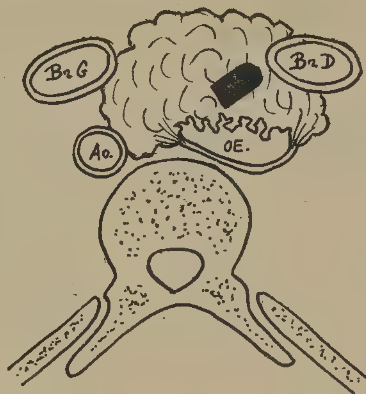


Fig. 2.

Le diagnostic de cancer de l'œsophage une fois vérifié par la biopsie, on décide une gastrostomie, qui est pratiquée le 10 novembre 1936. Le malade meurt de cachexie quelques semaines plus tard.

L'autopsie est réalisée par prélèvement en bloc de tout le médiastin, d'arrière en avant. La pièce est fixée dans le formol et disséquée quelques jours plus tard. Il existe une énorme gangue scléreuse englobant toute la région et accolant étroitement les organes.

A l'ouverture de l'œsophage, on note une ulcération comme une pièce de 5 francs, bourgeonnante, indurée, envahissant la face antérieure et le bord gauche du conduit. Au centre de cette ulcération, on sent la balle de revolver, qui n'est séparée de la cavité œsophagienne que par une couche très mince de tissus. Le reste de la tumeur a envahi le médiastin et adhère intimement à l'aorte et à la bronche gauche. La section totale de la tumeur montre qu'elle est exactement centrée par le projectile. (Fig. 2.)

Cet aspect anatomique des lésions semble établir un lien étroit entre l'existence du projectile et l'apparition du cancer.

Il est classique d'admettre au niveau de certains organes une étiologie précise « d'irritation chronique » à l'origine des tumeurs malignes : cancer de la langue et leucoplasie, cancer du col utérin et métrite chronique, ulcéro-cancer de l'estomac.

Peut-être le corps étranger n'a-t-il fait que localiser un processus néoplasique, dans le développement duquel a pu intervenir la syphilis que présentait notre malade. Mais le rôle du corps étranger ne paraît pas douteux.

On a parlé au niveau de l'œsophage de cancérisation des diverticules ou de transformation maligne des

ulcères simples de cet organe : dans ce cas l'irritation chronique est d'origine muqueuse. Il est beaucoup plus rare que l'irritation provienne du tissu celluleux péri-œsophagien ou des organes voisins.

Dans cet ordre d'idées nous devons signaler l'opinion des auteurs japonais Nagai et Takitsu qui rapportent l'origine du cancer de l'œsophage à des exostoses du rachis en contact immédiat avec ce cancer.

Mais la seule observation qui ait quelque rapport avec la nôtre est celle de Calvet, Claux et Marrot (Bronchoscopie, œsophagoscopie, janvier 1937, p. 13) : schrappnell prétrachéo-œsophagien pendant 22 ans, cancer de l'œsophage et fistule œso-trachéale. Dans ce cas, le corps étranger était au voisinage du cancer et non en son centre comme dans notre observation.

Il semble donc qu'on puisse ajouter aux dangers que représentent les corps étrangers du médiastin, celui de l'éclosion très tardive d'un cancer de l'œsophage.

LES RECHERCHES ACTUELLES SUR LES CATARACTES EXPÉRIMENTALES

PAR MM.

STEIN, assistant à la Clinique nationale des Quinze-Vingts.

et

François CRÈVECŒUR, externe des hôpitaux de Paris.

A la fin du siècle dernier, toutes les notions biologiques sur la pathogénie de la cataracte provenaient uniquement de la pathologie comparée. On tirait ces connaissances des observations sur l'animal de cataractes séniles, diabétiques, traumatiques, analogues à celles observées chez l'être humain.

Depuis vingt ans, la clinique a posé aux expérimentateurs des problèmes nouveaux nés de l'observation de types inédits de cataracte : infantile (rachitique, mongolienne), juvénile, endocrinienne et médicamenteuse. Parallèlement, des travaux expérimentaux du plus haut intérêt sont venus apporter des lumières sur certaines de ces opacités cristalliniennes.

Nous nous proposons d'apporter ici quelques acquisitions récentes dans le domaine des cataractes endocriniennes alimentaires et toxiques, et surtout d'insister sur une notion nouvelle qui sera sans doute féconde pour la compréhension pathogénique de la cataracte, la notion de « sommation des facteurs expérimentaux » dans la production des opacités du cristallin.

I. Cataracte endocrinienne. — La mieux connue des cataractes endocriniennes expérimentales est celle de la *tétanie chronique* parathyréoprive. C'est là un fait bien connu depuis les parathyroïdectomies obtenues chez l'animal par Vassale. Erdheim, von Pellathy. Ces auteurs ont montré que, chez le rat, sur 100 cas de parathyroïdectomies, il se produit 95 % de cataractes en quelques semaines ou quelques mois après l'intervention. Edmunds a observé les mêmes résultats chez le chien.

Ces faits de cataracte parathyréoprive ont été abondamment confirmés dans la clinique humaine. Dès 1872, Logetschnikov en rassemblait 15 cas. « Au cours de la tétanie post-opératoire, écrivait récemment H. Kaufman, l'apparition d'une cataracte est également possible, réalisant des faits d'ordre quasi expérimental ; la cataracte apparaît en un temps variable, ordinairement quelques mois, après l'ablation des parathyroïdes ». Quel que soit leur aspect précis à la lampe à fente, ces lésions restent périphériques, corticales et sont toujours bilatérales.

Au total, les faits cliniques corroborent les résultats de l'ablation des parathyroïdes chez l'animal, qui réalise d'une façon constante le développement d'opacités cristalliniennes.

II. Cataracte alimentaire. — Les expérimentateurs savent actuellement reproduire la cataracte alimentaire, soit en déséquilibrant le régime des animaux, soit en supprimant la vitamine D ou la vitamine C du régime.

a) *Déséquilibre alimentaire.* — Tout récemment, A. M. Yudkin et Caroline H. Arnold ont poursuivi à ce sujet des expériences sur le rat blanc soumis à différents régimes hydrocarbonés. Dans un premier groupe de rats, l'alimentation comprenait 70 % de glucose et, dans un second groupe, 70 % d'amidon de blé.

Les animaux maintenus à ces régimes pendant 140 jours n'ont présenté aucune modification du cristallin. Dans un troisième groupe, 15 jeunes rats albinos de trois semaines sont alimentés avec un régime contenant 70 % de *lactose.* Quelques opacités cristalliniennes apparaissent entre le 70e et le 90e jour, et, chez sept animaux, on observe le développement de cataractes complètement mûres au bout de 140 jours de régime.

Enfin, un quatrième groupe de 8 animaux est maintenu à un régime contenant 50 % de *galactose.* Il reste en bonne santé apparente, mais du 11e au 14e jour les cristallins de chaque œil présentent une cataracte complète.

Quatre animaux recevant seulement 35 % de galactose chaque jour, développent une cataracte en 10 à 15 jours. Une dose encore plus faible, 25 % de galactose dans le régime, produit également la cataracte en 14 à 20 jours.

Fait très intéressant, la cataracte galactosique est une cataracte nucléaire chez les jeunes rats, tandis que c'est une cataracte corticale chez les rats plus âgés.

Tentative de cataracte par avitaminose

La première cataracte connue par avitaminose a été la cataracte du rachitisme, c'est une cataracte par *avitaminose D.* On sait qu'elle a un siège très particulier: c'est une cataracte zonulaire, l'opacité étant circulaire, siégeant autour du noyau et respectant la périphérie.

Plus récemment, on a attiré l'attention sur le rôle de la *vitamine C* dans la physiologie du cristallin. H. K. Muller et W. Buschke ont montré que la vitamine C existe en grande quantité dans les cristallins normaux. Au fur et à mesure que l'âge avance et que les opacités cristalliniennes apparaissent, la vitamine C disparaît (John Bellows). A la vérité, on n'obtient pas de cataracte par l'avitaminose C isolée, mais nous ver-

rons que la vitamine C joue un rôle important dans l'apparition des cataractes par sommation des facteurs expérimentaux.

III. Cataractes toxiques. — La *cataracte par intoxication naphtalénique* a été bien étudiée dans ces dernières années, en particulier en France, par Jean Nordmann et Paul Reiss, et en Roumanie par D. Michaïlo et Pakurariu. Nordmann et Reiss ont montré que la cataracte naphtalénique s'accompagne d'une modification marquée du potentiel d'oxydo-réduction au niveau du cristallin. Le potentiel d'une électrode effilée de platine iridié introduite soit dans la chambre antérieure, soit dans le cristallin de l'œil du lapin, est mesuré à l'aide d'une triode électrométrique Philips. Des mesures faites sur les séries de lapins normaux donnent en moyenne +143 MV pour l'humeur aqueuse et +116 MV pour le cristallin, les deux potentiels étant rapportés à l'électrode à hydrogène normal. Chez les animaux intoxiqués par la naphtaline, on assiste à une montée importante de ces potentiels qui atteignent +193 millivolts dans la chambre antérieure, et +166 millivolts dans le cristallin.

D'autre part, D. Michaïlo et Pakurariu montrent que les lésions cristalliniennes des lapins soumis à l'intoxication naphtalénique chronique s'accompagnent d'hypercholestérolémie progressive et d'une diminution appréciable de la lipase sanguine. Il semblerait donc que c'est par l'intermédiaire d'une modification lipasique que la cataracte se produit, aussi bien chez le lapin intoxiqué par la naphtaline que chez le vieillard dont, on le sait, la lipase sanguine est très basse (Parhon).

La cataracte provoquée par l'intoxication à l'*acétate de thallium* est intéressante, car elle évolue en même temps que l'alopécie et les troubles cutanés déclanchés par le toxique. Cela ne saurait surprendre, étant donné que le thallium est essentiellement un poison de l'ectoderme dont, enbryologiquement, le cristallin n'est qu'une invagination.

Le dinitro-naphtol, déjà étudié par Cazeneuve et Lépine, constitue l'impureté responsable des cas de cataractes dites dinitro-phénoliques observées aux Etats-Unis (Ph. Dally, Pr Pouchet).

Parmi les autres dérivés dinitrés hyperthermisants, un cas de cataracte véritablement expérimentale, due au *dinitro-crésol*, a été publié par Gilbert-Dreyfus et R. Onfray. Il s'agissait d'une obèse de 44 ans soumise pendant 18 mois à une cure intensive de dinitro-crésol qui détermina de l'hyperthermie, des sueurs profuses, du melaena, une perte de poids de 20 kilogr. et, enfin, une cataracte bilatérale.

Quant au dinitro-phénol pur, il ne permet pas de réaliser des cataractes expérimentales. Dans un important mémoire à la Société de Biologie, Jean Nordmann et Paul Reiss ont étudié le potentiel d'oxydo-réduction de l'humeur aqueuse et du cristallin du lapin par le même procédé qui leur avait permis de suivre la constitution de la cataracte naphtalénique. Les injections d'alpha-dinitrophénol, répétées pendant plusieurs semaines, aussi bien sur le lapin que sur le rat, ne déterminent pas la moindre opacité du cristallin. Fait intéressant cependant, on observe une élévation du potentiel mesuré dans l'humeur aqueuse et dans le cristallin. Mais la moyenne s'établit à +159 M.V. pour l'intoxication dinitrophénolique, tandis qu'elle atteint +166 M.V. par l'intoxication naphtalénique.

« Ces modifications du potentiel d'oxydo-réduction obtenues par l'alpha-dinitrophénol traduisent donc une oxydation dans les milieux de l'œil », écrivent Jean Nordmann et Paul Reiss. Elles expliquent peut-être, comme nous le verrons plus loin, le rôle de l'association de l'avitaminose C et de l'intoxication dinitrée.

Ces expériences de Nordmann et Reiss ont été corroborées par D. G. Cogan et F. C. Cogan. Plongeant dans une solution à 2 % de dinitrophénol un cristallin extrait pour cataracte dite dinitro-phénolique, il n'a pas vu augmenter les opacités cristalliniennes, malgré la concentration énorme en dinitrophénol de la solution.

Cette impossibilité de déterminer expérimentalement la cataracte dinitrophénolique cadre avec les faits cliniques. On sait que, pendant la guerre, jamais on n'a décrit de cataractes au cours des intoxications observées dans les usines où l'on fabriquait le dinitrophénol. On sait aussi que les quelques cas de cataracte attribués par les Américains au dinitrophénol constituent des raretés par rapport au très grand nombre d'obèses traités par ce médicament. Nous allons voir comment on peut maintenant appliquer ces faits d'exception.

IV. Sommation des facteurs expérimentaux et production des cataractes. — La notion la plus féconde que l'expérimentation ait acquise dans ces dernières années est celle de la sommation des facteurs expérimentaux qui peuvent déclancher l'opacification du cristallin. Le Professeur G. Mouriquand et J. Roblet ont révélé que, chez les cobayes normaux, la ponction de la chambre antérieure de l'œil ne détermine que des lésions cristalliniennes légères et transitoires. Par contre, chez les cobayes en état de scorbut expérimental, la même intervention provoque dans 78 % des cas des débuts de cataracte. Il y a donc cataracte par sommation traumatisme + avitaminose C.

Une autre sommation semble pouvoir être mise en évidence, c'est la sommation avitaminose C + intoxication naphtalinique. W. Strauss a montré qu'au cours de l'intoxication naphtalinique, il y a diminution marquée de la vitamine C dans le cristallin et dans l'humeur aqueuse. L'association d'avitaminose C et d'intoxication naphtalinique produit une cataracte très rapide.

Enfin, pour Simkins, qui vient de faire paraître un gros mémoire aux Etats-Unis, la cataracte dite dinitrophénolique est en réalité une cataracte par avitaminose C révélée à la suite d'un traitement massif par le dinitrophénol (et probablement par un dinitrophénol impur). Simkins publie le fait très curieux d'une malade de 48 ans ayant présenté une cataracte bilatérale à la suite d'une absorption énorme de dinitrophénol et chez qui l'administration d'une quantité massive de vitamine C a déterminé le retour de la transparence du cristallin.

Il y a enfin des sommations expérimentales de facteurs endocriniens et toxiques. C'est ainsi qu'une observation récente de Spaeth concerne le cas d'une ma-

lade atteinte de tétanie chronique qui fit une cataracte après absorption d'un dérivé dinitré.

Tels sont les faits récents les plus curieux sur les cataractes expérimentales. Ils éclairent d'un jour nouveau certains cas cliniques et contribuent à élucider la pathogénie encore obscure de certaines opacifications pathologiques du cristallin.

BIBLIOGRAPHIE

John BELLOWS. — Biochemistry of the Lens. (*Arch. Opht.* 15 : 78 (jan. 1936).

CAZENEUVE et LÉPINE. — Dinitro-naphtol. (C. R. Ac. Sciences, 1885, CI, 1167.)

David G. COGAN et Francis C. COGAN. — Cataracte due au dinitrophénol. (*Journ. of Amer. Med. Association*, vol. 105, N° 10, 7 septembre 1935.)

Ph. DALLY. — Du nouveau sur le dinitrophénol. (*Le Concours Médical*, N° 50, 15 décembre 1935, p. 3491.)

DANIEL. — Allergie et cataractes. (*The Journal of the American Medical Association*, V. 105, N° 7, 17 août 1935, p. 481.)

GILBERT-DREYFUS et R. ONFRAY. — Intoxication thérapeutique par le dinitrocrésol. Cataracte suivie de glaucome. Considérations pathogéniques. (*Soc. méd. des Hôp.*, séance du 2 juillet 1937.)

H. KAUFMANN. — Les cataractes endocriniennes. (*La Médecine*, N° 10, juillet 1937, p. 565.)

D. MICHAILO et Ivan CAVANCEA. — La lipase sérique au cours de l'évolution des lésions oculaires naphtaliniques du lapin et son rôle probable dans la pathogénie de la cataracte sénile. (C. R. de la Soc. de Biologie, 1925, T. 114, p. 291.)

H. K. MULLER et W. BUSCHKE. — (Arch. f. Augenh, 108 : 468, 1934.)

Jean NORDMANN et Paul REISS. — L'action de l'A-dinitrophénol sur le potentiel d'oxydation-réduction de l'humeur aqueuse et du cristallin du lapin. (C. R. des séances de la Soc. de Biol., t. CXXIII, N° 27, p. 233, séance du 10 juillet 1936.)

POUCHET. — Au sujet du dinitrophénol et de l'antagonisme vis-à-vis des dérivés du phénol. (*Bull. de l'Ac. de Médecine*, T. 115, N° 7, séance du 18 février 1936, p. 288.)

W. STRAUSS. — (Arch. f. Augenh., 108 ; 585, 1934.)

Samuel SIMKINS. — Dinitrophenol and Desiccated thyroid in the treatment of obesity : a comprehensive clinical and laboratory study. (J. A. M. A., 108, N° 25, 19 juin 1937, p. 2110). (J. A. M. A., 108, N° 26, 26 juin 1937, p. 2193.)

A. M. YUDKIN et H. ARNOLD. — Cataracts produced in Albino rats ou ration containing high proportion of lactose or galactose. (New Haven, Conn., p. 960.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

D. S. P. 1938. — Les publications sur la théophylline, l'aminophylline ou caréna (théophylline-éthylène-diamine) et la théophylline calcique se sont multipliées depuis deux ans. A la demande de nombreux praticiens, l'édition 1938 du **Dictionnaire de Spécialités pharmaceutiques** (Louis VIDAL) comporte une mise au point de ces nouveaux médicaments et de leurs différentes formes. On trouvera ces précisions aux pages 61, 309 et 310 du *D. S. P.* 1938.

Considérations cliniques et thérapeutiques sur les toxicomanies. Leur lien avec les maladies mentales, par le docteur Amélie BUVAT-COTTIN, ancienne interne provisoire des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8°. Librairie E. Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris, 1936.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

Thèses soutenues pendant l'année 1936-1937 (1)

86 (de 1936). FAURE. — Luxation rétro-cotyloïdienne de la hanche (Forme des automobilistes).

81 (de 1936). FERRIÉ. — Contribution à l'étude des gangrènes des membres inférieurs dans les cardiopathies chroniques.

58. FOUCHER. — La lithiase pancréatique.

88. FRANÇOIS. — Contribution à l'étude des résultats éloignés des interventions portant sur les ménisques du genou.

26. GAGNEPAIN. — L'appendicite chronique existe-t-elle ?

82 (de 1936). GARÈS (Mlle). — Récidives des accidents de la grossesse tubaire.

57. GARIPUY. — L'anaphylaxie expérimentale, étude de ses images tissulaires.

57 (de 1936). GARNIER. — Contribution à l'étude clinique de la fracture du sternum.

33. GARO. — Contribution à l'étude des embolies graisseuses traumatiques.

51. GASC. — Les arthropathies tabétiques de la colonne vertébrale.

79. GASTER. — Contribution à l'étude des luxations traumatiques ouvertes.

39. GIMON. — Un cas de lipodystrophie progressive symétrique à prédominance thoraco-abdominale.

40. GLEIZE. — Contribution à l'étude des fonctions rénales dans le cancer du col de l'utérus.

53. GRIMOUD. — Traitement chirurgical du cancer primitif du poumon.

62. GRUNBERG. — Les récidives tardives dans le cancer du sein.

35. HAAR. — La névrotomie du laryngé supérieur.

69 (de 1936). IRAT. — Lymphogranulomatose ano-rectale (maladie de Nicolas-Favre), à type de rétrécissement du rectum.

55. JALIBERT. — Contribution à l'étude de la polypeptidémie pendant la grossesse.

69. JOUANET. — Histoire de la chirurgie méridionale.

46. JOUANOLOU. — Formes anatomo-cliniques de l'arthrite pneumococcique de l'épaule. Ses rapports avec l'achondroplasie.

32. JUILLARD. — Contribution à l'étude clinique de la syphilis gastrique.

84. LAFON. — L'organisation de la lutte médico-sociale contre la tuberculose en Corrèze. Les stations climatiques et les établissements de cure du Bas-Limousin. La cité sanitaire de Clairvivre.

56. LAPEYRE. — Contribution à l'étude des contractures physiopathiques post-traumatiques du membre supérieur.

43. LAROQUE. — Contribution à l'étude des abcès résiduels dans l'appendicite à chaud après intervention.

12. LATREILLE DE LAVARDE. — Ablation de la rate au cours de l'ictère hémolytique acquis.

74. LAVEAU. — Du décollement épiphysaire tibial inférieur avec fracture du péroné (type Dupuytren).

71. LAVILLE. — Indications, technique, résultats de l'arthrodèse sous-astragalienne.

68. LAYGUE. — Une renaissance en thérapeutique. Le houx-ilex aquifolium.

85 (de 1936). LESTRADE. — La réfection de l'urètre périnéo-bulbaire par l'autoplastie cutanée (méthode de Guyon).

60. LOTTE. — Les grandes phlébites syphilitiques des membres inférieurs.

73 (de 1936). MALAVAL. — Contribution à l'étude thérapeutique de l'hypertension artérielle par la radiothérapie du sinus carotidien.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1937, n° 99, du 11 déc.

10. MANDET. — Contribution à l'étude des kystes lymphatiques du mésentère.
2. MASSOTTE. — Des accidents graves de la ponction lombaire au cours des tumeurs cérébrales.
18. MAULDE (DE). — Le diagnostic biologique précoce de la grossesse et le dosage du prolan dans la pratique médicale.
23. MAURETTE. — Manifestations appendiculaires au cours de tumeurs de gros intestin.
48. MONNET. — Contribution à l'étude des fractures isolées de la diaphyse cubitale.
32 (de 1936). MOURIER. — De l'intérêt de la recherche des fibres élastiques dans l'expectoration des tuberculeux.
37. NAUDY. — Traitement de l'anthrax par l'expiration en bloc.
86. NOELL. — Contribution à l'étude des piscines du point de vue de l'hygiène publique.
93 (de 1936). PAILLARD (Mlle). — Quelques formes cliniques de lithiase urinaire. Les reins criblés de calculs. Lithiase à cystine. L'expulsion des calculs urinaires. Calculs urétéraux. Les faux calculs des voies urinaires.
61. PECH. — Les injections intra-tissulaires d'eau minérale sulfureuse, étude expérimentale et clinique.
80 (de 1936). PÉROL. — Le traitement de l'infection puerpérale par l'irrigation discontinue de l'utérus au Carrel-Dakin.
71 (de 1936). PETIT. — Contribution à l'étude psychologique des jeunes hyperémotifs.
24. PONS. — Contribution à l'étude des cortico-pleurites (chez l'enfant).
21. PONTONNIER. — La vessie du post-partum.
64. PROUZET. — Les ectopies intrathoraciques de l'estomac. Leur diagnostic clinique et radiologique.
7. REY-GUALBERT. — La stérilisation au point de vue social.
29. RIFFARD (Charles). — De la chorée rhumatismale chez l'enfant.
61 (de 1936). ROBERT. — Contribution à l'étude clinique de la grossesse extra-utérine.
66. ROBIN. — Contribution à l'étude de l'albinisme.
87. ROSE. — Les épicondylites.
45. ROUX (Mlle). — Contribution à l'étude des formes atypiques de l'ostéite déformante de Paget.
83. SAINT-BÉAT. — Contribution à l'étude des accidents tardifs survenant après une luxation de la hanche correctement réduite.
67 (de 1936). SAURAT. — Manifestations hépato-biliaires de la lambliase.
14. SECQUES. — La dératisation par la chloropicrine.
76. SENTEX. — De la protection des enfants du premier âge.
49. SOL (Mme). — Les tuberculoses pulmonaires à lésions micronodulaires et à évolution lente. Etude critique de la tuberculose miliaire, des granulies froides et des granulies subaiguës.
77 (de 1936). SOLIER. — Contribution à l'étude des callites tardives de guerre. Formes graves septicémiques.
42. SRIBNAI. — Modifications chimiques du sang au cours du choc anaphylactique.
6. SUDRIÈS. — Accidents d'hypersensibilité au venin des hyménoptères.
94 (de 1936). THÉRON. — Contribution à l'étude des localisations musculaires au cours de la maladie de Hodgkin.
72. URLICHT. — Contribution à l'étude des leucémies aiguës à début agranulocytaire.
74 (de 1936). VAISSIÈRE. — Contribution à l'étude de l'action des extraits hypophysaires. (Le déclenchement du travail au voisinage du terme.)
5. VARENNES. — Quelques idées actuelles sur l'anesthésie générale.
60 (de 1936). VERDIER. — Contribution à l'étude clinique et radiologique des images granitées du poumon.
63 (de 1936). VERNÈDE. — Contribution à l'étude et au traitement des brûlures de l'œsophage, par liquides caustiques.
30. VIVÈS. — Les hormones utérines et la chirurgie conservatrice de l'utérus.
8. ZIAPKOFF. — Contribution à l'étude des polynévrites barbituriques.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 157. KUPRICAS. — Contribution à l'étude du sang des cancéreux et des sujets soumis à la radiothérapie locale.
158. MENDELEVITCH. — Contribution à l'étude de l'hypoglycémie consécutive à l'hyperglycémie provoquée par l'ingestion de glucose.
159. ORENSTEIN. — Contribution à la prévention des accidents sériques de réinjection par l'autohémothérapie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

Thèses soutenues pendant l'année 1936-1937 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 22. AGGERY. — Syphilis du corps thyroïde.
51. AUDHUY. — Les côtes cervicales. Contribution à l'étude et au traitement chirurgical des troubles vasculo-nerveux qu'elles déterminent.
133. AURIAC. — Contribution à la dosimétrie en roentgenthérapie de voltage élevé.
90. BARRY. — Radiodiagnostic du cancer primitif du poumon.
110. BATAC. — Le pneumothorax bilatéral.
43. BATHIAS. — Les éventrations consécutives aux contusions de l'abdomen.
120. BAUMEVIEILLE. — Manifestations pleurales dans les perforations traumatiques de l'œsophage.
20. BAZIL. — Psychologie des tuberculeux pulmonaires.
68. BELLON. — Contribution à l'étude du traitement du genou tabétique.
65. BENELLI. — Cancer expérimental des carbures synthétiques cancérigènes.
67. BÉON. — Contribution à l'étude des ruptures traumatiques intra-abdominales de la vésicule biliaire.
81. BERJONNEAU. — Lu cure hydrominérale de l'arthritisme précipitant à La Roche-Posay (Vienne).

(1) Voir *Thèses de Montpellier*, n° 78, p. 1234 — *Thèses d'Alger*, n° 80, p. 1269. — *Thèses de Lille*, n° 81, p. 1284. — *Thèses de Strasbourg*, n° 82, p. 1301. — *Thèses d'Hanoï*, n° 89, p. 1414. — *Thèses de Nancy*, n° 95, p. 1501. — *Thèses de Toulouse*, n° 99, p. 1593 et n° 100, p. 1600

136. BERTIN. — Contribution à l'étude des dilatations duodénales et en particulier des dilatations sus-mésocoliques du duodénum.

64. BILLIOTTET. — Contribution à l'étude de quelques applications thérapeutiques du venin de cobra.

75. BLIN. — Contribution à l'étude du traitement radiothérapique de l'hypertrophie tonsillaire.

80. BONIFACINO. — L'enfance délinquante à Bordeaux.

11. BONNIOL. — Contribution à l'étude de l'albuminurie gravidique dans ses rapports avec la syphilis.

77. BORDENAVE. — Séro-prévention et séro-atténuation de la rougeole par le sérum de convalescent.

34. BOS. — Traitement des pleurésies purulentes non tuberculeuses de l'enfant par le siphonage.

60. BOUCHE. — Contribution à l'étude de la puerpéralité chez les femmes très jeunes.

99. BOUCHERONDE. — Traitement hypophysaire dans certains cas de diabètes pancréatiques.

9. BOUQUET. — La prostatectomie d'urgence pour les hématuries graves de l'adénome prostatique.

37. BRETEAU. — Les dyschromatopsies et leur dépistage.

45. BRETILLOT. — Essai de revue générale sur les causes bénignes des métrorragies postclimatériques.

118. BRIOL. — Contribution à l'étude des réactions cardio-vasculaires consécutives aux exercices physiques.

54. CAPDEVILLE. — Contribution à l'étude de l'orchiépididymite filarienne.

63. CAPPONI. — La luxation sacro-iliaque traumatique isolée.

83. CARIOU. — Le cancer, surcondensation nucléolaire d'électricité positive.

8. CARIS. — La biopsie du foie.

57. CARSUS. — Etude de l'action de l'électrothérapie sur le système vago-sympathique.

108. CASTET. — Etats pathologiques justiciables du traitement par le chlorhydrate de choline.

96. CAZENAVE (Mlle). — Réaction immunobiologique spécifique de Mester dans la maladie rhumatismale.

128. CHAMINADE. — Contribution à l'étude des ruptures extrapéritonéales de la face antérieure de la vessie d'origine obstétricale.

35. CHARRANÇON. — Fractures par arrachement du petit trochanter.

26. CHAULIAC. — Guy de Chauliac « Fondateur de la Chirurgie didactique ».

7. CHEVRIER. — L'ulcère phagédénique tropical.

39. CLUZEL. — Section des adhérences pleurales sous contrôle pleuroscopique au cours du pneumothorax thérapeutique.

62. COLLET. — L'intoxication par la diphénylamine. Etude clinique et expérimentale.

13. COPIN. — L'anémie expérimentale du lapin.

124. CORNATZÉANU. — Traitement chirurgical de l'angine de poitrine par la méthode de Danielopolu.

122. CORNIER. — Contribution à l'étude de la chirurgie conservatrice des kystes dermoïdes de l'ovaire.

87. COSTAZ (Mme), née DESMOULINS. — Le syndrome de Guillain-Barré avec paralysie faciale.

50. COSTAZ. — Les choroïdites tuberculeuses. Traitement par l'antigène méthylique de Nègre et Boquet.

61. CROZAFON. — L'arséno-résistance des trypanosomes humaines.

91. DAIGNAS. — Contribution à l'étude des pyélonéphrites hématuriques d'origine colibacillaire.

31. DARMAILLACQ. — Contribution à l'étude clinique et expérimentale de l'hyperpolypeptidémie postopératoire.

105. DEJARNAC. — Prévention et traitement abortif des phlébites chirurgicales et des périphlébites par la bande élastique collante et la méthode ambulatoire.

95. DENIS (Henri-Georges-Pierre). — Etude statistique de la vaccination par B. C. G. à Bordeaux.

36. DENIS (Paul-Roger). — Etude critique du traitement des épithéliomas des paupières.

33. DEPOUTRE. — Les modifications du psychisme à la ménopause chirurgicale.

15. DILASSER. — Périgastrites suppurées dans le cancer de l'estomac.

88. DOMEÇQ. — Les accidents d'insuffisance cardiaque du post-partum.

98. DUBEÇQ. — Contribution à l'étude du rhumatisme articulaire aigu à début abdominal.

106. DUBOIS. — Contribution à l'étude du traitement des phlébites par l'infiltration novocaïnique du sympathique lombaire.

12. DUCHESNE. — La lutte contre les épidémies dans les campagnes de Guyenne au XVIIe siècle.

101. DUFILHO. — Esthétique et éducation physique.

102. DUVERGEY. — Des dilatations pyélo-urétérales d'origine dynamique.

30. FERRAN. — Contribution à l'étude des interventions sur la surrénale.

58. FESQUET. — Etude sur la radiothérapie fonctionnelle du sympathique.

111. FIDELIN. — De l'intervention chirurgicale précoce ou retardée dans le traitement de l'ostéomyélite aiguë des adolescents.

1. FINANCE. — Rupture traumatique d'un rein antérieurement malade.

4. FRANCESCHI. — Aperçu sur le climat, la pathologie et l'hygiène sociale en Corse.

113. FRANKEL (Mme), née MABIRE. — Le cancer de l'urètre chez la femme.

59. GAILLARD. — Les eaux hyperthermales de Chaudesaigues (Cantal).

125. GANDOUET. — Le traitement du cancer de la verge.

69. GENTILE. — Traitement des tumeurs malignes de la parotide.

3. GENTILHE. — Contribution à l'étude de la luxation isolée récente de l'extrémité inférieure du cubitus en avant.

132. GEORGE. — Contribution à l'étude des humeurs primitives de la vaginale testiculaire.

73. GETTE. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques de l'humérus.

84. GOURDON. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques du poumon.

126. GOURTAY. — Considérations sur les résultats de la résection endoscopique de la prostate.

41. GOURVES. — Etude clinique des vraies fistules broncho-biliaires.

82. GRAS. — Contribution à l'étude thérapeutique des hormones de la grossesse.

18. GRIMAUD. — Absence congénitale de vagin.

127. GUENNEC. — Conduite à tenir dans le cas de volumineuses hernies scrotales chez l'adulte et le vieillard.

42. GUILMOTO. — Perforations et ruptures spontanées de l'œsophage.

129. GUY (Mlle). — Evolution de la population en Gironde. Considérations sur la dénatalité.

48. JAUBERTIE. — Contribution à l'étude des gangrènes diabétiques du membre inférieur.

115. JAULAIN. — Contribution à l'étude des ruptures des cicatrices après césariennes.

76. KÉRIGNARD. — Le thorium en thérapeutique.

28. KERNEIS. — Contribution à l'étude des appendicites postérieures.

85. LABRÉGÈRE. — Contribution à l'étude de la réimplantation urétérale à la vessie.

74. LACAZE. — Traitement des métrorragies fonctionnelles de la ménopause par curiethérapie après curetage.

94. LAGRANGE. — Indications opératoires de l'amygdalectomie à chaud.

112. LANÇON. — Des conceptions récentes de la maladie de Basedow.

79. LARUE DE TOURNEMINE. — Contribution à l'étude de la folie simulée.

19. LASVALADAS. — Complications oculaires des oreillons.

10. LEGROSDIDIER. — Azotémie et polypeptidémie dans le post-partum physiologique.

71. LE GUILLOU. — Contribution à l'étude de la disjonction pubienne.

52. LINHARD. — Etiologie. Diagnostic de la mort du fœtus *in utero* et de sa macération.

44. LJUNGGREN. — Contribution à la thérapeutique des fractures récentes du col du fémur par la méthode de « Royal Whitmann ».

72. DE LOSTALOT DE BACHOUÉ. — Etude statistique des hystérectomies.

114. LOUSTAU. — Contribution à l'étude de la capacité vitale et de la richesse du sang en hématies.

24. MARC. — Contribution à l'étude des diverticules de la vessie.

93. MARCOMBES. — Etude statistique des appendicectomies pratiquées à Bordeaux, de 1925 à 1936.

21. MARINKOVITCH. — Traitement du tophus goutteux.

16. MARJOU. — L'épicondylite des sportifs.

66. MARTIN. — Des résultats dans les différents traitements des épithéliomas cutanés de la face.

78. MARTY. — Méningites séreuses et radiothérapie.

6. MAUR. — De l'attouchement de la muqueuse nasale par stylets.

86. MEBAREK. — Contribution à l'étude de l'anophélisme et de la prophylaxie du paludisme en Tunisie.

17. MEREDIEU. — Du rôle de l'infection dans le déterminisme des hémorragies méningées des jeunes sujets.

27. MESTRE. — La syphilis sans chancre.

117. MÉTREAUD. — Le traitement des syncopes anesthésiques graves.

29. MONTAUFFIER. — Traitement des embolies artérielles des membres.

47. MOULY. — Le volvulus du grêle.

89. NORMAND. — Fièvres typhoïdes d'origine coquillère.

70. OLLIVIER. — Contribution à l'étude des fistules duodénales après gastrectomie.

104. OTTAVIANI. — Le dolichocôlon. Traitement chirurgical par l'hémicolectomie splénique.

40. OUARY. — Recherches anatomiques sur l'orifice supérieur du thorax.

97. PATEU. — Recherches anatomiques sur l'inclinaison du bassin chez l'homme et chez la femme.

119. PERRIN. — Contribution à l'étude de l'apnée avec effort chez l'homme.

32. PLANQUES. — L'action des anesthésiques généraux sur le foie.

135. PLANTEY. — Nouvelles recherches sur le tubage duodénal.

38. POYET. — Méningites à colibacilles chez l'adulte.

49. PRUVOST. — Des fractures isolées fermées des apophyses transverses lombaires.

14. RAMIREZ DEL VILLAR. — Du choix d'une technique opératoire dans la maladie de Basedow.

121. DE REYNAL DE SAINT-MICHEL. — Le paludisme des rapatriés.

25. RIEZ. — Les radionécroses tardives de la vessie.

103. ROCHER. — Les arthrorises dans le traitement des séquelles de la paralysie infantile.

46. ROGER. — Etude des effets de la castration opératoire sur le fonctionnement thyroïdien.

123. SAMARA. — Implantation des uretères dans le rectum selon la technique de Coffey.
116. SARTHOU. — Sur quelques cas de pelade rebelles traités par des bains généraux d'ondes courtes.
107. SEHABIAGUE. — La sédimentation des hématies.
55. SÉRÉ. — L'alimentation du malade à l'hôpital.
109. SUBERT. — Le B. C. G. présente-t-il des inconvénients pour le nouveau-né dans les premiers jours qui suivent son application ?
134. SUEL. — Contribution à l'étude de la neurofibromatose.
53. TORTE. — Le sérum de porc dans le traitement des colibacilloses urinaires.
130. VAISSIÉ. — Le traitement de l'anastaphylotoxine des infections à staphylocoques en chirurgie.
131. VAUTIER. — Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose génitale de l'homme.
100. VERGER. — La narcolepsie-cataplexie (syndrome de Gélineau).
5. VÉRITÉ. — Contribution à l'étude de la thrombose cardiaque chez le nourrisson.
92. VERNHETTES. — Traitement des luxations sous-astragaliennes.
23. VINCENT (Georges-Gaston). — L'hystérectomie totale en deux temps.
2. VINCENT (Maurice-Charles-Louis). — Contribution à l'étude des actions de la lumière sur le système neurovégétatif.
56. ZOZOL. — Les grands épithéliomas cutanés de la main chez les vieillards.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 272. BOGRACHOW. — De l'influence pathogène du Hamsine (sirocco de Palestine) sur les nourrissons.
271. BICHAÏ. — Etat actuel de la cure de la tuberculose en Egypte.
276. CHREM. — La pseudo-tumeur blanche syphilitique du genou.
280. HAMADÉ. — Considérations au sujet des indications opératoires dans les mastoïdites.
279. ISRAÏLOVICI. — Traitement de la perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde.
278. MATUS. — Recherches d'anthropologie anatomique sur l'astragale.
283. SADENOFF. — Contribution à l'étude des cancers gastriques haut situés.
270. TROCKI. — Les otites moyennes aiguës au cours de la fièvre typhoïde.

CHRONIQUE

A PROPOS DE LA TENTATIVE DE MISE A LA RETRAITE D'OFFICE DU DOCTEUR MOURIER

On n'a pas oublié les protestations soulevées, l'an dernier, contre les projets du ministre de la Santé publique alors en fonctions, projets qui s'inspiraient de doctrines étrangères et qui tendaient à détruire l'exercice de la médecine traditionnelle à la française.

Le premier acte arbitraire qui souleva la réprobation fut *la mise à la retraite d'office du docteur Mourier, directeur de l'Assistance publique à Paris.* Trop de médecins n'ont pas saisi la portée de cet acte, et beaucoup d'entre eux ont cru même que cet événement allait mettre un terme aux réactions syndicales contre certaines initiatives de l'A.P. parisienne. Cette erreur de jugement doit être relevée.

C'est un procédé dictatorial que celui qui consiste, sans grief et sans ménagement, à se débarrasser d'un des plus hauts fonctionnaires de Paris (on n'aurait pas touché à un serre-freins comme on a touché au docteur Mourier). Contre cet homme qui a joué un rôle éminent pendant la guerre au Parlement, et ensuite dans le Cabinet Clemenceau, où il fut le grand chef de tous les médecins mobilisés, on ne pouvait porter aucune critique. De plus, sa mise à la retraite d'office, *contre l'avis de la Municipalité parisienne*, fut considérée comme une brimade à l'égard de Paris.

Mais *il y avait pire que la disgrâce imposée à l'homme :* le départ de M. Mourier, dans de telles conditions, devait marquer le début d'une ère de luttes pénibles qui n'aurait été close que par la *nationalisation* de l'Assistance publique, dont le ministre de la Santé publique devenait le seul chef réel. Tel était l'enjeu. C'était la préparation d'une dictature sur tout le corps médical français. Et je ne saisis pas que beaucoup de médecins ne l'aient pas encore compris !

Le Bureau du Conseil municipal de Paris a protesté, le premier jour de l'incident, auprès du président du Conseil ; à lui se sont joints les vieux républicains du Parlement dont la réaction ne s'est pas fait attendre devant cette atteinte à l'indépendance communale, base de l'organisation française depuis le moyen âge. Le Sénat, à l'unanimité, s'est levé. On n'aurait pas dû, en effet, dans l'état actuel de la législation, s'en prendre au poste du directeur de l'A.P. sans l'assentiment du Conseil municipal. L'interpellation de M. Paul Laffont, sénateur de l'Ariège, obligea le ministre à suspendre sa décision, que le Conseil d'Etat annula du reste peu après.

*
* *

Par contre, le départ de M. Mourier, s'il eût été toléré, eût facilité à Paris la préparation d'une série de dispositions qui allaient enlever à la Ville le droit qu'elle possède d'organiser et de diriger ses admirables hôpitaux. C'était la dislocation de tout ce qui existe de remarquable dans notre outillage hospitalier, et la fonctionnarisation certaine du Corps médical des hôpitaux, dont le mode de recrutement eût été transformé. C'était la négation de cet effort de plusieurs siècles de charité parisienne, auquel ont participé un Vincent de Paul et un Laënnec. C'était la fin de l'internat et de l'externat des hôpitaux et la création arbitraire d'assistants et de sous-assistants...

Puis, une fois Paris *étatisé*, les hôpitaux de France allaient rapidement passer sous la même infernale tutelle, et chaque sous-préfecture allait voir une cohorte de médecins fonctionnaires venir prendre possession de tous les services hospitaliers occupés encore par les médecins indigènes.

On peut préjuger des nouvelles charges pour le budget national. Et le praticien de province, lui, qu'aurait-il vu dans son cabinet ? Le désert continu, parce que les nouveaux promus n'auraient pas manqué de monopoliser à leur profit, et sous des prétextes divers, tous les assurés sociaux au plafond surélevé, les accidentés du travail syndiqués et tous les pensionnés de guerre (1).

*
* *

On peut affirmer que *le maintien du docteur Mourier à la tête de l'Assistance publique de Paris signifie que le projet de nationalisation des hôpitaux français a été mis en sommeil.* Félicitons M. Mourier d'avoir victorieusement défendu l'autonomie de sa charge et, ce faisant, d'avoir évité aux médecins ses confrères et au pays une calamité « *nationale* ».

MAURICE MORDAGNE.

(1) On annonce que le salaire limite, pour les assurances sociales, va être porté à 30.000 francs.

Radiesthésie, science et morale, par le docteur Robert RENDU. Deuxième édition. Petit in-8° de 73 pages, à la librairie Camugli, 6, rue de la Charité, Lyon, 1936.

NOTES POUR L'INTERNAT

LEUCEMIES (1)

EXAMEN HEMATOLOGIQUE

Il révèle :

Une hyperleucocytose très accentuée à 100.000, 200.000.

Un aspect homogène, monotone des lames de sang avec présence presque exclusive des éléments de la série lymphoïde (90 à 95 %).

Il existe de plus quelques lymphoblastes, des cellules de Rieder ; le temps de saignement et le temps de coagulation sont normaux.

La fonction sternale montrerait la rareté des éléments myéloïdes et leur substitution par des lymphocytes.

Evolution semblable à celle de la leucémie myéloïde si ce n'est que les infections intercurrentes ne modifient guère la formule sanguine.

FORMES CLINIQUES

F. symptomatiques.

F. splénique se traduisant par une grosse rate sans adénopathie, la lame de sang et la ponction splénique font le diagnostic.

F. cutanées, médiastinales, abdominales.

F. évolutives.

F. subaiguës avec nombreux lymphoblastes, poussées aiguës fréquentes.

F. hématologiques, f. subleucémiques, f. aleucémiques.

F. étiologiques.

Forme des radiologistes.

Forme avec lymphosarcome médiastinal (rare).

DIAGNOSTIC

Il se pose avec :

Les *adénopathies infectieuses, tuberculeuses, syphilitiques.*

La *Maladie de Hogdkin.* — Le diagnostic sera fait par la fièvre ondulante, le prurit, l'éosinophilie sanguine, une biopsie ganglionnaire.

Le *lymphosarcome :* adénopathies beaucoup plus dures.

C. Leucémies aiguës

ETIOLOGIE

Les leucémies aiguës se voient de préférence chez les sujets jeunes et surtout chez l'adolescent et chez l'enfant.

Le début est — *ou brutal,* par des signes généraux marqués avec fièvre élevée, une angine, des hémorragies,

ou insidieux par de la lassitude, de l'affaiblissement, de la perte de l'appétit, du dégoût de toute occupation. Pendant ce temps il se produit un peu d'amaigrissement et l'anémie s'accentue.

Assez souvent il existe des signes infectieux et des douleurs osseuses si bien que l'on a pu croire à une crise de rhumatisme articulaire aiguë.

ETAT

Dès le premier abord, on note — des *signes infectieux sévères,*

Fièvre élevée ;

Adynamie ;

— Une *pâleur très marquée.*

A l'examen, ce qui frappe d'emblée, c'est l'existence de :

a) *Altérations buccopharyngées.*

— L'haleine est fétide, d'odeur sphacélique ;

— La langue sèche recouverte d'un enduit noirâtre ;

— Il existe presque toujours une *stomatite* intense avec gencives d'abord rouges carminées, puis fongueuses, ramollies, pâles, grisâtres.

Un suintement sanglant continuel se produit entre le collet de la dent et la gencive.

La lésion peut aller plus loin et la sertissure prend alors un aspect sphacélique et se détache par petits lambeaux.

— L'*angine* est moins fréquente.

Au début, les amygdales sont simplement œdémateuses et rouges, puis elles se recouvrent d'un léger exsudat gris, elles s'ulcèrent, se recouvrent de fausses membranes d'aspect diphtérique malin.

b) *Les hémorragies* sont aussi fréquentes.

Le purpura existe dans 2/3 des cas, il est souvent précoce ; il existe plus rarement des hématomes.

Très fréquemment des épistaxis récidivants et rebelles.

II. — *L'examen des organes hématopoiétiques montre l'existence :*

— D'adénopathies généralisées mais de taille réduite, prédominant nettement sur les régions sous-maxillaires et cervicales ;

— D'une certaine hépatosplénomégalie.

En présence de ces signes, il faut penser à la leucémie aiguë et faire pratiquer un examen hématologique.

Examen hématologique. — Il montre :

— Une anémie marquée 1 à 2.000.000 ;

— Une hyperleucocytose marquée à 50.000, 100.000 ;

— Une quantité énorme de cellules embryonnaires indifférenciées : grandes cellules mononucléées, à noyau volumineux peu foncé contenant des vacuoles, à protoplasma très réduit, très basophile.

Parfois d'ailleurs ces cellules sont de taille variable, petites elles peuvent être difficiles à différencier d'un lymphocyte.

On note de plus :

La diminution marquée des polynucléaires ;

L'existence de myélocytes ou promyélocytes,

— de cellules de Turck et de Rieder,

— de plaques réticulées,

— de leucoccytes en mitose parfois,

— de noyaux libres parfois,

— de cellules binucléées parfois.

Le temps de coagulation est normal.

Le temps de saignement est très prolongé, le caillot irrétractile.

Ponction sternale montre une transformation complète de l'aspect habituel avec prédominance absolue de cellules embryonnaires identiques à celles que l'on observe dans le sang circulant.

L'Evolution est constamment et rapidement fatale. La durée varie de quelques jours, à quelques semaines, à 2 mois tout au plus.

La mort survient par infection aiguë,

— anémie,

— hémorragie.

Celles-ci sont d'ailleurs plus un symptôme qu'une complication de l'affection.

On peut observer l'existence de leucémides cutanés,

— d'accidents nerveux,

— de thrombose,

— de pleurésie.

J. Ferroir.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*. 1937, n° 96, du 1er déc., p. 1542 ; n° 98, du 8 déc., p. 1574.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 101.— SAMEDI 18 DECEMBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'externat en médecine.* — Questions posées :

Anatomie. — 1. Description et connexions osseuses du scaphoïde tarsien ; 2. Insertions tibiales des ligaments croisés de l'articulation du genou ; 3. Constitution de la paroi postérieure du canal inguinal ; 4. Enumérer les muscles innervés par les branches terminales du nerf obturateur ; 5. Rapports de la face postérieure de la troisième portion (horizontale) du duodénum.

Pathologie médicale. — 1. Décrire la douleur spontanée dans une crise de coliques néphrétiques non compliquée ; 2. Décrire la courbe thermique dans une fièvre typhoïde normale, non compliquée et sans rechute ; 3. Signes fournis par la percussion dans une pleurésie séro-fibrineuse gauche de la grande cavité à la période d'état ; 4. Décrire l'expectoration de la grande crise d'œdème aigu du poumon ; 5. Signes fournis par l'examen des pupilles dans le tabès ; 6. Caractères cliniques de l'adénopathie du chancre syphilitique du sillon balano-préputial.

Pathologie chirurgicale. — 1. Signes fournis par l'examen radiologique d'un malade atteint de mal de Pott dorso-lombaire ; 2. Signes physiques d'un anévrisme artério-veineux des vaisseaux fémoraux superficiels ; 3. Signes fournis par l'inspection, la palpation et la percussion de l'abdomen dans l'occlusion intestinale aiguë ; 4. Les symptômes généraux d'une brûlure étendue récente.

Composition du jury

Anatomie. — MM. les docteurs Couvelaire, Sauvage, Lenègre.

Pathologie médicale. — MM. les docteurs Merklen, Launay, Michaux.

Pathologie chirurgicale. — MM. les docteurs Gosset, Gérard Marchant, Aubry.

Faculté de médecine de Paris. — *Note relative aux élections des délégués des étudiants au Conseil de l'Université (Affaires disciplinaires).* — Chaque étudiant présente au moment du vote sa carte d'immatriculation ou la carte spéciale délivrée par le Secrétariat de la Faculté, et appose sa signature sur une feuille d'émargement.

Le vote a lieu au scrutin de liste. L'étudiant inscrit sur son bulletin les noms de deux délégués titulaires et les noms de quatre suppléants.

Si son bulletin contient moins de six noms, les deux premiers noms inscrits sont pris comme délégués, les suivants comme suppléants.

Un procès-verbal rédigé par M. le Président du jury et signé de tous les membres des bureaux de vote, est établi à la fin des opérations.

Faculté de médecine de Marseille. — Le titre de professeur honoraire est conféré à M. Imbert et à M. Cassoute, anciens professeurs à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille

Faculté de médecine de Toulouse. — Le professeur E. Mériel, membre du Conseil de l'Université, a été nommé assesseur du doyen.

Ecole de médecine de Limoges. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'anatomie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges s'ouvrira le lundi 20 juin 1938, devant la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux.

Une mission médicale en Extrême-Orient. — Ainsi que nous l'avons annoncé il y a quelques jours, la S. D. N. a décidé d'envoyer en Chine une mission médicale chargée de prendre toutes les mesures d'hygiène indispensables pour éviter ou enrayer les épidémies. Cette mission s'est embarquée à Marseille, le 10 décembre, sur l'*André-Lebon*. Elle a à sa tête, pour la France, le médecin général inspecteur Lasnet, membre de l'Académie de médecine ; pour l'Allemagne, le docteur Hermann Mooser ; pour l'Angleterre, le docteur Robert Cecil Robertson.

La mission se rend d'abord à Hong-Kong. Elle poursuivra ses travaux dans le sud de la Chine. Bien que nous ayons actuellement peu de renseignements sur la situation épidémiologique, nous savons qu'à Shanghaï, en septembre, on a compté parmi les innombrables réfugiés chinois, 192 cas de choléra.

Rappelons que les services d'hygiène français ont pris dès le début des mesures énergiques, en vaccinant en masse les populations.

CHRONIQUE

LA SÉANCE SOLENNELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE ET LE DISCOURS DE M. ACHARD SUR L'ASSISTANCE AUX MALADES

Rompant avec la tradition qui veut que le secrétaire général, au cours de la séance solennelle, prononce l'éloge d'un ancien membre de l'Académie, M. Achard a pensé qu'en l'année où s'est tenue une exposition consacrée à l'Art et à la Technique, il convenait de « jeter un coup d'œil sur les progrès accomplis, dans l'assistance aux malades, grâce au développement des sciences biologiques et à ceux des sciences sociales ».

Ce sujet est de toute actualité : le professeur Crouzon a consacré récemment sa leçon inaugurale à l'histoire de l'assistance en France ; la semaine dernière, M. Georges Duhamel a parlé « des professions de charité » ; on annonce aussi pour la semaine prochaine une intervention de M. Mourier. Le sujet est cependant assez vaste pour que M. Achard ait pu l'étudier, à son tour, sans s'exposer à des redites. Son discours est, ainsi qu'il nous y a habitués, extrêmement documenté, d'une forme parfaite, aussi agréable à relire qu'à entendre. L'orateur n'a pas craint d'aborder avec beaucoup de tact et une parfaite netteté des questions qui préoccupent tous les praticiens.

Après avoir retracé l'histoire de l'assistance depuis les temps les plus reculés, M. Achard a consacré une partie importante de son discours à l'Assistance publique de Paris. Il a rappelé ses débuts, indiqué son développement, et avec beaucoup de justice il a montré tout ce que la Ville de Paris et le Corps médical doivent à la gestion de M. Louis Mourier.

M. Achard rend ensuite un légitime hommage aux médecins qui ont contribué au développement des œuvres d'assistance : à Mélier, à Théophile Roussel « le grand bienfaiteur des nourrissons ». La rançon de tous les progrès réalisés, M. Achard nous l'indique tout de suite.

« Lorsqu'on étudie le mécanisme de plus en plus compliqué de l'assistance aux malades, on peut se demander quelle sera bientôt la situation du médecin, qui reste cependant le rouage essentiel de cette assistance.

« Quelle part la médecine collective laissera-t-elle encore à la médecine individuelle ?

« Autrefois, seuls les indigents recouraient à l'hôpital. La dureté des temps a élargi cette clientèle, et aussi la complexité de certains traitements. D'où la création de sanatoriums et autres établissements spécialisés.

« De ces centres thérapeutiques, les uns peuvent être organisés par des œuvres privées, notamment pour les malades aisés, mais le plus grand nombre tombent à la charge de l'Etat ou des communes, et il est naturel, voire indispensable, que le contrôle de l'autorité s'exerce sur leur création, leur entretien, leur gestion.

« C'est alors l'individualisme du malade que ce changement social frappe principalement ; mais déjà nous voyons apparaître aussi, pour le traitement et son contrôle, un certain nombre de médecins fonctionnaires, médecins de collectivités, et s'effacer le médecin de famille, médecin de l'individu.

« Jusqu'où ce mouvement entraînera-t-il la profession médicale ? Le malade se contentera-t-il toujours de seuls soins collectifs ? Ne réclamera-t-il pas, comme naguère, le bénéfice d'un médecin qui connaît non seulement sa personne physique et morale, mais aussi celle de tous les siens, ascendants et descendants, qui est son ami, son confident, voire le dépositaire de ses secrets ? Car la bienfaisance et le dévouement ne se font pas en série et ne s'achètent pas au tarif d'un barème. Les soins indistinctement donnés à la communauté n'assurent pas à l'individu le réconfort moral, cet auxiliaire indispensable des secours matériels. C'est chose individuelle que les soins que le médecin donne avec son cœur autant qu'avec son savoir.

« Un accord satisfaisant, dit en terminant M. Achard, ne pourrait-il s'établir entre les exigences de la collectivité et les aspirations de l'individu malade ? Peut-être verrons-nous cette renaissance du médecin de famille, par une de ces oscillations qui emportent incessamment entre des directions opposées toutes choses humaines. »

F. L. S.

COURS ET CONFÉRENCES

— Clinique médicale thérapeutique, La Pitié (professeur F. Rathery).

Lundi 20 décembre. — 9 h. : M. Bargeton : Leçon de séméiologie cardiaque. — 9 h. 30 : Visite dans les salles. — 10 h. 30 : M. Derot : Présentation de malade.

Mardi 21 décembre. — 9 h. : M. Sallet : Leçon de séméiologie rénale. — 9 h. 30 : Visite dans les salles. — 10 h. 30 : M. Mollaret : Présentation de malade. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. Rathery : Diabète, maladies de la nutrition.

Mercredi 22 décembre. — 9 h. : M. Grenet : Leçon de séméiologie nerveuse. — 9 h. 30 : Visite dans les salles. — 10 h. 30 : M. J. Ferroir : Présentation de malade. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. Rathery : Maladies du rein.

Jeudi 23 décembre. — 9 h. : M. de Traverse : Leçon de chimie biologique élémentaire. — 9 h. 30 : Visite dans les salles. — 10 h. 30 : M. le professeur Rathery : Leçon clinique : Endocardite végétante.

REVUE GENERALE

L'ESTOMAC DANS LE DIABETE

et son étude comparative dans quelques affections endocriniennes

Par M. JEAN FERROIR,
Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

Historique. — C'est à Bouchardat que revient le mérite d'avoir le premier entrevu les répercussions possibles entre les troubles gastriques et le diabète.

Des lésions anatomopathologiques de l'estomac dans le diabète avaient d'ailleurs déjà été signalées ou le furent par la suite par Cantani, Rokitanski, Marchal, Lécorché, Rosenstein.

Les premiers travaux sur la sécrétion gastrique furent l'œuvre de Von Honighman (1890), Rosenstein, Gaus, Petit (1900), Fauconnet (1904), mais les statistiques apportées étaient réduites à quelques cas et on ne pouvait en tirer que la variabilité de la sécrétion gastrique.

Les travaux importants sur la question sont relativement récents et il nous faut citer ceux de MM. Bowen et Aaron (1926), Noorden et Isaac (1927), Mathieu (1928), Wiechmann et Elzas, Bogdatjan et Ostrowidoff ; Rabinowitch, Fowler et Watson, Buylla et Garcia Moran, Kloster, Klein, Rathier, Rathery et Ferroir, Herbert Albers.

Etude clinique. — Les troubles gastriques subjectifs ne sont pas fréquents au cours du diabète sauf les TROUBLES DE L'APPÉTIT.

On sait en effet la fréquence d'un appétit exagéré à la phase initiale de la maladie, si bien que c'est souvent le contraste entre un appétit exagéré et un amaigrissement progressif qui fait penser à la possibilité d'un diabète et examiner les urines.

Cette polyphagie est en effet un des symptômes majeurs de l'affection dont elle constitue un des quatre signes cardinaux.

Par contre on sait aussi que dans les diabètes consomptifs ce signe manque souvent, qu'il est souvent remplacé par de l'inappétence et que l'anorexie est un signe habituel de la période précomateuse.

Les TROUBLES DYSPEPTIQUES par contre sont très rares. La variété la moins exceptionnelle est constituée par la « DYSPEPSIE FLATULANTE ».

Les malades se plaignent d'une sensation de pesanteur postprandiale durant 3 ou 4 heures, surtout après les repas copieux.

On constate d'ailleurs à ce moment du météorisme de la région de l'hypocondre gauche.

Puis des éructations se produisent et le malade est soulagé.

Il est à remarquer d'ailleurs que la mise à un régime correct et à une insulinothérapie suffisante pour faire cesser la glycosurie supprime parfois en même temps les troubles gastriques.

Plus rarement encore on aura le tableau de la DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE avec douleurs 2, 3 heures après les repas à type de brûlures épigastriques et fait curieux nous avons trouvé ces brûlures chez des malades présentant de l'achlorhydrie à l'épreuve de l'histamine. Nous les avons interprétées comme le résultat d'une sécrétion acide survenant tardivement sous l'action de l'insuline et agissant sur une muqueuse hyperesthésiée.

D'autres fois encore il existe des crises très douloureuses, à début brusque, avec anorexie, vomissements fréquents, prostration, acidocétose que l'on décrivait classiquement comme des MANIFESTATIONS GASTRIQUES PSEUDOTABÉTIQUES au cours du diabète et qui ont pu prêter à erreur avec des syndromes chirurgicaux : appendicite, perforation d'ulcus, occlusion, pancréatite hémorragique.

La pathogénie de ces crises est encore discutée, ce serait pour certains des crises solaires, pour d'autres des troubles dus à la congestion brutale du foie, pour le Professeur Loeper elles seraient le résultat d'une poussée de pancréatite.

Enfin il peut exister dans la période de précoma des HÉMORRAGIES gastriques dont la pathogénie certaine n'est pas encore élucidée et qui, pour certains, relèveraient de troubles hépatiques. On peut se demander aussi s'il ne s'agit pas de troubles vasomoteurs gastriques sous l'influence de la perturbation de l'équilibre vagosympathique qui existe à la période précomateuse.

Tels sont les troubles fonctionnels gastriques que l'on peut trouver dans le diabète où les troubles de l'appétit sont la règle, les troubles dyspeptiques l'exception malgré les régimes souvent assez durs auxquels on soumet ces malades.

En tout cas, même quand ils existent, ces troubles gastriques sont très banaux et n'ont absolument rien de spécifique.

Etude de la sécrétion gastrique dans le diabète. — Von Honighman, en 1890, sur 8 cas avait trouvé une seule sécrétion normale, 3 hyperacidités, 3 hypoacidités, 1 cas de sécrétion variable.

Rosenstein, à la même époque, a constaté des achlorhydries passagères chez les diabétiques.

Von Honighman, Rosenstein et Gaus concluent que l'hyperchlorhydrie est la conséquence habituelle de la polyphagie, mais qu'elle disparaît avec elle.

Petit, dans sa thèse inaugurale en 1900, rapportait l'étude de la sécrétion gastrique chez 4 diabétiques, il avait trouvé une hypochlorhydrie, une acidité normale, deux hyperchlorhydries.

Fauconnet, en 1904, conclut à la fréquence des hypo et des anachlorhydries.

La question fut ensuite abandonnée et ce fut le mérite de MM. Bowen et Aaron en 1926 de publier la première statistique importante sur la question.

Leur étude portait sur 69 diabétiques. Ils concluaient à la fréquence des déficiences chlorhydriques.

Ces résultats ne furent pas acceptés par tous les auteurs.

En 1927, MM. Noorden et Isaac concluent au caractère normal de la sécrétion gastrique des diabétiques.

En 1928 Mathieu, dans sa thèse, trouve après repas d'épreuve des hyperchlorhydries très fréquentes.

Par contre Wiechmann et Elzas en 1929, Bogdotjan et Ostrowidoff, Rabinowitch, Fowler et Watson en 1931, Buylla et Garcia Moran, Kloster en 1932 trouvent avec une fréquence vraiment considérable des achlorhydries et des hypochlorhydries.

Cependant Klein, la même année, par l'épreuve à la caféine trouve le plus souvent une hyperacidité ou une acidité normale tout en notant un chiffre important (16,67 %) d'anachlorhydrie.

Enfin les derniers travaux de Wiechmann, de Rathier, les constatations de M. le Professeur agrégé R. Boulin, nos propres constatations dans le service de M. le Professeur F. Rathery viennent confirmer la thèse soutenue par MM. Bowen et Aaron et M. Herbert Albers a, lui aussi, trouvé des achlorhydries très fréquentes (11 cas sur 45, soit 24,44 %).

La fréquence des anachlorhydries est en effet actuellement hors de doute.

Voici en effet les chiffres trouvés par les différents auteurs :

Bowen et Aaron	29 %
Rabinowitch, Fowler et Watson	39 %
Joslin	25 %
Kloster	40 %
Buylla et Garcia Moran	28,5 %
Wiechmann	25 %
Rathier	22 %
F. Rathery et J. Ferroir	19 %
Klein	16,67 %
Herbert Albers	24,44 %

En somme tous ces chiffres concordent, les divergences ne viennent que des méthodes employées, le repas d'épreuve donnant les chiffres les plus élevés d'achlorhydrie, l'épreuve à l'histamine les plus bas.

Il est probable, de plus, que Klein et nous, sommes tombés sur des séries particulièrement heureuses et que c'est aux environs de 25 % que doit s'établir le pourcentage des achlorhydries dans le diabète.

Mais il n'y a pas dans cette affection que cette fréquence vraiment très frappante des achlorhydries, même en prenant des statistiques globales malgré les discussions qui se sont produites sur ce sujet il nous semble qu'on peut affirmer la fréquence des déficiences gastriques.

Voici quelques chiffres totaux d'achlorhydrie et d'hypochlorhydrie donnés par les auteurs :

MM. Bowen et Aaron	50 %
MM. Rabinowitch, Fowler et Watson	50 %
M. Wiechmann	40 %
M. Rathier	34 %
MM. F. Rathery et J. Ferroir	50 %

Mais plus évocatrices encore sont ces statistiques si l'on accepte avec MM. Bowen et Aaron, Rathier, F. Rathery et J. Ferroir que la fréquence des hypo et des anachlorhydries croît avec l'ancienneté du diabète, ce qui, il est vrai, n'a pas été retrouvé par d'autres auteurs, MM. Rabinowitch, Fowler et Watson et M. Wiechmann.

Dans la statistique de M. F. Rathery et J. Ferroir on trouve ainsi pour les diabétiques dont l'affection était reconnue depuis 4 ans et plus : 60 % d'hypo et d'anachlorhydrie.

Dans celle de MM. Bowen et Aaron on trouve 72 % d'achlorhydrie au bout de 10 ans, 41 % d'achlorhydrie au bout de 5 ans, 66 % d'hypo ou d'anachlorhydrie au bout de 4 ans.

MM. F. Rathery et J. Ferroir ont étudié de plus l'acidité totale, l'acidité de fermentation et les modifications du pouvoir peptique des diabétiques. Ils ont trouvé : 44 % de diminution de l'acidité totale dans leur statistique globale.

Il y avait seulement 19 % d'augmentation et 37 % de cas normaux.

Ils ont trouvé l'acidité de fermentation augmentée dans 19 % des cas et il s'agissait dans tous les cas de diabètes consomptifs graves ou de diabètes anciens.

Le pouvoir peptique était diminué dans 50 % des cas dans leur statistique globale et dans 66 % des cas où l'affection datait de 4 ans au moins.

Il était augmenté respectivement dans 31 et 8,5 %.

Il y avait donc très nettement diminution du pouvoir peptique avec l'ancienneté du diabète.

Quant aux rapports des troubles de la sécrétion gastrique avec la gravité du diabète ils ont été admis par MM. Bowen et Aaron qui rapportaient 20 cas d'achlorhydrie concernant 20 diabètes consomptifs dont 6 légers et 14 graves ; 14 hypochlorhydries correspondant à 3 diabètes consomptifs graves, 8 légers et 3 diabètes simples ; 35 sécrétions normales se rapportant à 6 diabètes consomptifs graves, 14 légers et 15 diabètes simples.

Rathier a aussi constaté une proportionnalité entre la gravité de la maladie et l'intensité des troubles gastriques.

Par contre la plupart des auteurs et en particulier Rabinowitch, Fowler et Watson ; Wiechmann et Elzas, Kloster n'ont pas retrouvé de relation entre la sévérité de l'affection et les troubles gastriques.

Quant à MM. F. Rathery et J. Ferroir ils ont seulement constaté que « chez les diabétiques simples au cours de la quatrième année, la sécrétion est encore augmentée au point de vue quantitatif, alors que celle des diabètes consomptifs est déjà fortement diminuée » et que « au cours de diabètes consomptifs de même ancienneté ce sont généralement ceux qui nécessitent les plus fortes doses d'insuline qui ont les plus gros troubles sécrétoires ».

Pour la chlorhydrie et le pouvoir peptique ils ajoutent que « les résultats sont beaucoup moins nets et semblent plus dépendre de la docilité du malade à suivre son régime, à faire pratiquer les injections d'insuline qui lui sont nécessaires que de la gravité de la maladie elle-même ».

Quant à l'influence de l'âge des malades, elle a été admise par MM. Bowen et Aaron et par Kloster, mais niée par les autres auteurs.

Pour MM. F. Rathery et J. Ferroir, « il est probable que tous les autres facteurs (ancienneté des troubles, gravité) étant égaux, l'âge favoriserait la déficience gastrique, mais ce n'est là qu'un facteur très accessoire ».

Tels sont les troubles du chimisme gastrique au cours du Diabète.

Il nous semble donc impossible de ne pas insister à nouveau sur l'opposition curieuse qui existe dans le diabète entre la fréquence considérable des troubles sécrétoires et le caractère exceptionnel des troubles dyspeptiques.

Etude radiologique de l'estomac des diabétiques. — Dans la littérature médicale nous n'avons trouvé que 6 cas étudiés avant les nôtres, 5 se trouvent dans la thèse de Mathieu, de Montpellier, un dans la thèse de notre collègue et excellent ami R. Lehmann.

Sur les 27 cas que nous avons étudiés et qui sont rapportés dans notre thèse inaugurale nous avons trouvé les résultats suivants :

FORME. — Nous avons trouvé :

3 *estomacs en « quart de cercle »*, dont 2 sous forme de tuyau très tonique possédant le même diamètre en tous les points et s'accompagnant d'insuffisance pylorique.

Il s'agissait donc de 2 estomacs pseudolinitiques.

Cependant, dans les 2 cas, des doses d'insuline de 60 unités dans l'un, de 10 unités dans l'autre, ont permis de rétablir un péristaltisme normal.

Quatre estomacs « en écharpe », haut situés, obliques en bas et à droite, avec pylore attiré vers la droite, donc un aspect rappelant absolument certains estomacs biliaires, mais s'en différenciant par leur hypokinésie.

Trois estomacs hypertoniques, très courts, très haut situés, comme on en rencontre encore dans les cholécystites, mais là encore s'en différenciant par leur hypokinésie.

Deux ptoses gastriques.

Quinze estomacs en L, en J, ou allongés, de forme absolument normale.

TONICITÉ. — La tonicité de l'estomac des diabétiques est souvent augmentée (7 fois sur 27), elle est plus rarement diminuée (4 fois sur 27).

KINÉSIE GASTRIQUE. — Elle est souvent faible.

Dans nos cas elle était nettement diminuée 16 fois, augmentée 1 fois.

DURÉE D'ÉVACUATION. — Nous ne l'avons jamais trouvée augmentée ; mais très souvent elle était diminuée et cela s'explique par l'excellente tonicité de l'estomac diabétique et parfois par l'existence de phénomènes d'incontinence pylorique.

CONCLUSION. — L'estomac diabétique est souvent un estomac très tonique hypokinétique s'évacuant rapidement.

Complications des troubles gastriques des diabétiques. 1° TROUBLES INTESTINAUX. — L'hyposécrétion est un facteur de constipation, d'inflammation de la muqueuse intestinale, d'entérocolite.

L'achlorhydrie est de plus un facteur fréquent de diarrhée par incontinence pylorique qui ne cède qu'à la médication acide.

2° ULCÈRES GASTRIQUES. — Joslin en a réuni 25 cas, l'affection première étant tantôt le diabète, tantôt l'ulcus.

Ces cas posent le problème des rapports entre les troubles endocriniens et les ulcus gastriques.

On sait en effet qu'Eppinger a fait jouer un rôle dans l'ulcus à l'hormone thyroïdienne agissant par élévation du chlore, que Hayaski a obtenu des ulcères chez le chien en lui donnant de la thyroïde de bœuf, que Friedman a obtenu dans les mêmes conditions des ulcus peptiques, que Spadoli, Cardorelli, Loeper et Béchamp ont constaté des ulcérations gastriques et intestinales chez des animaux privés de leurs parathyroïdes.

Parker a même pensé que les ulcères gastriques reconnaissaient une étiologie parathyroïdienne.

D'autres auteurs ont invoqué le rôle des surrénales, de l'hypophyse.

En fait, dans l'état actuel de nos connaissances, si on ne peut infirmer tout rôle possible des glandes endocrines dans l'ulcus, on ne possède aucun élément probant pour l'affirmer et les cas de coexistence d'ulcus et de diabète ne peuvent encore être considérés que comme de simples coïncidences.

3° TROUBLES ANÉMIQUES. — L'association de diabète et d'anémie pernicieuse était autrefois exceptionnelle et Parkinson en 1910 en publia la première observation. Mais depuis que l'insuline et la méthode de Whipple permettent la prolongation de la vie des diabétiques graves et des anémiques ces cas sont devenus moins rares.

En 1925 Adams en rapporta 3 cas ; en 1929 Lewis H. Hitzrot 6 cas, Howard F. Root en rassemblait 48 cas en 1931 et 31 cas nouveaux en 1933.

Depuis Watson, N. Joliffe, H. Brandelione, H. Most, Benjamin Max, R. Lehmann, Herbert Albers en ont rapporté de nouveaux cas.

Or l'affection initiale est presque toujours le diabète (56 cas sur 67 Howard F. Root) et l'anémie survient habituellement à une période tardive où la sécrétion gastrique a pu devenir achlorhydrique et où la muqueuse s'atrophie.

Il nous semble donc que les troubles gastriques jouent un rôle dans la survenue des troubles anémiques des diabétiques.

4° AGGRAVATION DU DIABÈTE. — La diminution de l'acidité de la sécrétion gastrique est un facteur d'hyperglycémie, car comme nous l'avons montré après Freud et Saazi Nazim, Zunz, La Barre et Houssa le passage de la sécrétion gastrique dans le duodénum s'accompagne, si la concentration acide est suffisante, d'une baisse de la glycémie.

La persistance de cette baisse chez l'animal dépancréaté que nous avons constatée après La Barre et Ledrut nous permet de penser que cette baisse de la glycémie doit exister même dans le diabète et il est à ce point de vue intéressant de remarquer qu'après tubage gastrique par la méthode du repas d'épreuve on constate chez le diabétique fréquemment une baisse de la glycémie.

De plus, la diminution de l'excrétion acide par l'estomac prive l'organisme d'un émonctoire utile et d'une fonction jouant un rôle important dans le métabolisme acido-basique.

5° TROUBLES POLYNÉVRITIQUES. — Les troubles polynévritiques vrais dans le diabète, et nous éliminons les cas où il y a seulement abolition des réflexes, ne sont pas très fréquents, mais on peut se demander si ici, comme dans la polynévrite alcoolique, l'atrophie gastrique ne joue pas un rôle.

Or si l'on rapproche ce fait des expériences de Sakomarov qui a montré la présence de Vitamine B dans le suc gastrique par l'action curative de ce suc sur la polynévrite des pigeons, on peut se demander s'il n'existe pas un facteur étiologique commun aux troubles gastriques et polynévritiques ici comme dans le béribéri : la déficience en Vitamine B.

Anatomie pathologique. — L'estomac des diabétiques peut paraître macroscopiquement et microscopiquement normal (Rokitanski, J. Ferroir).

D'autres fois il existe des modifications de la muqueuse gastrique, des hypérémies de la muqueuse, des injections pointillées et striées (Cantani, Rokitanski, Marchal, J. Ferroir). Cantani a trouvé, de plus, de l'atrophie des glandes à pepsine ; Lécorché, un épaississement de la muqueuse ; Rosenstein, des lésions de gastrite interstitielle dans 3 cas.

Nous avons trouvé dans 4 cas une hypérémie très nette de la muqueuse, des taches ecchymotiques et un aspect lisse de la muqueuse avec disparition partielle des plis normaux et à l'examen histologique que nous avons pratiqué en collaboration avec M. S. Doubrow nous avons trouvé un très gros œdème de la sous-muqueuse avec d'importantes dilatations capillaires et des suffusions sanguines des infiltrations plasmocytaires et des infiltrations de cellules rondes.

Etude comparative des troubles gastriques dans d'autres affections des glandes endocrines. — I. DANS LA MALADIE DE BASEDOW. — Les troubles gastriques sont fréquents. (Sattler 15 %, Mme Brouet 20 %.)

Les troubles de l'appétit le sont encore davantage : l'appétit est exagéré dans 40 % des cas (MM. Marcel Labbé et Gilbert Dreyfus, Mme Brouet), l'anorexie s'observe dans les formes graves (10 % MM. Marcel Labbé et Gilbert Dreyfus, 8 % Mme Brouet.)

Les troubles gastriques sont les mêmes que dans le diabète, mais ils sont beaucoup plus fréquents.

Les troubles de la sécrétion gastrique ont été, comme dans le diabète, très discutés : MM. Gauthier, Neilson, Maranon ont d'abord noté des augmentations puis MM. Barker, King et Leist ont noté la fréquence des achlorhydries.

Cette fréquence des achlorhydries est encore plus grande que dans le diabète :

Lockwood	41,6 %
Lewit	50 %
Knud Faber	50 %
Moore	78 %
Moll et Scott	44 %
Lierman et Maens	38 %

W. Schwanke : près de 3/4 des cas.

Ces achlorhydries se rencontreraient surtout dans les formes graves et anciennes (Maranon).

Pour W. Schwanke l'absence d'acide est proportionnelle non pas tant à la sévérité qu'à la durée de la maladie.

Ces achlorhydries peuvent être fonctionnelles (Moore 60 %) et rétrocéder par le traitement de la maladie (Maranon, Schwanke) ou être organiques (Lewit 10 cas sur 17).

Radiologiquement les contractions seraient exagérées pour King. Il y aurait fréquemment de l'atonie (Mme Brouet). En tous cas l'évacuation est ou normale ou très rapide (Moll et Flint, Hillemand et Mézart).

Anatomiquement il peut y avoir des hémorragies punctiformes de la muqueuse (Rautman, Gebelé, Hanning, Matti, Pettevel, Askanasy, Eger, Lewit), un état mamelonné de la muqueuse (Gebelé, Matti, Pettevel, Askanasy, Lewit), mais la lésion la plus fréquente est l'atrophie gastrique (Lewit).

II. DANS L'INSUFFISANCE THYROÏDIENNE les anorexies, les troubles gastriques à type de dyspepsie flatulente sont fréquents.

Au point de vue sécrétoire les achlorhydries sont très nombreuses (Struges, Lockwood 60 % des cas).

III. DANS L'INSUFFISANCE SURRÉNALE les dyspepsies flatulantes, les anorexies, les vomissements faciles matutinaux et postprandiaux sont fréquents, surtout chez les sujets jeunes qui présentent souvent des accidents aigus très douloureux avec vomissements.

MM. Loeper et Lockwood ont montré de plus qu'il existait de l'achlorhydrie et de l'atonie gastrique dans les cas avancés.

IV. DANS LE SYNDROME ADIPOSO-GÉNITAL Lockwood a trouvé 50 % d'achlorhydrie, Boenheim, Hernando et Minz ont trouvé de l'achlorhydrie et de l'hypochlorhydrie.

V. DANS L'ACROMÉGALIE, au contraire, Minz a signalé de l'hypersécrétion avec hyperspasmodicité qui céderait au traitement de la lésion causale.

VI. Enfin Hess et Fakschek et Schlange ont constaté des troubles sécrétoires au moment de la menstruation et on sait la fréquence des dyspepsies d'origine génitale chez les femmes atteintes d'aménorrhée, de métrite, d'annexite ou de rétroversion et ce n'est souvent qu'au traitement conjugué gastrogynécologique que cèdent les troubles présentés par ces malades.

On peut donc conclure que les troubles gastriques sont extrêmement fréquents au cours des syndromes endocriniens, que fonctionnels d'abord, ils peuvent s'organiser ensuite si l'affection persiste assez longtemps.

Il survient alors de l'atrophie de la muqueuse gastrique.

Pathogénie des troubles gastriques dans le diabète. — Il nous a paru intéressant de rapprocher les troubles gastriques du diabète et de quelques affections des glandes endocrines pour montrer les analogies qui existent entre ces différents troubles. *Aussi le rôle des atteintes glandulaires dans les troubles gastriques ne nous paraît pas pouvoir être surestimé.*

Il nous paraît absolument certain, malgré les statistiques de certains auteurs concluant à la fréquence des cholécystites dans le diabète (Katsch 38 %) (Eustis 41,7 %) (Wohrman 24 %) (Joslin, 23,7 %) (Bingel 17 %), que l'atteinte vésiculaire ne peut expliquer tous les cas et même la majorité des cas de troubles gastriques dans le diabète.

Le rôle de l'état humoral des diabétiques dans les troubles gastriques ne nous semble pas non plus devoir être retenu vu l'absence de parallélisme constatée par M. Wiechmann et par nous entre la déficience gastrique, la chlorémie, l'état de l'équilibre acido-basique et l'hyperglycémie.

Celle-ci doit jouer cependant un rôle modérateur de la sécrétion gastrique.

On a incriminé aussi dans les hypochlorhydries un abaissement de la « calcémie ionique » non compensé par une augmentation en « ions bicarbonates » (MM. Delrue et J. Van Damme), mais ces faits nous semblent n'être que des phénomènes intermédiaires sous la dépendance possible de troubles endocriniens.

Herbert Albers incrimine le traitement insulinien agissant sur des glandes gastriques en état d'infériorité congénitale, mais la déficience des glandes gastriques n'expliquerait pas l'augmentation de la sécrétion et de l'acidité rencontrée dans les formes récentes.

De plus, il nous est difficile d'admettre cette action du traitement insulinien, non pas du fait que nous avons trouvé une augmentation de la sécrétion gastrique par l'insuline dans le diabète, fait également reconnu par Herbert Albers car cet auteur prétend que l'insuline n'augmente que passagèrement la sécrétion gastrique et nous dit qu'en faisant des examens successifs il a trouvé dans la plupart des cas une diminution nette de l'acide chlorhydrique après administration d'insuline, mais du fait que certains de nos malades hyperchlorhydriques avaient des antécédents de coma, l'un 13 jours avant, l'autre 3 et 4 ans avant et qu'ils étaient soignés par des doses quotidiennes très fortes d'insuline, 80 et 90 unités.

Nous croyons donc essentiellement au rôle du déséquilibre endocrinien, mais on peut discuter le mode d'action de celui-ci : suractivation épuisant la muqueuse, hyperexcitation sympathique ou tout au moins déséquilibre vagosympathique, modification humorale de l'équilibre « ions calcium, ions bicarbonate », action hormonale sur les cellules gastriques.

Traitement des troubles gastriques dans le diabète. — Il nous paraît dépendre de cette pathogénie.

Il conviendra donc, pour éviter les troubles gastriques, de réduire si possible le déséquilibre endocrinien cause du diabète. C'est donc l'insulinothérapie qui nous semble le meilleur traitement toutes les fois qu'il s'agira d'un diabète consomptif.

On pourra y associer à la phase initiale des médications atténuant l'acidité de la sécrétion gastrique, plus tard au contraire des excitants de cette sécrétion, et c'est ainsi que les cures hydrominérales pourront apporter une aide précieuse dans le traitement des troubles gastriques des diabétiques.

BIBLIOGRAPHIE

I. Sécrétion gastrique dans le diabète

Bogdatjan et Ostrowidoff. — *Arch. Verdgskrh.* 1931, Bd 50, S. 216.

Bouchardat. — *Le diabète sucré*, Baillière, Paris, 1883.

Boulin (R.). — *Encyclopédie médico-chirurgicale.* Glandes endocrines et nutrition, 10508. Le diabète sucré.

Bowen (B. O.) et Aaron (A. H.). — Gastric secretion in diabetes mellitus. Report of 10 diabetic patients who had diarrhea and achlorhydria (*Arch. Int. Med.*, 37 : 674, 684 mai 26).

Buylla et Garcia Moran. — Estudio de la secretia gastrica in los diabetico y su relation con la reaccion del medico interno. *Arch. de medicina chirurg. y especial* n° 3, janv. 1932. *Arch. espan da enferm d. ap. digest. de la nutric-cion*, 15 : 396-407, July 1932.

Fauconnet. — Sur l'activité gastrique et intestinale dans le diabète sucré. *Thèse*, Genève, 1904.

Ferroir (J.). — *L'estomac des diabétiques*, Baillière, Paris, 1937.

Ferroir (J.). — Les troubles gastriques dans le diabète et leur traitement hydrominéral. *Journ. de Physiologie et de Pathologie générale*, 1937.

Gaus. — Verh Kongr. inn Med., 9. Korge, Wiesbaden, 1890.

Von Honighman. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1890, n 43.

Herbert Albers. — Sécrétion d'acide chlorhydrique gastrique chez les diabétiques insulinés. *Klinische Wochenschrift*, t. 15, n° 39, 26-9-36, p. 1397.

Jaeger. — La sécrétion gastrique dans le diabète. *La Médecine*, juillet 1935.

Joslin (E.-P.). — *Loose Leaf Medecine*, 1926, p. 109 K.

Katsch. — *Arch. Verdgskrkh*, 1928, Bd 43, S. 224.

Klein (B.). — *Dtsch. Arch. Klin. Med.* 1932, Bd 173, S. 359-374. Nagens of tun Versuchungen bei diabetes Mellitus.

Kloster (J.). — Gastric secretion in diabetes mellitus. *Acta Med. Scandin.*, Suppl. 349-355, 1932.

Mathieu. — Les troubles gastriques dans le diabète. *Thèse* Montpellier, 1928-1929.

Van Noorden et Isaac. — *Le diabète sucré.* J. Sprincter, Berlin, 1929.

Petit. — Diabète, glycosurie, dyspepsie et troubles digestifs. *Thèse* Paris, 1900.

Rabinowitch (J. M.), Fowler (A. F.) et Watson (B. A.). — Gastric acidity in diabetes mellitus ; its clinical significance based on study of 100 cases. *Arch. Int. Med.*, 47 : 384, 390, mars 1931.

Rathery (F.) et Ferroir (J.). — La sécrétion gastrique des diabétiques, *Revue de médecine* n° 2, février 1937, p. 137-146.

Rathier (Ch.). — La sécrétion gastrique dans le diabète et ses relations avec la glycémie, *Journal belge de gastro-entérologie*, octobre 1935.

Rosenstein. — *B. Kl. w.* 1890, nr 13.

Wiechmann (E.). — Excrétion acide par l'estomac des diabétiques. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 10 mai 1935, t. LXI, n° 19, p. 749.

Wiechmann et Elzas (J.). — Ueber Verminderte Salz areabscheidung des Magens bei Diabetes Mellitus. *Deutsche Arch. Klin. Med.*, 164, 163, 171, 1929.

Wohl (M. G.) — Diabetes mellitus and gastric secretion. *J. Lab. et Clin. Med.* 17 : 22, 27 oct. 1931.

II. Sécrétion gastrique et glandes endocrines

Badylkess (O.). — *Rousskia Klinitri*, 1925, n° 10 ; *Med. Biol. J.*, n° 5, 108, 125, 1928.

Barker (L. F.). — *Soc. Am. de gastro-entérologie*, 7 mai 1918.

Bergmann. — *Presa medica argentina*, juin 1928, p. 147-156.

Boenheim. — *Arch. f. Wer. Kr.*, 1920, t. X, p. 103.

Brouet (Mme). — *L'estomac des hyperthyroïdiens*, Arnette, Paris, 1937.

Chiabrera (G.). — *Minerva Medica*, 1922.

Dodds. — *The Lancet*, 11 mai 1935, p. 1099.

Drouet et Simonin. — *Académie de Médecine*, 1932.

Eger. — *Deutsch Med. Woch.*, 1880, p. 153.

Escudero (E.). — *Semana Medica* n° 3, 21 janvier 1926.

Faber (K.). — *Am. J. of Med. Sc.*, 1926, n° 1.

Gaultier (R.). — *Arch. des maladies de l'app. digestif*, 1907, p. 667.

Gutmann (A.). — *Ann. Thérapie biologique*, 15-12-1932.

Hardt. — *Am. J. of Phys.*, avril 1916, p. 314.

Hernando (L.). — *Gaz. Med. Espan.*, 1931, n° 55, p. 339.

Hess et Faltischek. — *Wien. Klin. Woch.*, 16 avril 1935.

Hillemand et Mézart. — *Prat. méd. française*, nov. 1930, p. 498.

King. — *Med. Clin. N. Am.*, mai 1919, p. 1655.

La Barre (J.) et Destrée (P.). — *C. R. Soc. de Biolog.*, CXXVIII, n° 15, 1935.

Labbé (M.), Azerad (E.), Dreyfus (G.). — XXIe Congrès Fr. de Méd., Liége, 23-27 sept. 1930.

Langeron (L.), Paget (M.) et Danes (A.). — *C. R. Soc. de Biol. de Lille*, 9 décembre 1935.

Leist. — *I. A. M. A.*, vol. LXXVII, p. 742, 27 août 1921.

Lerman et Maens. — *Journ. Clin. Investig.*, t. XI, 1932, n° 1, janv., p. 166-181.

Lewit (S. G.). — *Zeit. f. Klin. Med.*, 1927, p. 440.

Lockwood (B. C.). — *J. A. M. A.*, 3 octobre 1925, p. 1032.

Loeper. — *Leçons de Path. digestive*, 1919, p. 72.

Loeper et Merklen. — *Progrès Médical*, 8 décembre 1932, p. 2150-2160.

Maranon. — *Revue de Médecine*, 1914, n° 3, p. 161.

Minz. — *Vesturk. Rentg. i. Radiol.*, 1928, n° 1, p. 57.

Moll et Flint. — *Brit. Journ. Surgery*, octobre 1928, t. XVI, n° 62, p. 283.

Moll et Scott. — *Lancet*, CCXI, 1927, n° 5393, 8 janv., p. 68.

Moore. — *Brit. Med. Journ.*, 27 février 1932.

Parhon (C. I. et Cahane (M.). — *C. R. Soc. Biol.*, 109, 235, 243, 29 janvier 1932.

Perusse (G. L.) et Rozen (J. S.). — *Am. J. of Phys.*, 1924, p. 83.

Rathery (F.). — *Bull. S.M.H. Paris*, oct. 1912.

Rogers (J.), Jessie (M. B.), Rahe (M.), George (M. A.), Fawcett (G.), et Hackett (M. D. G. H.). — *Am. Journ. of Physiol.*, 1915, 30, p. 345.

Rogers (J.), Rahe (J.) et Abrahamson. — *Am. Journ. of Physiol.*, févr. 1919, n° 79.

Schlange. — *Medic. Klinische*, janv. 1930.

Schwanke. — *Klinische Wochenschrift*, t. 14, n° 52, 28-12-35, p. 1849.

Strugers. — *M. Clin. North. Amer.*, mars 1922, p. 1251.

Thruesdell. — *Am. J. of Phys.*, 1926, p. 20.

Wolpe. — *Dtsch. Arch. Klin. Med.*, 1912, Bd 107, S. 492.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE ANNUELLE DU 14 DÉCEMBRE 1937)

La séance est ouverte à 15 heures. M. le Président MARTEL et les membres du bureau sont en uniforme.

M. Georges BROUARDEL, secrétaire annuel, lit un rapport sur les prix de l'Académie.

M. le PRÉSIDENT proclame ensuite la liste des lauréats.

M. ACHARD prononce enfin le discours que nous analysons plus haut.

PRIX DÉCERNÉS EN 1937

PRIX DU PRINCE ALBERT Ier DE MONACO (100.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. Bouin et Ancel, de Strasbourg, pour leurs travaux sur : *Les hormones sexuelles.*

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (1.200 fr.). — M. le docteur Wallet, de Paris.

PRIX APOSTOLI (1.000 fr.). — M. le docteur Guilly, de Paris.

PRIX ARGUT (800 fr.). — M. le docteur Hamburger, de Paris.

PRIX FRANÇOIS AUDIFFRED (un titre de rente de 24.000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle attribue les arrérages disponibles à : M. le docteur Grandgérard, de Nancy (4.500 fr.) ; M. le docteur Max Fourestier, de Paris (1.350 fr.) ; M. le docteur Christian Paul, de Paris (1.350 fr.) ; M. le docteur Henry Joly, de Pacy-Sancellemoz (900 fr.) ; M. le docteur Ram-Kumac Goyal, de Moradabad (Inde anglaise) (900 fr.).

PRIX DU BARON BARBIER 2.500 fr.). — L'Académie décerne le prix aux auteurs dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages disponibles de la façon suivante

M. le docteur J. Chève, de Paris (2.000 fr.) ; M. le docteur André Jouve, de Marseille (500 fr.).

PRIX LAURE-FRANÇOIS BARTHÉLEMY (3.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Moricart, de Paris.

PRIX BERRAUTE. — (Titre de rente de 3.092 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais accorde les arrérages disponibles à : M. le docteur Yves Lemaître, de Paris ; MM. les docteurs Gery, de Strasbourg, et Bablet, de Paris.

PRIX LOUIS BOGGIO (4.800 fr.). — M. le docteur Paul Braun, de Paris.

PRIX MATHIEU BOURCERET (1.200 fr.). — M. le docteur Leblanc, de Paris.

PRIX DU Dr GÉNA BRUNINGHAUS. — L'Académie décide d'attribuer les arrérages disponibles à M. Peyron, de Paris, et ses collaborateurs.

PRIX HENRI BUIGNET (1.600 fr.). — M. le docteur Jean Roche, de Marseille.

PRIX ADRIEN BUISSON. (12.000 fr.) — M. le docteur Pierre Frumusan, de Paris.

PRIX ELISE CAILLERET (500 fr.). — M. le docteur Paul-Louis Violle, de Paris.

PRIX CAPURON (2.000 fr.). — Question : *Mortalité des nouveau-nés pendant les dix premiers jours de la vie.* — M. le docteur Jacques Courtois, de Saint-Germain-en-Laye, et M. le docteur R. Lecoq, de Saint-Germain-en-Laye, 1.500 fr. ; M. le docteur Lambinon, de Liége, 500 fr.

PRIX CHEVILLON. (3.000 fr.). — M. le docteur Ludwik Gross, de Paris.

PRIX CLARENS (500 fr.). — M. le docteur André Hautant, de Paris.

PRIX DU Dr EMILE COMBE (3.000 fr.). — M. le docteur Ardoin, de Paris.

PRIX DU XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE (8.000 francs). — M. et Mme Derot, de Paris.

PRIX DAUDET (2.500 fr.). — Question : *Les tumeurs intramédullaires et leur traitement.* — M. le docteur L. Cornil, de Marseille.

PRIX DE LA FONDATION DAY. — (Deux titres de rente de 3.000 fr.). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle attribue les arrérages disponibles à M. le docteur H. Pierre Klotz.

PRIX DESPORTES (1.500 fr.). — L'Académie partage le prix de la façon suivante : MM. les docteurs Journe, de Neuilly-sur-Seine, et Deschamps, de Paris, 600 fr. ; MM. les docteurs Bonnet, de Paris, et Nevot, de Vincennes, 600 fr. ; M. le docteur Henri Serre, de Montpellier, 300 fr.

FONDATION FERDINAND DREYFOUS (1.400 fr.). — M. Claude Macrez, de Paris.

PRIX FERDINAND DREYFOUS (2.800 fr.). — Mlle le docteur Marie-Louise Jamet, de Paris.

PRIX HENRI ET MAURICE GARNIER (900 fr.). — L'Académie partage le prix entre : M. le docteur Belgodère, de Paris, 450 fr. ; M. Vitaly Chorine, de Paris, 450 fr.

PRIX ERNEST GODARD (1.000 fr.). — MM. les docteurs Braine, de Paris, et Rivoire, de Nice.

PRIX JACQUES GUÉRÉTIN (1.500 fr.). — L'Académie décide de partager le prix de la façon suivante : Mlle Odile Renié, du sanatorium de la Bucaille, à Aincourt (Seine-et-Oise), 600 fr. ; M. le docteur Pierre Robert, de Paris, 600 fr.) ; Mme le docteur Raymonde Forget, de Fontenay-sous-Bois, 300 francs.

PRIX DU Dr PAUL GUILLAUMET (1.500 fr.). — M. Baccino, de Paris.

PRIX GUZMAN. — (Un titre de rente de 2.500 fr.). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle attribue les arrérages disponibles à M. le docteur Bardin, de Paris.

PRIX CATHERINE HADOT (3.600 fr.). — M. le docteur Swynghedauw, de Lille.

PRIX DU Dr FRANÇOIS HELME (1.500 fr.). — M. le docteur Caujolle, de Toulouse.

Une mention honorable à M. le docteur Marchal.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève) (3.000 fr.). — M. le docteur Edouard Pichon, de Paris.

PRIX HUCHARD (8.000 fr.). — Dix candidatures ont été soumises à l'Académie qui a partagé le prix entre M. le docteur Bablet, Mme Bardes, Mlle Marsia, de Paris ; MM. les docteurs Christiani, du Maroc, et Frahier, de Tunisie.

PRIX HUGUIER (4.000 fr.). — M. le docteur Claude Béclère, de Paris.

PRIX INFROIT (3.000 fr.). — M. le docteur d'Hour, de Lille.

PRIX JACQUEMIER (2.500 fr.). — M. le docteur Metzger, de Paris.

PRIX LABORIE (8.000 fr.). — M. le docteur Leveuf, de Paris.

PRIX DU BARON LARREY (500 fr.). — L'Académie décerne le prix aux auteurs dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante : M. Ichok, de Neuilly-sur-Seine, 300 fr. ; M. Moine, d'Arcueil (Seine), 100 fr. ; M. et Mme Soubirant, de Paris, 50 fr. chacun.

FONDATION LAVAL (1.200 fr.). — M. Vissian, externe des hôpitaux de Paris.

PRIX LE PIEZ (2.000 fr.). — M. le docteur Friedmann, de Paris, 1.000 fr. ; M. le docteur Albeaux-Fernet, de Paris, 1.000 fr.

D'autre part, l'Académie attribue une mention honorable à : Mlle le docteur Suzanne Sergent, de Paris ; M. le docteur Schumann, d'Angers ; M. le docteur Maurice Charenton, de Paris.

PRIX LEVEAU (2.000 fr.). — M. le docteur Renard, de Paris, et M. le docteur Mekdjian, de Paris.

PRIX HENRI LORQUET (300 fr.). — Mme le docteur Agnès Masson, de Limoges.

PRIX A.-J. MARMOTTAN (100.000 fr.). — L'Académie n'attribue pas le prix, mais décide de partager les arrérages disponibles de la façon suivante : MM. Maurice Guérin, de Villejuif, et Paul Guérin, de Villejuif, 2.000 fr. ; M. Tchakhotine, de Paris, 1.000 fr. ; M. Pierre Gabriel, de Paris, 1.000 francs.

PRIX CLAUDE MARTIN (800 fr.). — M. Chactas Hulin, de Paris.

PRIX MÈGE (1.500 fr.). — Question : *Le milieu intérieur dans ses rapports avec le milieu extérieur.* L'Académie décerne le prix à M. Maurice Fontaine, de Paris.

PRIX MEYNOT (3.000 fr.). — M. le docteur Dejean, de Montpellier.

PRIX MONBINNE (1.500 fr.). — L'Académie décide de partager le prix entre : M. Balozet, de Tunis, 750 fr. ; M. le docteur Jullien, de Lyon, 750 francs.

PRIX OULMONT (1.000 fr.). — M. Jean Lemelletier, de Paris.

PRIX PANNETIER (4.000 fr.). — M. le docteur H. Morin, de Hanoï.

PRIX POURAT (1.500 fr.). — Question : *Sur la nature et le rôle des substances intermédiaires dans la commande nerveuse.* — L'Académie attribue le prix à M. le docteur Bruno Minz.

PRIX REBOULEAU (2.000 fr.). — M. le docteur J. Bréhant, de Paris.

PRIX JEAN REYNAL (1.500 fr.). — MM. les docteurs vétérinaires Velu et Zottner, de Casablanca. — L'Académie attribue en outre une mention honorable à M. le docteur Le Limousin, de Paris.

PRIX RICAUX (*diabète*). — (5.000 fr.). — M. Sylvain Bachman.

PRIX RICAUX (*tuberculose*) (5.000 fr.). — L'Académie décide de partager le prix de la façon suivante : M. Marcel Lelong, de Paris, 3.000 fr. ; M. Bour, de Paris, 1.000 francs ; M. P. Weber, de Nancy, 1.000 fr.

PRIX PHILIPPE RICORD (800 fr.). — M. Jean Levaditi, de Paris.

PRIX ALBERT ROBIN (600 fr.). — MM. les docteurs Petit, Mougeot, Aubertot, de Royat.

PRIX ROUSSILHE (10.000 fr.). — M. le docteur Nelis, de Bruxelles.

PRIX MARC SÉE (1.200 fr.). — M. le docteur Van Bogaert, d'Anvers.

PRIX TARNIER (4.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le docteur Simonnet, de Paris.

L'Académie décerne en outre une mention honorable à M. le docteur Mathey-Cornat, de Bordeaux ; M. le docteur Truong Van Que, de Saïgon.

PRIX TESTUT (1.500 fr.). — L'Académie décide de partager le prix entre : M. le docteur Coulouma, de Lille, 750 francs ; M. le docteur Salmon, de Marseille, 750 francs.

PRIX VERNOIS (800 fr.). — L'Académie décide de partager le prix de la façon suivante : à M. le professeur Dominguez, de Cuba, 400 fr. ; M. Bernard Villaret, de Paris 200 fr. ; M. le docteur Uzac, de Toulouse, 100 fr. ; M. le docteur Bonnardel, de Paris, 100 francs.

L'Académie décerne en outre une mention honorable à M. le docteur Truong Van Que, de Saïgon.

SERVICE DE L'HYGIÈNE. — *Rappels de médaille d'or :* MM. Ginestous, à Bordeaux, et Barbary, à Nice.

Médaille d'or : M. Broquin-Lacombe (Aube).

Médaille de vermeil : M. Franceschini, à Paris.

Rappels de médailles d'argent : MM. Goulley, à Auch ; Landois, à Nantes ; Gelly (Meuse) ; Berger, au Mans.

Médailles d'argent : MM. Vogt, à Marengo ; Ameur, à Béni Hindel ; Fournier, à Cassagne ; Lavigne, à Trézel ; Thériste, à M'sila ; Théolier, à Béni-Hindel ; Roussel, à Mézières ; Poncet, à Bourg ; Neveu, Géraudel, Bénard (René), Clerc, Hazeman, à Paris ; Mme Masson, à Limoges.

Rappels de médailles de bronze : M. Berroux, au Mans ; Mlle de l'Escale (Yvonne), Mlle de l'Escale (Madeleine), au Mans ; M. Placet, à Versailles.

Médailles de bronze : MM. Kuerguelen (A.O.F.) ; Garbies (A.O.F.) ; Beautes (A.O.F.) ; Ould Ameur Amokrane, à Béni Hindel ; Maachou Houne, à Sidi-Aïssa ; Chairbederia Ahmed, à Cassaigne ; Dekkar Amas, à Trézel ; Ziani Mohammed, à Ain M'Lila ; Fedjekhi Ahmed, à la Meskiana ; Mlle Antona, à Bourkika ; Mme Rodriguez, à Alger ; MM. Arnoun, à Baccarat ; Stillmunkes, à Toulouse ; Brongniard, Fragnaud, Renard, Bardin, Alberet (Seine-et-Oise) ; Cambessedes, à Paris ; Mmes Le Fur, Vergniaud, à Paris.

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — *Médailles d'or :* MM. Roland Marcel, commissaire général du Tourisme ; Françon, à Aix-les-Bains.

Rappels de médailles de vermeil : MM. Duhot, à Lille ; Debidour, au Mont-Dore.

Rappels de médailles d'argent : MM. Barbaud, à Chatelaillon ; Uzan (Maurice), à Tunis.

Médaille d'argent : M. Merklen, à Aix-les-Bains.

Médailles de bronze : MM. David, à Salies-de-Béarn ; Vauthey (Max, fils), à Vichy ; le médecin-commandant Tournier-Lasserve, à Barèges.

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — *Rappel de médaille d'or :* M. le docteur Rocaz, à Bordeaux.

Médailles d'or : MM. Collet (Oise) ; le docteur Cassoute, à Marseille.

Rappels de médailles de vermeil : Mlle Gros ; MM. Bouscatel (Bas-Rhin) ; Le Boulanger (Loire) ; le docteur Rohmer, à Strasbourg.

Médailles de vermeil : Sa Majesté l'Impératrice d'Annam, à Hué, la marquise de Noailles, vice-présidente de l'Association des Dames françaises, à Paris ; Mmes Pagès, à Saïgon ; Zimmern, présidente de l'Association de Travail et d'Assistance ; MM. Frandon (Vaucluse) ; Lelière (Sarthe) ; Plée (Nord) ; Rondeau (Ille-et-Vilaine) ; Sautereau (Cher). MM. les docteurs Bonnenfant, président de la Goutte de lait soissonnaise ; Lombart, à Alger ; Paul, à Paris ; Péhu, à Lyon ; Villanova, à Paris ; Son Excellence Hoan-Trong-Phu, Tong-Doc de Hadong (Tonkin) ; MM. Laborderie-Boulou, à Paris ; Lenoir (F.), à Paris ; Viborel, à Paris.

(A suivre.)

PRATIQUE MÉDICALE

EXISTE-T-IL UN TRAITEMENT VRAIMENT EFFICACE DES CRISES GASTRIQUES DU TABÈS?

d'après le docteur Y. PÉRÈS (1)

L'auteur a longuement étudié dans sa thèse les divers traitements médicaux et chirurgicaux préconisés contre les crises gastriques du tabès ; devant leur insuffisance dûment constatée, il a utilisé avec succès les propriétés toutes spéciales du somnifène endoveineux ; ces expérimentations ont été faites dans le service du prof. Aubry, à l'hôpital d'Alger. Il semble bien, d'après les nombreux résultats publiés, que ce médicament a une tendance très marquée à diminuer le rythme des crises. Il permet même, dans les cas typiques, de faire avorter et même d'arrêter, au plus fort de son intensité, la crise aiguë. Il évite ainsi au malade des douleurs atroces, des vomissement si pénibles, la dénutrition qui le cachectisent, et lui redonne, par conséquent, avec un regain d'espoir, un moral réconfortant.

(1) *Courrier médical*, Paris, n° 38, 85e année.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 102. — MERCREDI 22 DEC. 1937. 110e ANNÉE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.

Etudiants : 30 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.

Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Mutations dans le personnel médical à la date du 26 décembre* 1937. (Suite voir N° 99, p. 1577) :

Médecins : 1° A l'hôpital Necker (remplacement de M. Villaret, nommé professeur de clinique propédeutique à l'hôpital Broussais) : M. Laederich (mutation intérieure). — A l'hôpital Necker (remplacement de M. Laederich) : M. Binet (mutation intérieure). — A l'hôpital Necker (remplacement de M. Binet) : M. Jacquelin, de l'hôpital Broussais.

2° A l'hôpital Lariboisière (remplacement de M. Gandy, atteint par la limite d'âge) : M. de Gennes, de l'hôpital Tenon. — A l'hôpital Lariboisière (Service de tuberculeux, service nouveau) : M. Decourt, *titularisé.*

3° A l'hôpital Tenon (remplacement de M. de Gennes) : M. Haguenau.

4° A l'hôpital Broussais (remplacement de M. Jacquelin) : M. Coste, *titularisé.*

Stomatologistes : 1° A l'hôpital Lariboisière (remplacement de M. Rousseau-Décelle, atteint par la limite d'âge) : M. Richard, de l'hospice de Bicêtre. — A l'hospice de Bicêtre : M. Lattes, *titularisé.*

2° A l'hospice des Enfants-Assistés (remplacement de M. Boissier, décédé) : M. Dechaume, *titularisé.*

CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE (admissibilité) 1937. — Liste de classement des candidats par ordre de mérite : M. Poissonnet, 47 ; Mlles Grumbach, 47 ; Hufnagel, 46 ; MM. Fénelon, Tétreau, 46 ; Mantoux, 45 ; Adam, 44 ; Lolmède, 44 ; Mouton, 44 ; Roy (Bernard), Perrier (Robert), 43 ; Ben-Haïm, 43 ; Bertrand (Jean), Coury (Charles), Lichnewsky (René), Bareau (Alain), 42 ; Mlle Darlhovski, MM. Gimault (Henri), Aupinel (Rodolphe), 42; Lebovici (Serge), Radzievsky, Feldmann (Pierre), 41 ; Blanchon (Pierre), 41 ; Bricaire (Henri), Danel (Jean), Mlle Lambert (Alice), MM. Langevin (Jean), Soulier (Jean), Verstraete (Claude), Campagne (Jean), 40 ; Castaigne (Paul), Berthon (Pierre), 40 ; Bourlière (François), Küss (René), Le Bozec (Roger), Lecointe (Pierre), Raynaud (Henri), Tiret (Jacques), Toulouse (Rémy), Brault (Albert), 39 ; Dreyfus (Jean), Lange (Eugène), Boudon (Claude), 39 ; Brisset (Charles), Chigot (Pierre), Froidefond (Maxime), Gorin (Raymond), Lecœur (Jacques), Minkowski (Alex.), Roger (René), Salet (Jacques), Bourgine (François), 38 ; Caufment (André), Lacroix (Pierre), Piguet (Benjamin), Albou (André), 38 ;

MM. Blancard (Lucien), 38 ; Blinder (Roger), Mlle Feder (Arlette), MM. Hébert (André), Leroy (Marc), L'Hirondel (Jacques), Perol (Etienne), Mlle Provendier (Marie), MM. Ristelhueber (Jean), Serreau (Charles), Alison (Joseph), 37 ; Galmiche (Paul), Jacquemin (Henri), Azaiz (Salah), 37 ; Callerot (Louis), Desfossés (Noël), Dubost (Charles), Douville (Jean), Granjon (André), Hertzog (Pierre), Joussemet (Raoul), Mlle de Larminat (Marie), MM. Léger (Bernard), Martinet (Jean), Poussier (François), Prochiantz (Alek), Renault (Pierre), Ronsin (Michel), Rouault (Michel), Goury-Laffont (Maxime), 36 ; Steinberg (Robert), Bastin (Raymond), 36 ; Cotillon (Jean), Delouche (Gaston), Huber (Jean), Liénard (Jean), Mendelsohn (Bernard), Rometti (Alde), Bolo (Robert), 35 ; Ciaudo (Denis), Phéline (Pierre),

Audoly (Paul), 35 ; Compagnon (Lucien), Mlle Corre (Lucienne), MM. Cossart (René), Etienne (Roger), Eudel (François), Gandrille (Marcel), Haussmann (Louis), Joinville (Eugène), Mlle Lefèvre (Jacqueline), MM. Maignan (Charles), Mattei (Marc), Mlle Rosenkovitch (Esther), MM. Scebat (Lucien), Sterboul (Isaac), Landau (Pierre), 34 ; Kreisler (Léon), Bauchart (Jean), 34; Baudon (Jacques), Butzbach (Jean), Capron (Pierre), Enel (Jacques), Feuillette (Pierre), Flouquet (Raymond), Fronville (Pierre), Hardel (Marc), Lanvin (Michel) ; Mlle Lindeux (Simone), M. Marzet (Alexis), Mlle Meunier (Andrée), MM. Pruvot (Georges), Roulland (Henri), Mlles Seyrig (Guillemette), Stalhand (Ellen), MM. Toufesco (Nicolas), Tricot (Robert), Bernard (Pierre), 33 ; Gibon (Louis), Mlle Lipmann (Charlotte), MM. Aharfii (Georges), 33 ; Bachet (Maurice), Carlotti (Jacques), Deprez (Victor), Mlle Haller (Renée), MM. Hemeury (Jean), Lasry (José), Leandri (Lucien), Le Sourd (Maurice), Pluvinage (Roger), Pointeau (Jacques), Rognon (Lucien), Roujon (Guy), Sriber (André), Staub (Michel), Tahar (L.), Thaon (Michel), Mlles Wolfromm (Hélène), Heulot (Raymonde), 32 ; MM. Lacombe (Roger), Motte (André), Muller (Jean), Aurégan (Maurice), 32 ; Barré (Yves), Bouillié (Raymond), Mlle Bournisien (Marthe), MM. Butet (André), Chabasseur (Marc), Mlle Hahn (Marie), MM. Kropff (Georges), Lambert (Léon), Martinon (André), Molimard (Jean), Mlles de Neymann (Marie), Rémond (Simone), MM. Rouget (Jacques), Saltet de Sablet, Sclafer (Maurice), Sevileano (Eugène), Mlle Tourneville (Renée), MM. Vernes (André), Durupt (Lucien), 31 ; Labayle (Jean), Loubrieu (Jean), Delair (Guy), 31 ;

M. Fayein (André), Mlle Granier (Régine), MM. d'Œlsnitz (Michel), Petit (Camille), Mlle Rist (Hélène), M. Delatour (Jacques), 30 ; Mlle Garnier (Marie), MM. Bonnet (Jacques), 30 ; Bonvallet (Jacques), Chartrain (Emile), Danion (Jean), Darricau (Aimé), Deslandes (Edouard), Dufour (Maurice), Hewitt (Jean), Mlle Laisney (Simone), MM. Lang (Paul), Monod (Marc), Rodde (Aimé), Bolivar, 29 ; Le Lay (René), Amado (Georges), 29 ; Mlle Antoine (Clotilde), MM. Ballade (Roger), Bertier (Jacques), Dailly (Robert), Filippi (Paul), Fraquet (Paul), Geffriaud (Marcel), Isal (Paul), Jardel (Gérard), Joublin (Jean), Kartun (Paul), Metzger (François), Mlle Moreau (Jacqueline), M. Pillet (Marie-Joseph), Mlles Rosental (Louise), Spach (Hélène), MM. Alber (André), 28 ; Chappellart (Pierre), Ferrand (Guy), Gallimard (Jean), Reverdiau (Jacques), Verriez (Charles), Vila (Roger), 28 ; Barbier (Pierre), Mlle Bentkowski (Gabrielle), MM. Butzbach (Jacques), Demassieux (Jean), Didier (Raymond), de Fourmestraux (Jean), Gertzberg (Victor), Hussameddin, Isorni (Philipe), Mlle Kahn (Madeleine), MM. Kaeppelin (Marie-Joseph), Libert (Raymond), Moullé (Antony), Paley (Jean), Tostivint (René).

Faculté de médecine de Paris. — Par décret du 2 décembre 1937, la Faculté de médecine de Paris est autorisée à accepter la donation de Mme Vve Frey pour la création d'un prix bisannuel sous le nom de « Fondation Léon Frey ».

Ce prix est destiné à récompenser le meilleur mémoire sur un sujet de stomatologie. Il sera réservé aux candidats de nationalité française, sans distinction de sexe. Le premier prix de cette donation sera attribué fin 1938.

Ecole de médecine de Limoges. — Le docteur Marie-Joseph-Marcel Faure est institué professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale ; le docteur Robin, ancien interne des hôpitaux de Paris, est chargé de la suppléance de la chaire d'anatomie, en remplacement du docteur Bazert.

Ecole de médecine de Rouen. — Le docteur Jean-Octave Fleury est institué professeur suppléant des chaires de clinique et pathologie médicales.

Collège de France. — L'Académie des sciences, dans sa séance du 6 décembre, a présenté, pour la chaire de médecine vacante par le décès de M. Charles Nicollé, en première ligne : M. René LERICHE ; en seconde ligne : M. Georges BOURGUIGNON.

Guerre. — M. le médecin général inspecteur Savornin, directeur du S. S. de la Région de Paris, est nommé, à dater du 26 décembre, président du comité consultatif de santé, inspecteur général technique du Service de santé, en remplacement de M. le médecin inspecteur général Rouvillois, ancien président de l'Académie de chirurgie, membre de l'Académie de médecine, atteint par la limite d'âge.

— M. le médecin général inspecteur Gay-Bonnet, inspecteur permanent du matériel et des établissements du Service de santé militaire, est nommé, à compte du 26 décembre 1937, directeur du Service de santé de la région de Paris.

— M. le médecin général inspecteur Morvan, directeur du Service de santé au ministère de la Défense national et de la Guerre, est nommé, à compter du 26 décembre 1937, inspecteur permanent du matériel et des établissements du Service de santé militaire.

— M. le médecin général Maisonnet, médecin-chef de l'hôpital du Val-de-Grâce, est nommé directeur du Service de santé au ministère de la Guerre.

Association stomatologique internationale. — Le Bureau de l'Association stomatologique internationale s'est réuni le 27 décembre à Bruxelles. Il a été décidé qu'un Congrès stomatologique international se tiendrait dans cette ville en juillet 1940, sous la présidence du professeur Van Mosuenck, de l'Université de Louvain.

A l'occasion de cette réunion, le délégué du Gouvernement belge, Directeur général de la Santé publique, a remis au docteur Chompret, stomatologiste honoraire des hôpitaux de Paris, Président d'honneur de l'Association stomatologique internationale, les insignes de l'Ordre de Léopold.

Nécrologie. — Le docteur H. Chopy, à Nemours.

— Le docteur Gustave Dalen, Prix Nobel de physique, en 1917, décédé à Stockholm.

— Le docteur Gustave Donegani (à Paris).

— Mme Elisabeth Charles Kodelski, docteur en médecine à Paris.

(*Voir la suite des Informations p. 1641.*)

LENIFORME

2.5 et 10%

HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE

est indiqué dans le

CORYZA

PUISQUE

l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.

Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)

SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES

*

NÉPHRANGIOSPASME, HYPERTENSION ET ARTÉRITE

par M. Léon FILDERMAN

S'inspirant des travaux de Volhard et de Fahr, MM. Chabanier et Lobo-Onnell ont dégagé du bloc des néphropathies un type de maladie rénale, désigné sous le nom de « néphrangiospasme ». Vasculaires, les lésions dans cette forme s'opposent, au moins au début, aux lésions glomérulaires, tubulaires ou interstitielles des autres formes. En collaboration avec MM. Reuter et Lélu, ces mêmes auteurs viennent d'apporter une confirmation extrêmement concluante de leurs travaux antérieurs, grâce à un nombre important (25) de biopsies pratiquées sur des néphrétiques dans le laboratoire de la Clinique urologique du professeur Marion, service de M. Monier-Vinard.

Selon ces auteurs les néphrangiospasmes se présentent sous deux formes, nettement différenciées, cliniquement et anatomiquement. Leurs pronostics diffèrent eux-mêmes au point de s'opposer sous les vocables respectifs de : « néphrangiospasme bénin (N.A.B.) et malin (N.A.M.) ».

Or, toute cette description aboutit à considérer cette forme de néphropathies comme la conséquence d'une « artériopathie » superposable aux artérites que nous avons l'occasion de soigner sur les membres inférieurs et, plus rarement, sur les membres supérieurs.

Tout y est, y compris la distinction, un peu schématique à notre avis, entre la N.A.B. et la N.A.M., la première se rencontrant chez les malades ayant dépassé la soixantaine, la seconde ne se voyant que chez les jeunes.

Parallélisme parfait avec, dans le domaine des artérites, les formes *scléreuses* et lentes des vieillards, d'un côté, et les *endartérites bourgeonnantes* des jeunes (Maladie de Buerger).

Etiologiquement, il semble qu'on attribue les néphrangiospasmes à des causes toxiques, humorales ou nerveuses. Les autres néphropathies seraient d'origine infectieuse.

Quant au traitement, ces auteurs, écartant toutes les méthodes médicales, préconisent dans ces cas les interventions chirurgicales suivantes : surrénalectomie, énervation anatomique et chimique combinée à la décapsulation.

Des procédés chirurgicaux identiques ou analogues ont été appliqués, non sans succès, dans les artérites des membres inférieurs et même dans les hypertensions artérielles.

Or, une expérience de plus de 15 années sur les hypertendus et de 7 années sur les artérites, m'a appris que les hypertensions, les angiospasmes, les artérites les plus brutales, cèdent à une thérapeutique endocrinienne méthodique. Dans certains de ces cas la chirurgie avait échoué.

Ces troubles vasculaires sont-ils le fait d'une hypersécrétion surrénale ou post-hypophysaire (Cushing) ? Sont-ils provoqués par des « humeurs peccantes » provenant d'un vice de la nutrition cellulaire ou d'une imparfaite élaboration des ingesta par le foie, le pancréas, ou d'autres organes ? M'inclinant devant le verdict de la thérapeutique, je pencherais, pour ma part, plutôt du côté de l'hypothèse d'une déficience de certaines sécrétions des glandes sexuelles, ou du pancréas, antagonistes des facteurs spasmogènes. Certaines d'entre elles sont, en même temps, des agents puissants de défense anti-infectieuse, d'où les effets remarquables dans les infections cutanées (V. Dix années d'hémocrinothérapie dans les affections straphylococciques cutanées, Sté de Méd. XI, 36). D'autres agissent en neutralisant les produits spasmogènes, d'où leur action si efficace dans les hypertensions (V. Tt de l'hypertension artérielle par l'hémocrinothérapie, Sté de Thérapeutique, XII, 35).

Voici deux exemples d'hypertensions jugulées par l'hémocrinothérapie, le premier sur un homme âgé de plus de 60 ans, le deuxième sur une femme au-dessous de la soixantaine :

Obs. I. — M. Ga., 67 ans, dysphasique, hémiparétique, obnubilé, arrive encadré par sa femme et sa fille. Sa Mx dépasse 30 au Pachon. Traité en 1933, il se maintient depuis avril 1921 à 23 et fait à 70 ans 26 kilomètres à pied. (Ce passage est extrait de ma communication à la Sté de Thérapeutique, parue dans le Bulletin de décembre 1936.)

A l'heure actuelle ce malade a dépassé 71 ans.

Tirée de la même communication, voici l'observation de Mme C.

Obs. II. — Mme C. souffrait en 1923, à l'âge de 43 ans, d'étourdisements, de battements de cœur, d'oppression. La tension Mx était à 22. A cette époque je lui ai appliqué les traitements classiques contre l'hypertension de la ménopause.

En avril 1932 je trouvai les chiffres suivants : Mx 26, My 12, Mn 9, In 3. Le surlendemain de la première injection hémocrinienne, le 28 avril, il n'y avait plus que : Mx 17,5, My 8, Mn 7 et In 4, et la malade se trouve soulagée. Le 4 mai léger recul : Mx 20, My 9, Mn 7, In 4. Mais à partir du 6 mai et jusqu'à la fin du traitement (qui dure habituellement 4 semaines), nous enregistrons les chiffres suivants : Mx 14,6, My 7 (ou 6),, Mn 5 (ou 4), In 4. Le Dr Hérold de Pierrefort, du Cantal, a trouvé il y a deux ans : Mx 18, My 12. Cette malade, très malheureuse avant, se porte bien depuis.

Plus démonstratives encore me paraissent les constatations sur les artérites des membres. En avril 1937, j'ai présenté à la Sté de Thérapeutique les observations de 30 cas, dans lesquels j'ai obtenu régulièrement la réapparition des pulsations abolies ou l'augmentation d'un index oscillométrique diminué. Plusieurs de ces malades étaient menacés d'amputation et avaient des lésions gangréneuses ou ulcéreuses. L'effet est rapide et persiste plusieurs années. Le Bulletin de la Sté de Thérapeutique contient le tableau synoptique des observations assez détaillées de tous ces cas (n° 4, avril 1937).

Voici quelques détails complémentaires sur un des cas les plus caractéristiques.

Obs. III. — Ch., 52 ans. Début de la maladie en 1929. A été traité par MM. Mallart et Milhit, par l'acécholine et la diathermie. Il a subi également la radiothérapie profonde des surrénales.

Le 6 mars 1933 il se présente dans mon cabinet en affirmant que ses médecins, d'accord avec M. le professeur

Hartmann, avaient conseillé l'amputation au-dessus du genou.

Le malade n'arrête pas de gémir, jour et nuit.

Depuis un an et demi il ne peut plus s'allonger, depuis 6 mois il passe ses nuits dans un fauteuil. Ankylose du genou en demi-flexion. Gangrène des deux premiers orteils. Au-dessus des malléoles de la jambe gauche, de chaque côté, une plaque de sphacèle. Au cours de la première semaine de traitement, ces deux plaques se rejoignent devant et derrière, formant une manchette de sphacèle ayant 8 cm. de hauteur.

Index oscillométrique 0 à la poplitée.

Quatre jours après le début du traitement, Index=1,5.

Le malade annonce spontanément, une semaine après, qu'il a « dormi deux nuits comme s'il n'était pas malade », tout en diminuant les soporifiques.

Le 6 juin, le Dr Raymond Petit procède à l'ablation des deux orteils antérieurement mortifiés.

Comme vous voyez la cicatrisation est faite, l'ankylose du genou s'est quelque peu détendue. Un cordonnier spécialisé, M. Thièse, lui a confectionné, il y a quelques jours, une semelle qui s'ajuste à ses chaussures, grâce à quoi le malade s'entraîne à la marche et pourra reprendre prochainement son travail d'ébéniste.

Le malade est heureux, il ne souffre plus, il dort, il a gagné 4 kilos. (*Bul. de la Sté de Thér.*, 15 déc. 1933.)

Ajoutons que, à l'heure actuelle, ce malade est bien guéri.

L'ankylose a disparu, il travaille normalement.

Le cas suivant tire un intérêt particulier du fait que, à un moment donné, la claudication intermittente supprimée par le traitement a été suivie, 3 ans après, d'une crise d'angor qui a été jugulée par le même traitement.

C'est encore un malade qui avait déjà été présenté à la Sté de Médecine.

Obs. IV. — Hos. Claudication intermittente diagnostiquée par M. le prof. Noël Fiessinger. Mme le Dr Avramoff avait noté sur une ordonnance du 15 mai 1930 un Index = à « Zéro au Pachon ». En 1933, crise d'angor et hypertension (Mx 27). Sur mon conseil, le Dr Sigaud obtient par l'hémocrinoovarienne une amélioration immédiate.

Soulignons que l'Index de 0 au début se maintient à 2 cm. 7 ans après.

***

Il est donc évident que l'hémocrinothérapie agit efficacement sur les angiospasmes des membres.

N'est-il pas logique d'espérer qu'elle agirait de même sur les néphrangiospasmes ?

C'est au sujet de ce dernier malade que, à l'occasion de sa présentation à la Sté de Thérapeutique, en 1933, nous avons insisté sur la distinction à faire entre la part du spasme et celle de la sclérose. Passage de la forme bénigne à la forme maligne ? Peut-être. Il existe probablement aussi des formes sclérosantes par spasme d'origine toxémique et des formes d'étiologie différente se caractérisant par une endartérite bourgeonnante (Buerger).

Le parallélisme avec les néphrangiospasmes se poursuit donc.

***

Peut-être les deux faits suivants pourraient-ils servir de transition entre les cas de M. Chabanier et ses collaborateurs et les nôtres.

Obs. V. — Kar. Claudication intermittente depuis 4 ans. Ulcération sur un orteil. A passé par plusieurs hôpitaux et subi tous les traitements classiques pendant 4 ans, y compris une sympathectomie. Se présente dans mon cabinet le 10-9-35 très endolori, marchant difficilement, n'ayant qu'un In de 0,5. Le 14-9, le malade signale après la première injection qu'il a une polyurie très forte qui l'inquiète. Le 17, sans avoir rien changé à son régime, sans aucun changement dans le traitement, il annonce la cessation de la polyurie.

N'est-il pas clair qu'il s'est produit là un relâchement d'un spasme vasculaire, pour le moins ébauché ?

Quel dommage qu'on ne puisse pas pratiquer, sur tous ces malades, des biopsies rénales selon la technique de M. Chabanier et ses collaborateurs.

Et voici le second fait :

Obs. VI. — Dou., 42 ans, traité à Lariboisière pour une néphrite hypertensive subaiguë avec 12 gr. d'albumine. Après plusieurs mois de séjour à l'hôpital, il sort avec une tension Mx de 20, My 13, Mn 9 et 0 gr. 25 d'albumine après avoir subi une dernière saignée, le jour même, à l'hôpital.

L'hémocrino-pancréatique ramène en quelques jours la Mx à 17,5, My 9, Mn 4, tensions qui se maintiennent depuis ; il n'y a plus d'albumine.

N'est-on pas autorisé à penser que chez ce malade il y avait depuis plusieurs mois, spasme vasculaire rénal, prélude d'un N.A.M. ?

Je vais plus loin : fort des 131 observations de staphylococcies dans lesquelles l'hémocrinothérapie s'est montrée si active, je suis en droit de penser, jusqu'à preuve du contraire, que cette méthode thérapeutique, dont la polyvalence n'est plus à démontrer, pourrait agir contre l'élément infectieux supposé dans les néphrangiospasmes malins aussi bien que dans les endartérites bourgeonnantes (maladie de Buerger).

Si donc on ne peut qu'admirer les beaux travaux des collaborateurs de M. le professeur Marion, MM. Chabanier, Lobo-Onell, de Reuter et Lélu, on doit faire toutes réserves sur leurs conclusions thérapeutiques.

Plusieurs de nos artéritiques avaient subi des sympathectomies ou l'irradiation surrénale sans résultat, alors que l'hémocrinothérapie avait eu un effet excellent.

Il nous semble raisonnable de proposer, dans toutes ces néphropathies, ne serait-ce qu'à titre d'essai, une application correcte de l'hémocrinothérapie, avant toute intervention mutilante. Je dis bien une application correcte. Depuis que nous avons créé cette technique opothérapique, nous lisons encore sous la plume d'auteurs de haute classe, des phrases comme celle-ci : « Nous avons fait à cette malade 20 injections hémocrino-ovariennes sans résultat » ; et on ajoute plus loin : « il est vrai que cette malade ne présentait pas de troubles ovariens comme la malade de Filderman ».

Il importe, en effet, d'avoir un diagnostic endocrinien correctement établi, *sine qua non*. Jusqu'ici nous n'avons pas adopté les procédés chimiques, biologiques ou physiques tendant vers ce but. La clinique nous suffit. Au pis aller, en cas d'erreur de diagnostic, on fait 3 séances sans effet direct, mais *pas plus*. Et ces 3 séances ne sont pas perdues pour le malade. Si on a cru devoir les faire, c'est qu'on avait constaté une déficience endocrinienne qui les imposait. Elles

n'ont pas eu d'effet sur la manifestation en traitement ; elles n'ont pu avoir qu'un effet salutaire sur d'autres manifestations plus discrètes.

Jusqu'à ces derniers temps, nous avons cru que le domaine de l'angiospasme jouissait du privilège de n'être influencé que par deux glandes, l'ovaire et le pancréas. L'expérience m'a enlevé cette illusion. On pourra voir dans la liste de mes 30 observations d'artérite (Sté de Thérapeutique, avril 1937), figurer, à côté de ces deux glandes, dans des cas isolés il est vrai, toute une série d'autres préparations : foie, testicule, hypophyse antérieure, muscle de veau, placenta.

***

Une dernière remarque pour terminer :

Dès lors que, dans les néphropathies, il est question de spasme artériel, on est en droit de se dire que ce qui se passe dans le rein ne diffère pas essentiellemnt de ce qui se passe dans les membres inférieurs souffrant d'un angiospasme (Cf. Obs. V). Et comme ceux-ci sont accessibles à nos examens directs, à l'oscillométrie notamment, les études qu'on peut faire sur ce point ne peuvent être que fructueuses pour les chercheurs qui étudient la pathologie rénale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE ANNUELLE DU 14 DÉCEMBRE 1937)

PRIX DÉCERNÉS EN 1937 (1)

SERVICE DE L'HYGIÈNE. — *Rappels de médailles d'argent :* Mlle Rauol, directrice-fondatrice de l'Œuvre du Bastion 42, à Paris ; MM. Brachet (Moselle) ; Forestier, à Constantine ; MM. le docteurs Fulconis, à Noce ; Lelièvre, à Angers.

Médailles d'argent : Mmes Athenour, présidente du Comité local de l'Œuvre des Petits-Sahariens, à Timimoun, territoire de Gourara (Sud-Saharien) ; Boyer (Marie), à Paris ; Brault (Eliane), à Paris ; Corpet, à Paris ; Darre, à Paris ; Flinois, à Paris ; Frezouls, à Paris ; Hippolyte, à Paris ; Mayoux, à Paris; Rickenback, présidente de l'Association des Dames françaises de l'Afrique occidentale française ; la générale Verdier, présidente de la S.S.B.M., à Hanoï (Tonkin); Mlles Berges, à Paris ; Chesnel, à Antony ; Coudert, Fauconnet, Haguenau, de Hurtado, Javal, Picquenard, à Paris ; MM. Eynard (Côte-d'Or) ; Finance (Loir-et-Cher) ; Gendre (Gironde) ; Montagne (Haute-Marne) ; MM. les docteurs Blavette à Paris ; Clément, à Paris ; Espagne, à Aumessas (Gard) ; Grenoilleau (Loir-et-Cher) ; Hazemann, à Paris ; Lamy (Maurice), à Paris ; Lamy (Seine-et-Marne) ; Lévy (Loiret) ; Maréchal (Doubs) ; Marquézy, à Paris ; Martial, médecin commandant au ministère des Colonies ; Martin (René), à Paris ; Peltier, médecin colonel, directeur de l'Institut Pasteur de Dakar ; Scherb (Hérault) ; Vaillant (Pas-de-Calais) ; Valette (Bouches-du-Rhône) ; Viette (Eure-et-Loir) ; Woringer, à Strasbourg ; MM. Bénard, Duval (Claude), à Paris ; Marquis, à Saïgon ; Pinoteau, à Paris ; Tissot, gouverneur honoraire ; Virgitti, maire d'Hanoï ; le Révérend Père de Villèle (Joseph), à Tananarive.

Médailles de bronze : Sœur Firmin de Chauny, à Bangui ; Sœur Imalda du Saint-Sacrement, à Levallois-Perret ; Sœur Marie du Cénacle, à Levallois-Perret ; Sœur Sempe, à Saïgon ; Mmes Begey, à Mustapha (Alger) ; la Comtesse de Cuverville (J.) ; Dommange, à Paris ; Favier, à Bourg ; Harant-Lambert ; Maguet (A.O.F.) ; de Moismont, à Paris ; Nicolle (Pierre), à Paris ; Preisig, à Nice ; Regis (Irma), à Paris ; Regis, à Paris ; Renouard, Roullet, Rouvier, Simonnet (Irène), Toucas-Massillon, Vouzelle, à Paris ; Audibert, Brière, Fritsch, Godin, de Lavenant, Leven (Juliette), Machat. Manière ; Mouneyres ; Moynes, à Dakar ; Renouard, à Paris ; Simon, à Colmars-les-Alpes ; Troué, à Paris ; MM. Autissier (Corse) ; Bornet (Maine-et-Loire) ; Bourgues (Hautes-Alpes) ; Donzeau (Haute-Vienne) ; Dresse (Ardèche) ; Hartmann (Aisne) ; Hubert (Calvados) ; Jupillat (Vendée) ; Lamotte (Manche) ; Ouvrier (Landes) ; Rougon (Basses-Alpes) ; Mlles Briandet (Côte-d'Or) ; Léonard (Oise) ; M. Marnet (Seine-et-Oise) ; Mlles les docteurs Abricossof (Lucie), à Levallois-Perret ; Danzig (Loiret) ; Leconte (Paris) ; MM. les docteurs Albrespy, à Saint-Varent ; Couderc, à Nice ; Duprez, à Montoire ; Guiberteau, à Nice ; Izard (Haute-Garonne) ; Diagne Abdoulaye, à Dakar ; Jacquet, à Paris ; MM. de Beaumont (G.) ; Chalumeau ; Flavigny ; Gintrat ; Lages ; Roques.

SERVICE DE LA VACCINE. — *Médaille d'honneur :* M. le docteur Le Mière, à Paris.

Rappels de médailles de vermeil : MM. le docteurs Barrault, à Paris ; Roubaud, à Paris ; Thébault, à Paris ; Theulet-Luzie, à Paris.

Médailles de vermeil : MM. les docteurs Grosdemange, à l'Hillil ; Isnard, à Chellala ; de Mouzon (Adrien), à Corneille , Mlle Benne (Jeanne-Marie-Josèphe), à Bordeaux.

Rappels de médailles d'argent : MM. les docteurs Bidel, à Paris ; Bricet, à Paris ; Hutinet, à Paris ; Janin, à Paris ; Lavie, à Paris ; Netter, à Paris ; Oppenheim, à Paris ; Signoret, à Paris ; Viancin, à Paris.

Médailles d'argent : MM. les docteurs Chiray, à Bobigny ; Girauld, à Paris ; Goellner, à Saint-Amarin ; Lartigue, à Gouraya ; Muller, à Altkirch ; Petremant, à Aïn-Tedelès ; Sabadini, à Sédrata ; M. Dezavelle, à Noisy-le-Sec.

Rappels de médailles de bronze : MM. les docteurs Bostetter, à Brumath (Bas-Rhin) ; Candegabe, Claude, Gadreau, Gaultier, Guerrier, Lemarignier, Maître, Moulin, Néel, Pillot, Rabasse, Routhier, Touchard, Trocmé, à Paris.

Médailles de bronze : MM. les docteurs Buchert, à Ittenheim ; Fritsch, à Mommenheim ; Germain, à Herment ; Molimard, à Ambert ; Peter, à Hoerdt ; Pigheon, à Saint-Amand-Tallende ; Rouher, à Artonne ; Mmes Boyer, née Guérin, à Clamart ; Bouquant, née Chauvin, à Gennevilliers ; Finck, à Pavillons-sous-Bois ; Hopton, née Fourmaux, à Colombes. ; Lorinet, à Noisy-le-Sec ; Quimfe, à Noisy-le-Sec ; Roussille, née Loyer, à Drancy ; MM. Abderrahim, à Tigzirt ; Allaïs, à Marseille ; Balassoupramanien (Inde) ;

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1937, n° 101, p. 1621.

Benharat, à l'Hillil ; Benlahiod, à Châteaudun-du-Rhumel ; Bouquant, à Gennevilliers ; Delavictoire et Djearame (Inde) ; Frambry, à Asnières ; Haddah, à Corneille ; Ittiacandy, à Ammi-Moussa ; Latchoumanin (Inde) ; Liger, à Aubervilliers ; Ménard, à Saint-Maur-des-Fossés ; Mietsch, à Strasbourg ; Nguyen-van-Au, à Lang-Son ; Plas, à Bondy ; Sahnouni, à Azazga ; Sainte-Rose (Inde) ; Simon, à Strasbourg ; Thao-phao, à Xieng-Khouang (Laos) ; Wagner, à Strasbourg-Neudorf.

VACCINATION ANTIDIPHTÉRIQUE. — *Médailles d'argent :* MM. les docteurs Ciavaldini, à El-Arrouch (Algérie) ; David, à Tiaret (Algérie) ; Faugère, à Alger (Algérie) ; Flogny, à Alger (Algérie) ; Lutier, à Paris ; Margaillan, à Alger (Algérie) ; Vitry, à Paris ; Mlle Barège, à Paris.

Rappel de médaille de bronze : M. le docteur Cléret, à Paris.

Médailles de bronze : MM. les docteurs Bertrand, Bricet, Girault Gourichon (Henri), Gourichon (Louis), Laufer, Néel, Netter, à Paris ; Perrier, à Rouen ; Mmes Baron, à Rouen ; Wright, à La Madeleine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

Thèses soutenues pendant l'année 1936-1937 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 67. ACCART. — Influence de la vie ou de la mort de l'œuf sur le déterminisme des accidents aigus dans la grossesse tubaire. (Importance de l'étude quantitative de la réaction de grossesse.)

128. ALLAIN (Mlle). — Evolution de la tuberculose pulmonaire dans 71 cas de pneumothorax traités en milieu sanatorial par l'opération de Jacobeus.

149. AMATHIEU. — La déligamentopexie.

34. AUBERT. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes du tissu lymphopoiétique et du système réticulo-endothélial dans leurs localisations ganglionnaires et amygdaliennes.

143. BAFFIE. — A propos d'un cas de « maladie cœliaque ».

147. BALEYDIER. — La sérologie de la tuberculose pulmonaire. (Valeur pronostique.)

172. BARANGE. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des péritonites aiguës diffusantes du post-abortum.

142. BARDONNET. — Etude sur 130 observations d'opération césarienne basse conservatrice.

94. BARET. — Contribution à l'étude du traitement des ulcères perforés.

127. BARRIER. — Sur la tache bleue mongolique.

45. BAYET. — Les formes chirurgicales de l'ascaridiose.

57. BAYLON. — Traitement de la cataracte chez les diabétiques.

44. BAZEILLE. — Contribution à l'étude des tumeurs conjonctives malignes des membres. Considérations sur leur traitement actuel.

126. BEAUNE. — Les injections de lait et l'abcès de fixation dans le traitement des rhumatismes aigus et subaigus.

124. BENZAKEN. — Les formes métastasiques du cancer du pancréas. (Aspects cliniques et anatomo-histologiques.)

108. BÉRARD. — Les méthodes chirurgicales du traitement de l'angine de poitrine. (Evolution et résultats.)

24. BERNÈS. — L'association brucello-tuberculeuse. (Faits cliniques et essai d'étude expérimentale chez le cobaye.)

(1) Voir *Thèses de Montpellier*, n° 78, p. 1234 — *Thèses d'Alger*, n° 80, p. 1269. — *Thèses de Lille*, n° 81, p. 1284. — *Thèses de Strasbourg*, n° 82, p. 1301. — *Thèses d'Hanoï*, n° 89, p. 1414. — *Thèses de Nancy*, n° 95, p. 1501. — *Thèses de Toulouse*, n° 99, p. 1589 et n° 100, p. 1600. — *Thèses de Bordeaux*, n° 100, p. 1601.

141. BERNIGAUD. — Du rôle de la barre inter-urétérale dans les rétentions vésicales.

65. BERTHEZÈNE. — Traitement de la lèpre par le bleu de méthylène.

84. BERTHEZÈNE (Mme), née TRIBOUILLET. — Contribution à l'étude des épidémies de fièvre typhoïde, d'origine lactée.

107. BERTHIER. — Du rêve au délire.

56. BIDEAU. — De la colectomie totale dans les cancers de l'angle splénique.

40. BINET. — Altérations osseuses et maladies sanguines dans l'enfance.

46. BINSON. — Etat sanitaire des grandes lignes aériennes mondiales et convention sanitaire internationale pour la navigation aérienne.

150. BLANCHARD. — Suites éloignées et récidives après la cure radicale de la hernie inguinale.

160. BODET. — Valeur de l'arthroplastie dans les ankyloses du coude.

111. BOIRON (Charles-Joseph-Philippe). — Cœur et diaphragme. (Contribution à l'étude de l'orthodiagramme cardiaque envisagé dans ses rapports avec la statique diaphragmatique.)

139. BOIRON (Paul-Marie-Jean). — Sur le moment et les conditions d'apparition de la méningite tuberculeuse chez l'enfant.

162. BOISSON DE CHAZOURNES. — Le pouvoir hémorragipare, chez le lapin, du sérum et des tissus humains normaux et pathologiques.

47. BONGARS DE VAUDELEAU. — Aptitude et imputabilité, au service militaire, des tachycardies chroniques.

157. BONHOURE. — La thoracotomie dans la chirurgie des hernies diaphragmatiques. Considérations techniques, avantages, indications. (Eventration diaphragmatique exceptée.)

95. BONIFACI. — La sous-arachnoïdite aiguë curable des jeunes sujets. (L'étude de son liquide céphalo-rachidien.)

178. BONNEL. — Syndrome brightique par pyélite latente.

83. BONNET (Mlle). — Contribution à l'étude du diabète insipide. (Publication d'un cas de polyurie familiale.)

42. BOUQUET. — A propos des résultats du cancer du maxilaire supérieur. (Statistique du centre anticancéreux de Lyon, 1925-1935.)

100. BOURGEOIS (Léon). — Contribution à l'étude des sections d'adhérences.

58. BOURGEOIS (Maurice). — Considérations à l'occasion d'un cas de lésion du nerf optique et d'ophtalmoplégie sensitivo-motrice par coup de couteau de la tempe.

71. BOUTET. — L'acrodynie dite infantile chez l'adulte.

154. BOUVERAT. — Du drainage périnéal complémentaire après la prostatectomie hypogastrique.

43. BOUZONIE. — Le dépistage de la tuberculose pulmonaire par les rayons X.

112. BOVIER-LAPIERRE. — Contribution à l'étude des méningo-encéphalites morbilleuses.

2. BRUN. — Etude sur le cycle de l'infection tuberculeuse humaine.

152. BUSSILLET. — Contribution à l'étude des œdèmes chez les cirrhotiques. (Leurs rapports avec les modifications des protéines sanguines.)

35. CAILLARD. — Un aspect très rare de la perforation des ulcères gastro-duodénaux : la pneumatose péritonéale.

14. CARDAIRE. — Les troubles du système neuro-végétatif chez les femmes présentant des vomissements graves de la gestation.

31. CAUSSE. — Les indications du pneumothorax artificiel dans la tuberculose pulmonaire de l'enfant.

140. GELLIÈRE. — Hormones utérines. (Leur utilisation dans le traitement des troubles de la ménopause chirurgicale.)

21. CHAIX. — Le développement de l'hygiène et l'effort social dans un département rural : les Hautes-Alpes.

174. CHANDELLIER. — Contribution à l'étude de l'insertion vicieuse du placenta dans ses variétés latérales et marginales.

146. CHANIAL. — Etiologie du syndrome de Besnier-Bœck. (Etude critique.)

195. CHARLET. — La luxation congénitale totale du coude.

153. CHARTON. — Des suppurations pleurales persistantes (tuberculose exceptée). (Causes et traitement.)

193. CHARVET. — Les aspects chirurgicaux de la brucellose.

190. CHAUVET. — Les dilatations géantes « anévrismales » de l'oreillette gauche dans les cardiopathies mitrales.

106. CHAUVIRÉ. — Contusion de l'œil. Syndrome traumatique du segment antérieur.

1. CHAVANNE. — Sécrétion nasale et glandes endocrines. (Recherches expérimentales sur le testicule, le corps thyroïde et l'hypophyse antérieure.)

25. CHOPIS. — Pathogénie et formes cliniques de l'atélectasie pulmonaire.

119. CLUZET. — Etude de l'action des émanations radioactives sur les milieux protéiques, plus particulièrement sur le sérum sanguin.

165. COESTER. — Au sujet d'une méthode de castration ovarienne par la radiothérapie.

3. COLLENOT. — Remarques cliniques et thérapeutiques sur le délire aigu chez la femme.

129. COLLET. — Contribution à l'étude du cancer sous-glottique.

182. COSTERG. — Le pemphigus épidémique des nouveau-nés. (Contribution à l'étude clinique et recherches étiologiques.)

30. COURTIAL (André). — Traitement de l'acrodynie infantile.

76. COURTIAL (Lucien). — Nouvelles observations de prématurés traités par la folliculine.

173. CRAPONNE. — Considérations cliniques et thérapeutiques sur treize cas de tétanos du nouveau-né suivis de guérison.

131. CUCHE. — Résultats éloignés de la réduction précoce des luxations traumatiques de la hanche.

97. DARRAS. — Catalogue des bassins du musée de la clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Lyon. (Mensurations, classification.)

12. DARROZE. — Traitement de la maladie de Nicolas-Favre par l'antimonio-thiomalate de lithium.

158. DELAIGUE. — De la thoracoplastie dans le traitement des pyopneumothorax tuberculeux avec sommet pulmonaire pathologique largement adhérent.

113. DELBOS. — Les vulvo-vaginites infantiles. Contribution à l'étude de leur thérapeutique par les substances œstrogènes.

132. DEROUDILLE. — Le nodule blanc des pyramides du rein.

109. DIEBOLT. — Les épithéliomas baso-cellulaires pigmentés.

68. EDEL. — Les complications pulmonaires post-opératoires précoces et leur traitement. Indications de la broncho-aspiration d'urgence.

194. EYRAUD. — Traitement des constrictions permanentes des mâchoires, d'origine articulaire, sans ankylose osseuse.

171. FAURE. — Contribution à l'étude de l'enfance coupable. (L'âge d'apparition des perversions instinctives.)

185. FENOGLIO (Mme), née BARRAL. — De l'utilisation de la curiethérapie dans les métrorragies dites essentielles des jeunes filles. (Formes graves.)

74. FLOQUET. — Essai sur la valeur pronostique de l'orthocardiographie dans les formes graves de la maladie de Basedow.

48. FOUIN. — Le problème militaire de la tachycardie paroxystique. (Aptitude au service militaire, imputabilité.)
61. FRÈREJEAN. — Introduction à l'emploi du bisulfo-salicylate de quinine en thérapeutique.
92. FUSTIER. — Contribution à l'étude de la scléro-kératite tuberculeuse et de ses reliquats histologiques.
159. GALLONI. — Etude critique et expérimentale des effets immédiats et lointains de l'énervation des capsules surrénales chez le chien.
50. GALY-MERLIN. — De quelques formes anormales de l'intoxication oxycarbonée aiguë.
130. GASCA. — A propos de deux cas mortels d'éclampsie avec vérification anatomique et étude histo-pathologique des principaux viscères.
6. GAUBENS. — Les méningiomes parasagittaux.
123. GAYET. — L'uretère intramural. (Etude anatomo-physiologique. Troubles fonctionnels et leur traitement.)
54. GÉNÉREAU. — De l'emploi de l'étau pour la réduction du diastasis tibio-péronier.
28. GRABER (Mme), née DUVERNAY. — Arthrites chroniques sacro-iliaques non tuberculeuses.
177. GRADELER. — La mélanodermie brightique.
134. GRASSET. — Etat du système cardio-vasculaire dans les cirrhoses éthyliques du foie. (Contribution à l'étude des troubles cardiaques d'origine alcoolique.)
38. GROSSETÊTE. — Les anémies du nouveau-né.
99. GUILLEMINOT. — Notes de thérapeutique clinique sur la mélancolie essentielle.
29. GUIMET. — Recherches sur les causes et l'évolution des bronchectasies dans l'enfance.
156. HORVILLE. — Du traitement actuel des fractures du col du fémur chez l'adulte et plus particulièrement de l'enclouage sans arthrotomie des fractures trans-cervicales.
180. HYRONDELLE. — Les pyonéphrites. La chirurgie conservatrice dans les pyonéphrites de l'essorage.
70. IZAC. — La pseudo-sclérose type Westphal-Strümpell devant la sémiologie neurologique objective.
49. JACQUOT. — Hypertension artérielle permanente. (Imputabilité et aptitude au service militaire.)
105 JARRIER (Mlle). — Diphtérie et vaccination antidiphtérique dans le département de l'Ain.
116. JAUME. — Contribution à l'étude de la gangrène post opératoire progressive de la peau.
121. JEANNOT. — Contribution à l'étude de la forme appendiculaire de l'invagination intestinale.
133. JEUNE. — Les troubles cardio-vasculaires dans le myxœdème.
148. JIROU (Mme), née ROTH. — Contribution à l'étude des greffes pédiculées de l'ovaire dans l'utérus.
191. JOSEPH. — Contribution à l'étude du chimisme gastrique par l'épreuve de l'histamine dans les gastropathies et plus spécialement les gastropathies fonctionnelles.
60. KERBŒUF. — Contribution à l'étude de la maladie de Besnier-Bœck (lésions osseuses).
187. KNOERTZER (Mlle). — Contribution à l'étude de la kératite interstitielle dans la syphilis acquise.
11. LACAVE. — De quelques applications de la chrysothérapie. (Aurothiopropanol sulfonate de strontium en suspension huileuse.) (Dermatologie, rhumatologie, essais pathogéniques.)
189. LAFOND (Mlle). — Le pronostic des processus spléno-pneumoniques tuberculeux de la deuxième enfance.
77. LAFONT. — Statistique du service de clinique obstétricale.
7. LAGIER. — Sur une forme particulière de tuberculose iléo-cæcale à début appendiculaire ; la forme avec intervalle libre et évolution en trois temps.
80. LALAÏ. — L'anastaphylotoxine et le traitement des staphylococcies.
176. LAPÈLERIE. — La primo-infection tuberculeuse dans l'armée.
8. LAPIERRE. — Les sources guérisseuses en Bourgogne (Côte-d'Or et Saône-et-Loire).
136. LARDET. — La fièvre typhoïde d'origine hydrique en dehors de l'eau de boisson et les contaminations hydriques secondaires.
192. LASSERRE. — Etude comparée des divers traitements de l'ankylose osseuse temporo-maxillaire.
73. LAUZIÉ. — De la désarticulation interscapulo-thoracique dans la chirurgie du cancer du sein.
88. LAVABRE. — La maladie des porchers.
63. LÉANDRI. — Contribution à l'étude des arthrites suppurées des grandes articulations des membres au cours de l'infection puerpérale.
101. LECLERC. — Contribution à l'étude du traitement ambulatoire des ulcères chroniques de jambe.
26. LECLERCQ. — Contribution à l'étude de l'amputation transmétatarsienne.
9. LE COZ. — Considérations sur quelques épidémies de peste en Bretagne. (Etude historique, médicale et artistique.)
169. LÉVÊQUE. — Essai clinique et thérapeutique sur la psychasthénie dans la pratique médicale courante.
55. LEVITTE. — Les cancers développés sur le col restant après hystérectomie subtotale.
138. LORENZI. — Contribution à l'étude des délires aigus dits primitifs. (Encéphalites psychosiques aiguës azotémiques.)
188. LYATHAUD (Mme), née RATON. — La diphtérie à Lyon de 1921 à 1936. (Morbidité, mortalité, prophylaxie générale et vaccination.)
91. MANSUY. — L'hypertension intracranienne dans les tumeurs cérébrales (pathogénie et traitement chirurgical palliatif.)
41. MARMET. — A propos de quelques observations de mort subite sans cause apparente au cours de la tuberculose pulmonaire.
93. MARTIN. — Exentération de l'œil avec inclusion de bille de verre dans la cavité sclérale. (Opération de Poulard.)
52. MASSON. — Sur la durée de l'immunité conférée par la vaccination antitypho-paratyphoïdique.
164. MENG. — La dactylite avec périonyxis due aux soins de beauté des ongles.
75. MÉRAND. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes non épithéliales du col de l'utérus.
120. MERCIER. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique des suppurations pulmonaires.
125. MÉTAFIOT. — Méningites et méningo-encéphalites ourliennes.
183. MÊTRAL. — Contribution à l'étude du rétrécissement de l'artère pulmonaire. Rétrécissement pulmonaire et cyanose.
114. MICHEL. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la pachydermie vorticellée du cuir chevelu.
13. MIGNOT. — Action comparée des divers médicaments d'attaque sur la sérologie dans les syphilis récentes. (A propos de 80 cas.)
166. MOITEL. — A propos d'un essai de traitement de la psychopolynévrite de Korsakoff par l'urotropine.
59. MOLLINGER. — Contribution à l'étude de l'angiopathie traumatique de la rétine. (Syndrome de Purtscher.)
62. MONNIN. — Rôle du sinus carotidien dans les variations et les éclipses provoquées du bruit de galop.
137. MOREAU (Mme), née REBATEL. — La démence précoce. (Contribution à l'étude de son traitement par l'huile soufrée.)
181. MOREL (André). — Traitement des fractures diaphysaires spiroïdes de jambe. (Fractures fermées récentes.)

184. MOREL (Mlle Germaine). — Rapports des dilatations bronchiques et des affections pleurales simples ou suppurées.

79. MOREL (Marcel). — Essai critique sur la syphilis en Espagne au temps de la Renaissance. (Etude médicale, historique et artistique.)

167. MORTIER. — Etude critique de la maladie de Cushing (adénome basophile de l'hypophyse).

18. MORVAN. — Documents pour servir à l'étude de la vie sans moelle épinière. (Cinq observations de chiens privés de leur moelle dorso-lombo-sacrée.)

33. MOUGENOT. — L'arthrodèse extra-articulaire de la hanche chez l'enfant dans la coxalgie (à la période d'état et en fin d'évolution).

23. MOUKADIM. — 65 observations de pyélites et de pyélonéphrites gravidiques.

161. MOURGUES. — Le traitement de l'invagination intestinale aiguë de l'enfant par le lavement opaque.

51. MUTINELLI. — Contribution à l'étude des grossesses extramembraneuses.

104. NADAL. — Contribution à l'étude des invaginations intestinales aiguës par tumeur du diverticule de Meckel.

78. NAUD. — Contribution à l'étude d'une nouvelle méthode radiographique. (Radiographies en coupes de l'organisme.)

179. NÉTIK. — Les modifications de la cellule pancréatique pendant sa sécrétion physiologique.

37. NOUAILLE. — Les métastases du cancer de l'œsophage.

145. PAILLIÈS. — Les hémorragies intrapleurales au cours des sections d'adhérences.

72. PÉCHOUX. — Contribution à l'étude de l'ostéochondrite vertébrale infantile.

69. PERROT. — Le dosage de l'alexine du sérum humain technique. (Résultats chez les individus normaux et dans quelques cas pathologiques.)

151. PERRUS. — Etude de 21 cas de fracture de l'extrémité inférieure du radius, avec quelques remarques relatives au diagnostic, au traitement et au pronostic.

98. PEYRON. — Les lésions et manifestations gastriques d'origine allergique (chez l'adulte).

117. PICHON. — Le tubage duodénal dans la chirurgie des voies biliaires.

87. POULET. — Abcès du poumon et tuberculose.

115. RAYET. — Contribution à l'étude des papillomes du bassinet.

20. RAYNAL. — Contribution à l'étude des ruptures de l'urètre au cours des traumatismes et des dislocations du bassin et principalement de leurs résultats éloignés.

22. RECH. — Onze observations de pyélites et pyélonéphrites gravidiques apparues précocement au cours de la gestation et traitées par l'autovaccinothérapie.

82. RIBOLLET. — Les contagions intra-hospitalières dans les services d'enfants.

170. RICHAUD. — Contribution à l'étude du syndrome de Korsakoff et particulièrement du rôle du foie dans sa genèse.

135. RIVOLLIER. — Données nouvelles sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or.

10. ROBET. — La médecine populaire et les saints protecteurs de la maternité en Bretagne.

15. ROMAIN. — Examens électrocardiographiques chez les nouveau-nés pendant les premiers jours de leur vie.

81. RONZIER. — Complications nerveuses de la maladie de Bouillaud. (Complications encéphaliques exceptées.)

122. ROSSIGNOL. — Les pleurésies provoquées complémentaires du pneumothorax thérapeutique. (Etude expérimentale et clinique.)

90. ROUX (Mlle Marie-Madeleine). — L'emploi de la viande dans l'alimentation du nourrisson.

16. ROUX (Paul). — La mortalité infantile au cours du travail à la suite d'accouchements spontanés ou d'accouchements terminés par une application de forceps facile.

53. RUGALE. — La vaccination par voie nasale. La rhinovaccination antidiphtérique.

27. RUTKOWSKI. — Données nouvelles sur le traitement curatif du tétanos. (La méthode dite de chloroformisation.)

89. SANTONI. — Quinze observations de décollement placentaire au cours du travail, recueillies à la clinique obstétricale pendant une période de neuf ans.

163. SANUY. — Les myosites suppurées à staphylocoques au cours de la fièvre typhoïde.

32. SARROUY. — De la perméabilité méningée aux dérivés arsenicaux.

175. SAUZAY. — Etude des complications de l'opération de Jacobaeus.

5. SEMAT. — Contribution à l'étude du traitement des fractures de l'extrémité supérieure du radius chez l'enfant.

64. SETRUK. — Contribution à l'étude du traitement des métrites cervicales chroniques par la diathermocoagulation intracervicale à forte intensité.

102. SOLELHAC. — De certaines algies dentaires et paradentaires sans lésions de la dent et du périodonte.

186. SPRECHER. — Suppurations rétro-pharyngées de l'adulte.

30. STEIGER. — Histoire d'une maladie. (Lymphogranulomatose inguinale subaiguë et bubon climatérique.)

155. STERVINOU. — Traitement de la rétention d'urine d'origine prostatique par la résection transurétrale de la prostate. (Etude de 60 cas.)

144. TABUSSE. — Contribution à l'étude des complications radiculomédullaires de la granulomatose maligne.

118. TARDY. — Les formes pulmonaires de la tuberculose congénitale.

4. THILLARD. — Contribution à l'étude du mécanisme de la malaria-floculation de Henry.

66. THORY. — Contribution à l'étude de l'iléostomie. (Valeur, technique, indications, résultats.)

96. TRILLAT. — Résultats éloignés du traitement chirurgical des subluxations et luxations congénitales de la hanche par les butées ostéoplastiques.

36. VALLÉE. — L'organisation actuelle de l'homœopathie en France.

85. VERAN. — Huit observations de nouveau-nés paraissant avoir succombé du fait d'un traumatisme obstétrical et présentant des lésions de sclérose polyviscérales.

17. VEYRE. — Renseignements fournis par l'électrocardiographie chez la femme enceinte cardiaque et chez la femme enceinte normale au cours de la grossesse et au cours du travail.

110. VIAL. — Hématologie des donneurs universels.

103. VINCENT. — Recherches sur les protides du sérum et de l'urine. (Contribution à l'étude chimique et physico-chimique des syndromes hypertensifs chroniques des néphrites et de diverses albuminuries.)

19. WENGER. — Contribution à l'étude des dystrophies alimentaires. (Recherches cliniques expérimentales et histopathologiques sur l'athrepsie.)

86. ZICAVO. — Le traitement des vomissements graves de la grossesse.

168. ZINAT. — Des formes mineuses des psychoses périodiques.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 430. AFDHAL. — De la curabilité de l'ascite dans les cirrhoses.

414. AGATSTEIN. — Contribution à l'étude des papillomes diffus du larynx chez l'enfant.

436. BASURGUIANOVA (Mlle). — Sur quelques points de l'évolution des tumeurs villeuses du rectum. Tumeurs villeuses du côlon.

426. BERGER. — Hématomes puerpéraux tardifs.
412. BUNDORF. — De l'ectopie rénale unilatérale.
408. DELVAUX. — Contribution à l'étude de la méthode de Beck ou forage des os.
418. EL-BERMAWY ELHAMY. — La syphilis gastrique à forme pseudo-cancéreuse.
435. EL-DICK. — Traitement chirurgical de la hanche paralytique en flexion. (Opération de Campbell.)
431. EL-GÉBALI. — La lipomatose symétrique.
420. FARID. — Etude clinique de cortico-surrénalomes malins.
438. FRONT. — Les formes myéloïdes de la granulomatose maligne de Paltauf-Sternberg.
432. GOLDSZTEJN. — Paralysies générales infantiles et juvéniles.
429. GRASBERG. — Etude statistique sur le placenta prævia au cours des années 1934, 1935, 1936.
428. GRIGOROFF. — Contribution à l'étude des fractures diaphysaires fermées de la jambe. (Nécessité de la réduction immédiate d'urgence.)
425. HAVKIN. — Le traitement des vomissements gravidiques par le tubage duodénal.
421. KAPLAN. — Action du pneumothorax artificiel sur la courbe pondérale.
416. KAPLAN (Mme), née SÉLICH. — Etude de trente thoracoplasties.
427. KHAYAT (Sabry). — Les plaies de la veine cave inférieure au cours de la néphrectomie.
424. KHAYAT (Zoheir). — Les ulcères multiples de l'estomac et du duodénum.
415. KLAJMAN. — L'anthrax du rein.
437. LECHTUZ. — Considérations anatomo-pathologiques sur les granulies tuberculeuses au long cours.
444. LEMISZ. — La lutte antituberculeuse en Pologne.
410. LICHTIG. — Cinq observations de thrombo-phlébite suppurée dans le post-abortum.
406. MACOCKI. — Contribution à l'étude du lupus érythémateux aigu exanthématique. (A propos de deux cas observés à la clinique dermatologique de Lyon.)
433. MIKHAIL. — Contribution à l'étude des suites des opérés de l'appendicite aiguë.
422. RASTAGHI. — Des plaies du cœur sans hémopéricarde. (Traitement des plaies de la région précordiale.)
445. RIDNIK. — L'ulcère pylorique vrai.
411. ROZANSKIS. — L'organisation de la protection de l'enfant à l'âge scolaire, en Lithuanie.
413. SANTURIAN. — Les épanchements puriformes aseptiques dans les séreuses. (Valeur diagnostique et pronostique, indications thérapeutiques chirurgicales.)
439. SILMAN. — 198 tentatives de provocation médicamenteuse du travail au voisinage du terme.
442. SOBEL. — Les perforations du cancer de l'estomac.
441. SOMMER. — La météoropathologie. (Recherches sur la frontologie médicale, à propos d'une observation personnelle.)
443. STOKITCH. — Contribution à l'étude pharmacodynamique du gluconate de calcium examiné comparativement avec d'autres sels du même métal.
409. STOYANOFF. — Contribution à l'étude des fractures de l'os malaire.
405. SWERDLOV. — Le traitement de l'asthme par la substance P d'Oriel.
417. TCHANG-PANG-YU. — Contribution à l'étude des formes silencieuses du rétrécissement mitral. (Le rétrécissement mitral secondairement silencieux.)
440. TELJOUNI. — Des fractures des côtes dites spontanées au cours de la grossesse.
423. VITKOVITCH. — Traitement des prolapsus génitaux par le procédé d'Halban.
434. YAZDI. — De l'actinomycose de la région parotidienne à forme pseudo-néoplasique.
419. ZAHEDI. — Localisations extra-péritonéales de l'endométriose.
407. ZYLBERBERG (Mlle). — Métabolisme de base du cobaye normal. Ses variations sous l'influence du scorbut et de la thyroxine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Thèses soutenues pendant l'année 1936-1937

DOCTORAT D'ETAT. — 63 (de 1936). ALLIÈS. — Etude critique du syndrome de basophilisme hypophysaire de Cushing.
10. ANTONY. — Etude des jours de carence pour l'incapacité temporaire dans les lois sociales.
32. ARNAUD. — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des cals vicieux de l'avant-bras.
6. ARTAUD. — Contribution à l'étude du traitement de l'ostéomyélite aiguë à staphylocoques des os longs des membres de l'enfant et de l'adolescent à sa période de début.
61 (de 1936). BACHMANN. — Contribution à l'étude des plaies du côlon (Pratique civile).
39. BARBE. — Les conséquences pathologiques des pratiques anticonceptionnelles chez la femme.
4. BERNASCONI. — Contribution à l'étude épidémiologique et clinique de la varicelle.
57 (de 1936). BERNOS. — Les phlegmons pectoraux.
28. BERTHON. — Les kystes hydatiques du corps thyroïde.
55 (de 1936). BONFILS. — Indications et résultats de la greffe osseuse dans le mal de Pott abcédé.
27. BOSCH. — Contribution à l'étude du phénomène anaphylactique dans la pathogénie des hépato-néphrites aiguës.
20. CASTUEIL. — Considérations pathogéniques sur le cancer expérimental et les carbures carcinogènes.
11. CECCALDI. — Traitement chirurgical des spasmes vasculaires des membres.
14. CHIPPAUX (Mme). — Recherches sur le Trichomonas vaginalis dans la région de Marseille.
5. CLASTRIER. — Contribution à l'étude de la pathologie de l'Aurès (Algérie).
44. COMPTE. — Les brûlures gastriques.
40. DEVÈZE. — Le syndrome sympathique cervical postérieur (de Barré-Liéou) post-traumatique.
51 (de 1936). DONNET. — Hormones de la gestation et déclenchement du travail ; état actuel de la question, recherches expérimentales.
34. FABRE. — L'alimentation en eau domestique de la ville de Marseille.
42. FARCY. — Contribution à l'étude de la paralysie précoce du nerf radial au cours des fractures fermées de l'humérus.
30. FARNARIER. — La pression artérielle rétinienne ; sa valeur séméiologique.
9. FERRAND. — Traitement de la tuberculose pulmonaire en milieu hospitalier.
25. GARIEL. — Les œdèmes des cirrhotiques ; étude clinique.
33. GAUBERT. — Valeur pratique des divers procédés de recherche des leishmanies pour le diagnostic du kala-azar méditerranéen.
3. GILLARD. — Contribution à l'étude des cirrhoses saignantes.
60 (de 1936). GOUTAL. — Le traitement médical de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë.

54 (de 1936). Guénon. — Essai de traitement des rhumatismes chroniques par les sels d'or insolubles en suspension huileuse.

59 (de 1936). Guercia. — Contribution à l'étude des certificats de décès du point de vue social.

38. Haimovici. — Les embolies artérielles des membres.

19. Hirsch. — Contribution à l'étude radiologique de l'ulcère aigu du bulbe duodénal.

43. Jauffret. — Etude du système nerveux végétatif dans les ulcères gastro-duodénaux.

56 (de 1936). Jouannin. — Torsion de l'hydatide de Morgagni dans le sexe féminin.

64 (de 1936). Lafay (Mlle). — Présence du bacille de Koch dans le liquide gastrique, étudiée au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant.

62 (de 1936). Leblanc. — Myopie unilatérale et troubles de la motilité oculaire.

50 (de 1936) Loubet. — Ulcère du duodénum ; précision du diagnostic radiologique.

47. Mingardon. — Contribution à l'étude des réponses vestibulaires des strabiques.

45. Négro. — Les mouvements conjugués des globes oculaires et leurs troubles ; essai de jalonnement des voies et des centres du mouvement conjugué des globes oculaires à l'étage cortico-sous-cortical.

15. Nguyen Tan Loc. — Contribution à l'étude de la lithiase salivaire.

36. Nguyen-Van-Tai. — Les complications vésicales tardives après application du radium sur le col utérin.

53 (de 1936). — Oberlé. — Considérations sur le traitement des rhumatismes chroniques par les eaux minérales sulfureuses de Camoins-les-Bains.

17. Orecchioni. — Contribution à l'étude des cirrhoses capsulaires du foie d'origine syphilitique.

37. Paganelli. — L'éthylphényl-barbiturate de spartéine (Génisténal) ; étude pharmacologique et application clinique au traitement de l'épilepsie.

21. Panzani. — Valeur des infiltrations lombaires dans le traitement des phlébites.

46. Pigrenet. — Le traitement de la fièvre typhoïde par le sang de convalescent.

31. Poitrot. — Le Centre international maritime de prophylaxie de Marseille.

2. Ponthieu. — Etude clinique et thérapeutique du cancer de la verge.

52 (de 1936). Popoviciu. — Septicémie à bas bruit d'origine fibromateuse.

1. Praliaud. — Nouvelles observations sur l'action thérapeutique du 440 B (Neptal).

22. Risterucci (Mlle). — Des fractures opératoires des dents.

29. Romary. — Le kala-azar méditerranéen de l'adulte.

41. Romieu. — Essai historique sur l'enseignement de la pathologie exotique à Marseille et sur l'Institut de médecine et de pharmacie coloniales.

58 (de 1936). Rouby. — Contribution à l'étude clinique des artérites à type Buerger ; leur traitement par la surrénalectomie.

35. Roux. — Appplication des méthodes de Warburg et de Thunberg à la mesure du métabolisme tissulaire en fonction de la teneur en vitamine A.

12. Teitelbaum. — Pression endo-pleurale optima dans les diverses positions du malade au cours d'un pneumothorax thérapeutique.

7. Thomas. — Etranglement interne à travers le grand épiploon.

16. Tron. — Contribution à l'étude des cirrhoses veineuses chez la femme.

65 (de 1936). Truc. — Les occlusions mécaniques d'origine appendiculaire.

23. Vellin. — Contribution à l'étude du traitement de la gale par le benzoate de benzyle.

26. Vergès. — Etude radiologique du poumon après l'arrêt du pneumothorax thérapeutique.

8. Versini. — Les mouvements conjugués des globes oculaires et leurs troubles ; centre oculogyres ; faits anatomo-cliniques anciens.

24. Voirin. — Contribution à l'étude de la formule leucocytaire au cours de la tuberculose pulmonaire.

Doctorat d'Université. — 13. Miloutinovitch. — L'ulcère simple du cœco-ascendant.

18. Stefanoff. — Les troubles nerveux dans les cirrhoses hépatiques.

CHRONIQUE

LA CRISE DE L'HUMANISME (1)

M. le professeur Jean Fiolle, de Marseille, à qui nous devons déjà un excellent livre : *Science et scientisme*, veut bien, aujourd'hui, m'envoyer son nouvel enfant : *la Crise de l'Humanisme*.

M. Jean Fiolle n'est pas seulement un chirurgien et un biologiste éminent. Nous savons aussi qu'il est un conférencier remarquable. — N'a-t-il pas été, un jour, appelé, par le regretté Charles Nicolle, à professer dans la chaire de Claude Bernard, au Collège de France ? — M. Jean Fiolle est encore un philosophe et un lettré délicat. Il nous le montre aujourd'hui une fois de plus.

« L'humanisme, écrit l'auteur, c'est l'adoration (désintéressée en principe) de ce que l'homme, de son propre fonds, est capable de créer ; c'est le culte de la pensée raisonnante ; c'est le respect des lettres... c'est l'exaltation de la personnalité... »

L'humanisme apparaît encore à M. Fiolle sous l'aspect de la joie. On pourrait dire aussi qu'il est une forme de l'enthousiasme qui anime les jeunes à la recherche du beau et du vrai. Et nous voyons tout de suite que l'humanisme, propre aux Latins, s'oppose aux conceptions nordiques. De plus, l'humaniste est un indépendant, et cela nous explique les luttes que les humanistes eurent parfois à soutenir avec l'Eglise, encore que l'Eglise ait paru, parfois, faire assez bon ménage avec l'humanisme. On lira avec beaucoup d'intérêt les chapitres que M. Fiolle consacre aux débuts de l'humanisme, à la Renaissance, à l'évolution et à la dégénérescence de l'idée humaniste, enfin à ses conditions.

Actuellement, toutes les nations sont « condamnées » à l'instruction. C'est ce que M. Fiolle appelle « les travaux forcés intellectuels pour tous ». En effet, « pour soutenir leurs armées, leur train de machinisme, de concurrence industrielle et commerciale, tous les pays sont bien obligés d'imposer aux masses le rudiment sans lequel il n'y a plus moyen de vivre... »

Il semble bien que l'enseignement élémentaire, qui est une « falsification involontaire, sinon une tromperie consciente », soit le contraire de ce que peut donner l'humanisme. L'auteur rappelle d'autre part qu'il ne suffit pas d'avoir fait ses *humanités* pour avoir le droit de se dire *humaniste*. L'avantage des humanités, on ne saurait trop le répéter, « *c'est d'éclairer la vie entière*, mais encore faut-il qu'il y ait quelque chose à éclairer dans cette vie-là »... « Autour de la culture classique par l'étude des langues anciennes, il faut donc que viennent se ranger les conceptions de l'humanisme ; si l'on veut absolument en fixer une, ce sera encore le désintéressement, *une certaine faculté d'ordonner les choses, de les classer, de leur imposer une harmonie.*

(1) Edition Mercure de France, Paris, 1937.

Ce désintéressement, M. Georges Duhamel l'indique aussi lorsqu'il écrit : « L'humanisme contemporain est l'ensemble des notions qui ne semblent pas susceptibles d'applications immédiates. »

Quel est donc l'avenir de l'humanisme ? « Les mouvements divers qui agitent actuellement le monde paraissent ne laisser à la culture, telle que la concevaient les générations précédentes, que de pauvres perspectives. Mais le triomphe de l'esprit dit « collectif », si étendu et si écrasant qu'il paraisse, ne peut pas être éternel... Le besoin de savoir, *et de savoir pour savoir* « est lié à l'existence de l'homme et ne peut disparaître tout à fait qu'avec lui ». C'est sur cette parole d'espoir de redressement que se termine le beau livre de notre confrère.

F. L. S.

PRATIQUE MÉDICALE

A PROPOS DE LA SURACTIVATION DU SALICYLATE DE SODIUM

Des travaux récents ont démontré que certaines médications acquièrent des propriétés thérapeutiques très sensiblement accrues lorsqu'elles sont ingérées ou injectées simultanément avec d'autres substances judicieusement choisies.

C'est là un phénomène depuis longtemps constaté et auquel Loeper a donné le nom d'*auxothérapie*.

Ce pouvoir accru des « associations médicamenteuses », sur lequel MM. Burgi, Zung et Guy Laroche ont attiré l'attention lors du Congrès français de thérapeutique d'octobre 1933, avait été mis à profit en maintes circonstances au cours des dernières années, dans le double but :

a) D'augmenter la valeur thérapeutique de certaines substances aux doses habituellement admises.

b) De favoriser l'administration de hautes doses en évitant de provoquer des accidents d'intolérance.

L'expérience a montré, entre autres, que l'adjonction simultanée de chlorure de calcium et d'hyposulfite de magnésium solubilisés en milieu marin, au salicylate de sodium, est susceptible :

— D'en hâter et d'en accroître la fixation sur la fibre cardiaque du lapin dans une proportion de 70 p. 100 supérieure à la normale.

— D'améliorer largement les résultats thérapeutiques de la médication salicylée.

— De favoriser, dans une grande mesure, la tolérance du médicament.

— D'éviter le choc salicylé au cours des injections intraveineuses.

Tous ces avantages expliquent la supériorité si souvent constatée du *Salicylate Suractivé ANA*.

Du point de vue pratique, le Salicylate Suractivé Ana permet :

— Au cours de la *cure d'attaque* dans la maladie de Bouillaud, d'associer la médication *intraveineuse* (1 gr. de salycilate suractivé par ampoule de 10 cc. en solution glucosée) aux prises per os de *solution* (2 gr. par cuillère à café — 70 gouttes au gramme) ou de *dragées* glutinisées ne livrant leur contenu (0 gr. 50 de salicylate suractivé) qu'au niveau de l'intestin.

— Pendant les *cures d'entretien*, d'alterner les prises per os de solution et de dragées.

Le salicylate Suractivé Ana permet de réaliser la médication salicylée intensive.

Radiesthésie, science et morale, par le docteur Robert RENDU. Deuxième édition. Petit in-8° de 73 pages, à la librairie Camugli, 6, rue de la Charité, Lyon, 1936.

LIVRES NOUVEAUX

Pression solaire et astrophysique. L'eau en physique et biologie. Les maladies de la nutrition, par G. FROIN. (Girardot, éd., Paris, 1937.)

Tel est le titre du quatrième ouvrage que G. Froin vient de publier, dont le premier est *Pression solaire et atomes ;* le deuxième *Le faisceau énergétique terrestre ;* le troisième *Faisceau énergétique et biologie. Biogénèse et pathogénèse.*

Après avoir établi la structure des atomes, et montré l'existence d'un faisceau énergétique terrestre avec lignes granulaires assurant une circulation de l'énergie ou matière d'origine solaire, l'auteur étudie les rapports du faisceau énergétique avec la pression solaire. Il ressuscite la vieille astrologie devenue l'astrophysique.

Impossible de résumer même en quelques pages les doctrines fort intéressantes de l'auteur. Il est nécessaire pour les assimiler d'être un savant complet à la fois mathématicien, physicien, biologiste et médecin averti. « Trouverai-je l'esprit encyclopédique et vraiment scientifique qui « comprendra l'immense portée des quatre volumes que « j'ai écrits ? Je l'aurais certainement rencontré au XVIIe « ou XVIIIe siècle. En notre siècle de fausse science, je n'en « suis pas certain. »

Les cerveaux très moyens, dont nous sommes, liront avec profit les livres si savants et si intéressants de Froin. Ils les absorberont lentement, soigneusement, à doses fractionnées et la plume à la main. Ils appliqueront à cette lecture la parole d'un grand penseur... du 19e siècle, qui disait : « Lisez, mais pensez. Ne lisez pas, si vous ne voulez pas penser en lisant, et penser après avoir lu ». Avec M. de Bonald, ils essaieront de rendre justice à Froin, en confirmant la lueur d'espérance qu'il attend de « l'Homme, cet inconnu ».

FERNAND LÉVY.

Endocrinologie clinique, thérapeutique, expérimentale, par P. SAINTON, H. SIMONNET, L. BROUHA. Paris, Masson et Cie, 1937.

Le domaine de l'endocrinologie est vaste et malgré bien des extensions, parfois imprévues, en ces dernières années, n'a sans doute pas encore été exploré dans toute son étendue. La présente étude est cependant aussi complète qu'on peut le souhaiter actuellement.

Ce sont les systèmes endocriniens principaux, thyroïde surrénale, glandes génitales, pancréas, qui y ont la place principale, mais bien d'autres dont l'importance est de plus en plus nettement pressentie y sont étudiés avec une attention soigneuse. Rien de ce qui importe, en anatomie, en physiologie, en clinique, en thérapeutique, n'a été négligé et il n'en faut savoir aux auteurs que plus vivement gré de l'immense travail de recherches, de documentation, et surtout de critique nécessaires à l'ordre et à la clarté si séduisants dans ce travail. Faits contradictoires et constatations divergentes ont rendu trop obscure jusqu'ici l'endocrinologie toute entière. La clinique, entendue au sens le plus large et comme directrice de la thérapeutique, règne ici en maîtresse.

Les interrelations glandulaires, les syndromes cliniques de pathogénie complexe font l'objet d'études importantes.

Les fonctions endocriniennes de second plan : thymus, glandes salivaires, foie, glande pinéale et les diverses hormones, encore trop obscurément connues jusqu'ici, sont l'objet d'un exposé d'une clarté bienfaisante.

La remarquable présentation d'un tel ouvrage, le soin qui a présidé au choix des documents iconographiques qui y sont prodigués, font de ce magnifique travail le compendium de l'endocrinologie et le résumé des travaux d'une génération médicale.

L. BABONNEIX.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 20 décembre. — Jury : MM. Grégoire, président ; Ombrédanne, Leveuf, Quénu. — Mlle Roujon. Un cas nouveau de kyste dermoïde de la voûte cranienne. — M. de Verbizier. Contribution à l'étude des chondromes. Leurs rapports avec les exostoses ostéogéniques. Histogénèse et malignité.

— Jury : MM. Baudouin, président ; Chiray, Lemierre, Bernard (Et). — M. Hané. Considérations sur le radiodiagnostic en gastro-entérologie. — M. Boyer. Ostéose cancéreuse diffuse et réactions parathyroïdiennes. — M. Nédelec. Le lipiodol dans l'exploration de la cavité du pneumothorax artificiel.

Mardi 21 décembre. — Jury : MM. Balthazard, président ; Cunéo, Laignel-Lavastine, Nobécourt. — M. Bonnier. Rapports de la maladie de Ludeck (atrophie osseuse post-traumatique) avec la loi sur les accidents du travail. — M. Olliéric. Traitement des pancréatites aiguës hémorragiques. — M. Ravet. Contribution à l'étude des méningites suppurées des nourrissons.

— Jury : MM. Bezançon, président ; Carnot, Verne, Mouquin. — M. Héry. Résultats de l'apicolyse avec plombage dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Thévana. Sur les rapports de l'hyperthyroïdie avec la tuberculose pulmonaire.

Mercredi 22 décembre. — Jury : MM. Clerc, président ; Loeper, Tanon, Donzelot. — M. Zographsky. Claudication intermittente des membres et artérite cérébrale. — M. Bours. Contribution à une étude physique, chimique et physiologique des mucilages. — M. Hochfeld. Etude critique de l'action de la diiodotyrosine dans le syndrome de Basedow. Effet thérapeutique comparé avec celui de la solution de lugol.

Jeudi 23 décembre. — Jury : MM. Gougerot, président ; Guillain, Laubry, Chevallier. — M. Hépineuze. Les chancres syphilitiques géants de la joue. — M. Puymartin. Etude clinique des manifestations épileptiques symptomatiques au cours de la sclérose en plaques. — M. Hassen. L'hypertension artérielle permanente chez les adultes jeunes.

Lundi 20 décembre. — (Thèses vétérinaires.) — Jury : MM. Fiessinger, président ; Bressou, Lesbouyriès, Maignon, Robin. — M. Allard. Arthrite infectieuse des vaches. — M. Belheur. Néphirtes arsenicales chez le chien.

INFORMATIONS

(Suite de la page 1626.)

Congrès international de rhumatisme et d'hydrologie, à l'occasion du 10e anniversaire de la Fondation de la Ligue internationale du rhumatisme. — Ce Congrès se tiendra sous la présidence de Sir Farquhar Buzzard, à Oxford, du 26 au 31 mars 1938.

Sujets : 1° *Influence du climat et du temps sur l'apparition des maladies.*

2° *Rhumatismes chez les enfants.*

Les droits d'inscription sont de 1 livre anglaise, étudiants 5 shillings. Inscriptions et demandes de renseignements au Bureau de « International Society of Medical Hydrology », 109, Kingsway, London, W.C.2.

Ce Congrès sera suivi immédiatement du Congrès de Bath, pour les maladies rhumatismales.

Sujets : *La goutte et les rhumatismes chroniques d'origine métabolique.*

Il se tiendra à Bath, du 31 mars au 3 avril. Pas de droits d'inscription. Les congressistes paieront leur logement et leurs repas dans les hôtels. Inscriptions et demandes de renseignements à adresser au docteur G. D. Kersley, 6, The Circus, Bath.

Les programmes détaillés paraîtront dans les prochains numéros de la *Revue du Rhumatisme.*

1er Congrès de la Société autrichienne d'urologie. — Ce Congrès se tiendra à Vienne, du 27 au 30 juin 1938.

Secrétariat général : Wien, IX, Frankgasse 8 (Billroth-Haus).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Cours de pathologie chirurgicale. (Professeur M. Maurice Chevassu.) — M. Menegaux, agrégé, commencera son cours de pathologie chirurgicale le mardi 4 janvier 1938, à 17 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Programme : *Affections de la tête, du cou et du thorax.*

Clinique gynécologique (hôpital Broca, 111, rue Broca.) — M. Pierre Mocquot, professeur.

Un cours de perfectionnement destiné aux docteurs en médecine et étudiants en fin d'études, aura lieu du 10 au 22 janvier 1938.

Inscriptions au Secrétariat de la Faculté (guichet 4), lundi, mercredi, vendredi, de 14 à 16 h. Droit : 250 fr.

Clinique médicale (hôpital de la Pitié). — M. Antonin Clerc, professeur.

Un cours de perfectionnement, sous la direction de MM. A. Clerc et Ch. Aubertin, commencera le 10 janvier.

Inscriptions et droit comme ci-dessus.

Clinique médicale de l'Hôpital Saint-Antoine. (Professeur Maurice Loeper, docteur André Lemaire, agrégé.) — *Réunions médicales mensuelles sur des sujets d'actualité,* avec le concours des médecins de l'Hôpital Saint-Antoine, le dernier jeudi du mois, à 10 heures, amphithéâtre Hayem.

Jeudi 27 janvier. — La recto-colite hémorragique et son traitement (docteurs Bensaude, Cain, Rachet).

Jeudi 24 février. — Les hématémèses des cirrhotiques (docteurs Bariéty, Chabrol, Faroy).

Jeudi 31 mars. — Les hémoptysies garvido-cardiaques (docteurs Jacob, Levy-Solal, Soulié).

Jeudi 28 avril. — Les érosions éphémères de l'estomac (docteurs Debray, Lallemant, Marchal).

Jeudi 19 mai. — Les niches de la petite courbure (docteurs Cattan, Gutmann, Ordioni).

Jeudi 31 mars. — Les hémoptysies gravido-cardiaques (docteurs Faure-Beaulieu, Pagniez, Tzanck).

— Clinique des maladies mentales (professeur : Henri Claude). — *Cours élémentaire de séméiologie psychiatrique.*

1938 :

6 février. — Perversions. Toxicomanies. M. Codet.

13 février. — Syndromes démentiels (première leçon). M. Cénac.

20 février. — Syndromes démentiels (deuxième leçon). M. Cénac.

27 février.— Syndromes démentiels (troisième leçon). M. Cénac.

6 mars. — Psychiatrie infantile, M. Baruk.

13 mars. — Médecine légale psychiatrique (présentation de malades). M. Ceillier.

Ce cours facultatif, public et gratuit, est destiné particulièrement aux internes et externes dispensés du stage.

Ce cours aura lieu tous les dimanches, à 9 h. 15, à l'Asile clinique (1, rue Cabanis, 14e),

A 10 h. 30, leçon clinique de M. le professseur Henri Claude.

—CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. — Professeur : M. Paul Carnot.

Des *réunions du dimanche* pour les médecins praticiens auront lieu tous les dimanches, à 10 h. 30, du Jour de l'An à la Pentecôte, à l'amphithéâtre Trousseau.

La première réunion consacrée à la *météoro-pathologie* (assemblée française de médecine générale) aura lieu exceptionnellement à 9 heures.

LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE (professeur : M. Robert DEBRÉ ; agrégé : M. GASTINEL). — Le professeur Robert DEBRÉ, assisté du docteur Henri BONNET, chef des travaux, commencera le lundi 10 janvier 1938, à 14 heures, un cours complémentaire de bactériologie. Le cours, qui aura lieu au Laboratoire de bactériologie, continuera les mardis, mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure, et cessera le 8 avril 1938.

Chaque séance comprendra un exposé théorique et des manipulations au cours desquelles les auditeurs seront exercés aux techniques microbiologiques et immunologiques, appliquées au diagnostic des maladies infectieuses de l'homme.

Cet enseignement sera complété par une série d'exposés et de démonstrations données par différents professeurs et par des visites de laboratoires.

Les droits pour cette série de travaux pratiques sont de 500 francs.

Le nombre des places étant limité, les élèves sont priés de s'inscrire au Laboratoire de bactériologie, les mardis, jeudis et samedis, de 14 à 16 heures.

NOTES POUR L'INTERNAT

LEUCEMIES (1)

FORMES CLINIQUES

F. symptomatiques nombreuses :

f. anémique ;

f. hémorragique, pseudo scorbutique ;

f. angineuse ;

f. hépato splenomégalique plus fréquente chez l'enfant, avec syndrome de Mickulicz (R. Boulin), f. leucémie à séméiologie thrombosante (N. Fiessinger).

F. évolutives :

f. suraiguës ou foudroyantes : mort en une à 2 semaines;

f. moyennes : mort en 3 à 6 semaines ;

f. subaiguës et prolongées : mort en 2 à 4 mois.

F. hématologiques :

L. aiguë à cellules de Rieder d'évolution très rapide ;

Leucoblastose aleucémique ou leucémie aiguë leucopénique.

Ces formes se rapprochent de l'aleucie hémorragique et seules la ponction sternale et l'évolution font souvent le diagnostic entre les 2 affections.

F. étiologiques :

Leucémies aiguës de l'enfant, fréquentes, très polymorphes ;

L. aiguës secondaires à une leucémie chronique, soit spontanément, soit après traitement radiothérapique.

La transformation peut être marquée par :

— Des adénopathies dans la L. myéloïde ;

— L'apparition d'une splénomégalie dans la L. lymphoïde ;

— L'apparition de cellules souches ;

— L'apparition de tumeurs cutanées constituées par une nappe de cellules embryonnaires.

L. aiguë avec chlorome avec néoformation osseuse de consistance ferme et un peu élastique, le plus souvent crânienne au niveau des temporaux, du frontal et des orbites, repoussant en avant le globe oculaire.

Il existe parfois aussi des tumeurs des os longs des membres, du sternum, des côtes, du bassin, du rachis.

Le DIAGNOSTIC dans les formes complètes pourra être porté par la clinique seule avant l'examen du sang.

Mais les formes anormales sont beaucoup plus fréquentes. En présence d'une forme oligo symptomatique au début on discutera :

A cause des s. gén. : la typhoïde, la granulie, une septicémie.

A cause des douleurs osseuses : le R.A.A.

A cause des signes pharyngés : la diphtérie maligne, le noma, le scorbut.

A cause des signes hémorragiques : un Purpura infectieux primitif.

En fait, il existe surtout 3 diagnostics :

L'Aleucie hémorragique, souvent le diagnostic n'est fait que par la ponction sternale ;

L'Anémie pernicieuse avec myélémie et splénomégalie ;

Les Monocytoses aiguës : L. aiguës à monocytes, angines à monocytes.

D. LEUCÉMIES A MONOCYTES

Affections de connaissance récente.

Symptômes.

Elles sont caractérisées par :

a) *Des manifestations témoignant de l'atteinte des organes hématopoiétiques :*

Grosse rate,

Adénopathies,

Foie augmenté de volume,

Douleurs osseuses.

b) *Des hémorragies* cutanées, muqueuses ou parenchymateuses avec temps de saignement prolongé, temps de coagulation normal, rétraction imparfaite du caillot.

c) *Des signes buccaux pharyngés :*

Angine,

Stomatite.

d) *Des s. généraux :* fatigue, perte de l'appétit, anémie, fièvre.

EVOLUTION, le début est le plus souvent insidieux, parfois aigu ;

— *L'évolution peut être aiguë* comme dans la L. aiguë. Seul l'examen hématologique fait le diagnostic en montrant la prédominance.

Des *monocytes* grande cellule lymphoïde à noyau volumineux.

De *monoblastes* à noyau plus foncé contenant des nucléoles, à protoplasma moins étendu, un peu plus basophile.

D'*hémohistioblastes.*

Quelques auteurs décrivent des L. chroniques à monocytes. D'autres auteurs ne les admettent pas.

Le DIAGNOSTIC se pose suivant les cas avec une leucémie myéloïde, lymphoïde ou aiguë.

*
* *

Telles sont les différentes formes cliniques des leucémies qui ont en commun :

L'obscurité de leur étiologie ;

Le caractère fatal de leur pronostic.

JEAN FERROIR.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1937, n° 96, du 1er déc., p. 1542 ; n° 98, du 8 déc., p. 1574 ; n° 100, du 15 déc., p. 1606.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GEN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 103. — SAMEDI 25 DECEMBRE 1937. 110e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Mutations des chefs de service à la date du 26 décembre* 1937. — (Suite). Voir n° 99, p. 1577, et n° 102, p. 1625.

Accoucheurs :

A la Maternité (remplacement de M. Le Lorier, atteint par la limite d'âge) : M. Metzger, de l'hôpital Bichat.

A l'hôpital Bichat : M. Portes, de l'hôpital Bretonnenau.

A l'hôpital Bretonneau : M. Desnoyers, *titularisé*.

A l'hôpital de la Pitié (remplacement de M. le professeur Jeannin, passé à la clinique Tarnier) : M. Cleisz, de l'hôpital Tenon.

A l'hôpital Tenon : M. Ravina, *titularisé*.

CONCOURS DE L'INTERNAT (admissibilité). — Dans la liste publiée dans notre dernier numéro, nous avons relevé un certain nombre d'erreurs typographiques. Nous prions nos lecteurs de bien vouloir excuser ces fautes. Nous reproduirons la liste corrigée dans le pprochain numéro.

JURY DU CONCOURS DE L'INTERNAT (oral). — MM. Lesné, Nicaud, Marchal, Lelong, Weill-Hallé, Jacques-Charles Bloch, Heitz-Boyer, Oberlin, Cunéo, Chirié.

Hospice national des Quinze-Vingts. — Un concours pour deux emplois de chef de clinique, deux emplois de chef de clinique adjoint, six emplois d'assistants titulaires, stagiaires, étrangers, à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, s'ouvrira les mardi 11 janvier 1938 pour les chefs de clinique, 25 janvier 1938 pour les chefs de clinique adjoints, 8 février 1938 pour les assistants titulaires, stagiaires et étrangers.

Inscriptions au Secrétariat de l'hospice, 28, rue de Charenton, de 9 à 11 heures et de 16 à 18 heures, avant le 31 décembre (chefs de clinique), le 14 janvier (adjoints), le 28 janvier (assistants).

Hôpital de Saint-Denis (Seine). — Un concours pour sept places d'internes titulaires s'ouvrira le lundi 17 janvier 1938, à l'hôpital de Saint-Denis.

Conditions : nationalité française, seize inscriptions, être âgé de moins de 30 ans. Produire : extrait de naissance, pièces militaires, titres scientifiques et hospitaliers, certificat de scolarité. Indemnité mensuelle : environ 1.275 fr. Inscription avant le 9 janvier. Hôpital de Saint-Denis, 7 *bis*, rue du Fort-de-l'Est, de 9 à 12 h. et de 14 à 17 heures.

Faculté de médecine de Paris. — M. Busser est chargé des fonctions de chef des travaux d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Jean Grynfeltt est chargé de la direction des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Ecole de médecine de Caen. — M. Roger Meslin est chargé des travaux pratiques de botanique.

Ecole de médecine de Nantes. — Le professeur Auvigne, nommé directeur de l'Ecole, a présidé la séance de rentrée de l'Ecole. La retraite du professeur Gilbert Sourdille, ancien directeur de l'Ecole, a donné lieu à une cérémonie intime qui a eu lieu sous la présidence du professeur Félix Terrien (de Paris).

Ecole de médecine de Rennes. — M. Nicollon des Abbayes est institué pour 9 ans professeur suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Royal Society of Medicine. — Les professeurs Achard et Hartmann ont été nommés Honorary Fellows de la Royal Society of Medicine.

Légion d'honneur. — Sont élevés à la dignité de *grand'-croix :* M. le docteur Edouard Branly, professeur à l'Institut catholique, membre de l'Académie des sciences, l'illustre savant qui, en 1900, découvrit le principe de la radio.

M. le médecin général Polin, du cadre de réserve, membre du Conseil de l'Ordre national de la Légion d'honneur.

Ministère des Pensions. — Par décret en date du 7 décembre, la situation du médecin général inspecteur président de la commission consultative médicale est supprimée.

Ministère de la Santé publique. — La Médaille d'honneur en or de l'Assistance publique est décernée à M. le médecin général inspecteur Savornin, directeur du S. S. de la région de Paris.

— Un poste de médecin-chef de service au Centre d'hygiène mentale de Marseille est actuellement vacant, par suite du départ de M. le docteur Perrusset, appelé à un autre poste.

Manifestation et l'honneur de M. le professeur Bégouin. — A l'occasion de l'honorariat de M. le professeur Bégouin, un comité s'est formé pour organiser une manifestation destinée à lui témoigner la sympathie de ses amis et le respectueux attachement de ses nombreux élèves. Une médaille, œuvre du maître graveur Lavrillier, grand prix de Rome, lui sera offerte, au cours d'une manifestation qui aura lieu dans le courant de l'hiver, aussi prochainement que possible.

Les souscriptions doivent être adressées dès maintenant à M. le docteur Lange, 4, allées de Tourny, à Bordeaux, compte chèque postal Bordeaux 35.986. Toute souscription de 100 francs donnera droit à une médaille en bronze grand module.

Médaille du Docteur Belot. — Le docteur J. Belot, électroradiologiste de l'hôpital Saint-Louis, devant quitter en décembre 1938 le service qu'il a créé et dirige depuis 1910, ses amis et élèves ont décidé de lui offrir une médaille commémorant sa longue et féconde carrière hospitalière.

Tout souscripteur d'une somme d'au moins 100 francs recevra une médaille gravée par Jean Vernon, l'un des Maîtres français de la médaille, et spécialement frappée à cette intention, par Arthus-Bertrand. Les souscriptions sont reçues dès maintenant par chèque bancaire ou chèque postal adressé au docteur F. Lepennetier, électroradiologiste de l'hôpital Tenon, 169, boulevard Saint-Germain, Paris (6e). Chèque postal : 1022-34 Paris, ou au docteur Nadal, électroradiologiste des hôpitaux, 15, rue Legendre, Paris (18e). Chèque postal : 1148-58 Paris.

Le budget de l'Assistance publique de la Ville de Paris. — M. de Fontenay, rapporteur général du budget de l'Assistance publique, vient de déposer son rapport sur le budget de cette administration.

Pour 1938, ce budget s'élève à 865 millions et demi, en progression de 125 millions sur celui de l'année dernière.

Les prix de journée pour 1938 s'établiront à 44 fr. en médecine et 46 fr. en chirurgie, soit 4 francs de plus qu'en 1937.

Ces augmentations sont dues à l'accroissement du coût de la vie qui affecte les chapitres économiques et à l'application de la semaine de 40 heures dans les services hospitaliers, qui a nécessité la création de plus de 3.000 emplois d'infirmiers et d'infirmières et élevé de 55 millions les dépenses de personnel comparativement au budget de 1937.

Quant au nombre de lits d'hôpitaux (29.000), de malades traités (340.000) et de journées d'hospitalisation (près de 9 millions), il est constant depuis plusieurs années, ce qui indique que les charges sans cesse accrues de l'administration ne peuvent être imputées à l'augmentation du nombre de malades.

L'Institut Regina Elena pour la cure des encéphalitiques, à Rome. — Le 18 novembre, S. M. la Reine Impératrice a inauguré le nouvel Institut Provincial « Regina Elena » pour la cure des encéphalitiques.

Le nouvel Institut, inauguré pour célébrer la naissance du Prince de Naples, s'élève à Monteverde, non loin de l'Institut Carlo Forlanini. L'hôpital couvre une superficie de 36.000 mètres carrés, et pourra recevoir 226 malades, qui recevront les soins d'un personnel spécialisé.

Comité national de l'Enfance. — Le Conseil d'administration du Comité national de l'Enfance a tenu sa dernière réunion le samedi 4 décembre, au siège social, 51, avenue Victor-Emmanuel-III (8e), sous la présidence de M. Paul Strauss, ancien ministre, président du Comité.

Le docteur Julien Huber, secrétaire général, rendit compte de l'activité des neuf sections d'études, dont le cercle embrasse toute la protection de l'enfance. Il montra ensuite ce que les œuvres doivent à l'organisation de la « Semaine nationale de l'Enfance », dont le Comité assure la direction et la propagande.

Le docteur Lesage, directeur, fit part de la décision prise récemment par le Comité, de fonder *deux prix annuels* de 3.000 francs chacun. Les modalités d'attribution seront prochainement mises à l'étude, mais, dès à présent, il est décidé qu'ils devront contribuer à encourager, l'un la natalité, l'autre l'allaitement au sein.

La fête de bienfaisance de la Fédération Nationale des médecins du front. — La fête de bienfaisance annuelle de la Fédération Nationale des médecins du front a eu lieu le 27 novembre dernier, au restaurant de la Porte Dauphine.

Un dîner réunit 190 convives. Les invités de la Fédération étaient venus nombreux, parmi eux, nous citerons : le médecin colonel Arène, représentant le ministre de la Guerre ; la générale Pellé, M. Jean Goy, député, président général de l'U.N.C., et Mme Jean Goy ; le colonel Picot, président des Gueules cassées ; MM. Paul Chack et Chantlaine représentaient les écrivains combattants ; M. Nazare Aga, président des engagés volontaires étrangers ; M. Rockwell, de l'American Legion ; M. Hodgkinsonn, de la British Legion et Mme Hodgkinson ; le médecin général inspecteur et Mme Emily ; le médecin général Maisonnet ; le médecin général Fayet ; le médecin lieutenant-colonel et Mme Foy ; le professeur et Mme Guillain ; le professeur agrégé Lardennois, président de l'Union fédérative des médecins de réserve et Mme Lardennois ; le docteur et Mme Pagniez ; le docteur et Mme Jayle ; le docteur et Mme Thierry de Martel ; le docteur et Mme Rouget ; M. Szirmai, secrétaire à la légation de Yougoslavie, et Mme Szirmai.

Cette fête fut en tout point réussie, elle fut élégante, pleine d'entrain et de cordialité et, ce qui ne gâte rien, elle rapporta 10.000 francs à la caisse de secours de la Fédération.

Nécrologie. — Nous apprenons avec tristesse la mort de M. le médecin général Odile, du cadre de réserve, commandeur de la Légion d'honneur.

— M. Yves Parthenay, externe des hôpitaux de Montpellier.



ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MALADIES DES ENFANTS

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

(Annexe Grancher).

APPAREIL CIRCULATOIRE

Sur la ponction du péricarde et en particulier sur la ponction par voie épigastrique sous-xyphoïdienne. (Professeur A.-B. Marfan. *Archives des maladies du cœur*, mars 1936.) — Le diagnostic des épanchements péricardiques est souvent malaisé faute de pouvoir trouver les frottements qui en sont le meilleur signe ; l'augmentation de la matité cardiaque, et parallèlement celle de l'ombre cardiaque à l'écran sont d'interprétation parfois délicate, mais ce sont en pratique les plus forts. D'autres symptômes, en particulier les signes pseudo-pleurétiques, nécessitent souvent une critique beaucoup plus malaisée. En plus de sa valeur thérapeutique, la ponction du péricarde prend donc une importance clinique qui dans la pratique, va croissant. Il est indispensable que la technique en soit familière au médecin.

Divers procédés ont été proposés ; tous ont leur intérêt dans certains cas. Mais il semble que le procédé actuellement le meilleur, par sa fidélité et son innocuité, soit celui que l'auteur préconisa voici de nombreuses années et auquel le temps apporte sa consécration : la ponction par voie épigastrique. La pratique de nombreux médecins français et étrangers s'accorde sur ce point. On trouvera dans la présente étude la description de l'instrumentation, les conseils techniques, les indications et contre-indications de la méthode, de nombreuses observations de toute origine et leur critique qui forment un compendium limpide et convaincant de l'importance de la méthode comme procédé de diagnostic et de traitement.

L. BABONNEIX.

Le sang dans la première enfance. Comparaison du nombre des hématies et de la richesse en hémoglobine chez les prématurés et les jumeaux et chez les enfants à terme. (Dr A. Stewart. *The british Journal of Childrens' Diseases*, juillet-septembre 1936.) — Les recherches ont porté sur 61 jeunes enfants, entre l'âge de 2 jours et de 27 semaines ; on a compté les globules rouges et mesuré l'hémoglobine chaque semaine pendant ce temps.

Aussitôt après la naissance, l'hémoglobine tombe rapidement pour atteindre son minimum entre la 9e et la 11e semaine ; de même les globules rouges, mais la valeur globulaire demeure élevée et en général supérieure à 1.

Après le 3e mois, l'hémoglobine et le nombre des hématies remonte graduellement jusqu'au 6e mois. Les enfants à terme ont un taux d'hémoglobine plus élevé que les jumeaux et les prématurés (84 % et 70 % respectivement), mais il y a peu de différence entre les nombres moyens d'hématies (3.970.000 et 3.920.000).

En ce qui concerne les sujets nés à terme, ces chiffres sont plus élevés que ceux observés par Mackay chez des enfants au sein. Ceux des prématurés et des jumeaux sont tels que les chiffres fournis par Mackay pour des enfants nés avec un poids inférieur à la normale, mais correspondent aux chiffres trouvés par Joseph pour des prématurés.

Il est exceptionnel que la valeur globulaire soit faible avant le 7e mois ; valeur moyenne à cet âge = 0,92.

Chez les enfants plus âgés qui deviennent anémiques, le nombre des globules rouges reste souvent normal, bien que la valeur globulaire s'abaisse à 0,5.

R. LEVENT.

APPAREIL DIGESTIF

L'acidité gastrique chez le nourrisson et le jeune enfant à l'état normal et pathologique et en particulier dans l'anémie par troubles de nutrition. (Dr Alice Steward. *The british Journ. of Childrens' Diseases*, janv.-mars 1937.) — Les travaux des divers auteurs ne permettent pas jusqu'ici de conclure à l'existence d'une achlorhydrie congénitale ni d'une achlorhydrie chez le nouveau-né normal.

L'acidité gastrique peut diminuer du fait de toutes les infections parentérales, mais cette diminution est plus marquée dans les affections chroniques gastro-intestinales.

L'acidité est plus basse chez les enfants du premier âge que chez les enfants plus âgés.

Après un repas d'épreuve de 40 cmc. d'alcool à 7 p. 100, les auteurs ont mesuré chez divers groupes d'enfants sains ou malades, la sécrétion d'acide par l'estomac.

Les anémies de l'enfance leur paraissent dues à la quantité insuffisante de fer et en aucune façon attribuables à l'insuffisance sécrétoire de l'estomac. Cette insuffisance sécrétoire au cours des anémies est un effet de l'anémie et non sa cause. Le taux de l'acidité diminue plus que le taux du fer et la guérison spontanée est de ce fait empêchée.

Une achlorhydrie secondaire à une gastrite chronique comme facteur d'anémie par déficience ferrique soulève objections.

R. LEVENT.

APPAREIL RESPIRATOIRE

La pleurésie séro-fibrineuse chez les enfants du premier âge. (Carlos Gianelli et Manuel E. Mantero. *Archivos de Pediatria del Uruguay*, juin 1936.) — Cette affection est rare dans le cours de la première enfance. Les auteurs en rapportent deux observations personnelles. La première est celle d'un enfant de 10 mois, issu d'un père bacillaire. L'affection débute par un épanchement pleural gauche constitué par un liquide type de pleurésie tuberculeuse. La résorption se fait rapidement, mais il persiste des anomalies radiologiques de la plèvre et du poumon. La mort survient à 21 mois du fait d'une affection pulmonaire aiguë, dont la nature n'a pu être démontrée, avec des signes d'anémie grave.

La deuxième observation est celle d'un enfant de 18 mois sans antécédents bacillaires. Apparition d'un épanchement pleural droit avec cutiréaction positive. Lésions tuberculeuses du poumon droit lobe moyen qui après résorption spontanée et rapide de l'épanchement, demeurent décelables à l'écran pendant les 3 mois qui suivent l'assèchement

de la pleurésie. La santé rétablie demeure normale pendant les mois qui suivent.

R. LEVENT.

DIVERS

L'obésité au cours de la croissance. (Per HANSSEN. *Acta Medica Scandinavica*, vol. 91, fasc. IV-V, mars 1937.) — L'expérience clinique de l'auteur et la critique des observations jusqu'ici publiées s'accordent pour constater l'incertitude qui règne parmi les auteurs pour le classement des obésités qui surviennent durant la période de croissance. Il semble qu'un type particulier à cette période mérite d'être individualisé ; il est caractérisé par l'obésité, la petite taille et l'élévation anormale du métabolisme. De tels enfants atteignent la puberté dans un délai normal et lorsque la croissance a cessé présentent un embonpoint normal ou même sont maigres. Tout traitement, surtout endocrinien, doit donc être évité.

R. LEVENT.

Une famille de prématurés : les cinq jumelles canadiennes de Callander. (René CRUCHET. *Bulletin et Mémoires de la Société de médecine infantile de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 1937, N° 1.) — Très intéressante et très complète étude rédigée à la suite d'une visite à Callander où sont réunis tous les renseignements relatifs aux antécédents, à la naissance, à l'élevage des « quintuplettes », cas unique dans l'histoire de la médecine et dans l'histoire tout court de 5 jumeaux ayant vécu. Ces enfants ont actuellement 3 ans et paraissent en tous points normales.

Monographie du plus haut intérêt qui montre quels services arrivent à rendre, l'ingéniosité et l'expérience d'un praticien qui s'est révélé un maître de la puériculture dans un cas difficile entre tous et quels problèmes d'hygiène et de défense sociale a fait naître pour le présent et pour l'avenir la naissance de ces enfants, pour elles et pour leur pays même.

R. LEVENT.

INFECTIONS

Un cas d'hémiplégie diphtérique. (J. M. TODESCO. *The Lancet*, 9 janvier 1937.) — Une fillette de 9 ans est hospitalisée au 2e jour d'une diphtérie grave et reçoit une forte dose de sérum. La gorge se nettoie en quelques jours, mais la malade reste pâle et son cœur demeure rapide avec assourdissement des bruits. Au 17e jour de la maladie apparaît brusquement une hémiplégie flasque, organique, siégeant à droite et s'accompagnant de troubles de la parole. Le voile du palais est atteint du même côté. L'amélioration ne tarde pas à se produire, mais le voile demeure atteint et des paralysies oculaires apparaissent dans les jours qui suivent. L'amélioration s'accentue cependant lentement du côté des membres supérieurs. Les membres inférieurs avaient au contraire retrouvé leurs fonctions beaucoup plus rapidement. Enfin les troubles de la parole disparaissent et la guérison se confirme, alors que dans les cas jusqu'ici publiés, on a vu souvent une phase spasmodique succéder à la période de flaccidité.

L'auteur attribue l'hémiplégie à une embolie ou à une thrombose, bien qu'à l'inverse de ce qui a été observé dans d'autres cas on n'ait trouvé ici aucune lésion cardiaque décelable.

R. LEVENT.

L'emploi des arsenicaux pour la désinfection des porteurs de germes diphtériques dans les collectivités de nourrissons. (A. IANCOU, TURCOU, DARIOU et DAVID (de Cluj). *Le Nourrisson*, novembre 1936.) — Le professeur Lereboullet a montré avec quelle fréquence on peut identifier les porteurs de germes diphtériques comme agents de contagion dans les collectivités de nourrissons et la valeur thérapeutique des arsenicaux.

S'inspirant de ces travaux, les auteurs ont employé tantôt le stovarsol, tantôt le spirocide en suspension aqueuse à 10 p. 100 (3 instillations nasales par jour).

Leurs essais ont été pratiqués sur 3 séries de nourrissons représentant au total 148 sujets avec 65 porteurs de germes.

Un premier lot de 28 nourrissons atteints de coryza comprenait 14 porteurs. 7 d'entre eux ont été stérilisés en 1 à 6 séries de 5 jours d'instillations, sans réaction appréciable dans la plupart des cas. Un seul sujet a présenté pendant son traitement des accidents cutanés (exanthème morbilliforme, puis érythème polymorphe avec urticaire).

Une deuxième série de 75 enfants a montré 31 porteurs de germes, dont 28 seulement ont pu être traités, soit par le spirocide, soit par le stovarsol. 18 sur 21 ont été stérilisés par le premier médicament ; 5 sur 7 par le second.

Une 3e série de 45 nourrissons a montré 20 porteurs de germes ; 19 ont été stérilisés en 1 à 8 séries d'instillations arsenicales, selon les cas.

Il semble donc que l'emploi des arsenicaux puisse rendre ici les plus grands services. Les résultats obtenus (47 succès en tout) sont attribués par les auteurs, d'une part à la composition chimique des produits employés, d'autre part à leur insolubilité dans l'eau, l'état de suspension permettant de prolonger le contact avec la muqueuse infectée.

R. LEVENT.

L'emploi des arsénobenzènes dans le traitement de la syphilis congénitale. (E. LESNÉ et A. LINOSSIER-ARDOIN. *Le Nourrisson*, juillet 1936.) — Si le novarsénobenzol est chez l'adulte le médicament de choix pour le traitement d'attaque, il est peu recommandable chez le nourrisson gravement infecté qui le tolère mal et peut présenter des accidents de choc toujours graves et parfois mortels. De plus, la voie intraveineuse est souvent chez lui d'un emploi délicat.

Chez le grand enfant avec lésions évolutives et réactions sérologiques positives à qui on doit le réserver, on se trouve souvent amené à employer pour cette raison la voie rectale peu active, donc peu appropriée à un traitement d'attaque.

Le sulfarsénol peut au contraire être administré par voie sous-cutanée ou intramusculaire moyennant quelques précautions d'observance aisée ; il demeure très actif et peu shockant.

L'arsénomyl paraît aussi habituellement bien supporté et actif et peut rendre de grands services lorsque est apparue une intolérance au sulfarsénol.

Les arsenics pentavalents bien que moins actifs contre le tréponème peuvent cependant convenir aux traitements ambulatoires, surtout lorsqu'on peut les administrer *per os*. Mais certains d'entre eux sont dangereux pour l'enfant, stovarsol sodique et tryparsamide notamment.

L'acétylarsan peut par contre rendre des services chez les intolérants au sulfarsénol.

Les contre-indications aux arsénobenzènes sont avant tout l'hérédosyphilis précoce du nourrisson dans sa forme infectieuse massive et on doit leur préférer les préparations bismuthiques liposolubles à raison de cinq milligrammes par kilogramme et par semaine. On ne reviendra aux arsénobenzènes que lorsque les lésions cutanéomuqueuses auront disparu et que l'état général et le poids seront améliorés.

Comme contre-indications secondaires, les insuffisances hépatiques, les néphrites aiguës, les accidents convulsifs, qu'il s'agisse ou non d'accidents comitiaux vrais ; de même l'instabilité psychique. Contre-indication aussi, la kératite interstitielle.

Les accidents observés sont tantôt locaux, sans grande importance, tantôt généraux : choc, biotropisme, intoxication vraie.

A noter comme accidents particuliers aux pentavalents les troubles oculaires et les troubles nerveux.

R. LEVENT.

Paraplégie spasmodique avec troubles cérébraux d'origine hérédosyphilitique chez les grands enfants. (Professeur A.-B. MARFAN. *Revue française de pédiatrie*, N° 1, 1936.) — C'est en 1894 que l'auteur a pour la première fois observé cette affection, dont il a donné dès 1909 la première description, description à ce point complète que les travaux ultérieurs n'y ont ajouté que des détails et ont pu exprimer le souhait qu'elle fût désignée sous le nom de celui qui le premier la décrivit. C'est une affection relativement rare, puisqu'on n'en connaît encore aujourd'hui qu'une vingtaine de cas et une seule autopsie. Le travail de Noica et Graciun (1934) qui ont pu pour la première fois apporter des précisions anatomiques, est l'occasion pour l'auteur de revenir sur sa première description clinique qui résumait à l'avance la plupart des observations ultérieures.

Les premiers symptômes apparaissent après 4 ans au plus tôt et 12 ans (âge habituellement limite), de façon insidieuse par des troubles de la marche : démarche spasmodique bilatérale ; la rigidité des membres inférieurs s'atténue au repos, mais s'y traduit encore par des troubles des réflexes. Les membres supérieurs sont indemnes ; pas de troubles sensitifs, ni trophiques, ni sphinctériens. On constate, par contre, des troubles oculaires qui ont souvent par eux-mêmes un cachet spécifique et très souvent, mais non toujours, des troubles psychiques d'importance variable.

Peu de troubles du développement corporel ; lymphocytose céphalo-rachidienne avec Wassermann souvent positif dans le liquide ; Wassermann positif dans le sang.

Enfin association possible avec d'autres symptômes somatiques d'origine spécifique.

Evolution progressive extrêmement lente, mais qui, en général, ne paraît pas mettre la vie en danger. Un cas cependant, celui de Noica et Graciun, s'est terminé par la mort vers la 20e année, du fait de la cachexie.

L'autopsie a montré une méningoencéphalite diffuse avec dégénération secondaire du faisceau pyramidal ; le maximum des lésions siège au niveau du lobule paracentral, d'où le maximum de retentissement sur la motricité des membres inférieurs, dont les centres moteurs sont voisins du lobule paracentral.

Ces lésions donnent donc au point de vue anatomique également à cette affection un caractère qui permet de la séparer de la paralysie générale infantile ou juvénile et de la maladie de Little. Au point de vue pratique, c'est surtout de cette dernière et de la paraplégie spasmodique familiale type Strümpell qu'il conviendra de la distinguer et aussi des compressions de nature pottique et d'une encéphalite double.

Le traitement spécifique avec des nuances appropriées est naturellement indiqué en pareil cas ; il permet sinon d'obtenir une guérison entière du moins d'arrêter l'évolution de la maladie et même dans quelques cas, d'obtenir une notable amélioration.

L. BABONNEIX.

Le problème de la contagiosité de la tuberculose infantile. (Arvid WALLGREN. *Revue française de pédiatrie*, N° 6, 1936.) — La valeur diagnostique de la présence de bacilles de Koch dans le liquide de lavage gastrique est incontestable ; sa valeur pronostique est moins bien connue ; de même les conclusions qu'il en faut tirer quant aux risques de contagion. Si les localisations extrapulmonaires, buccopharyngées ou intestinales paraissent peu aptes à engendrer des contaminations, quoique tuberculoses ouvertes, il n'en est pas de même pour la tuberculose pulmonaire tardive ou pour la tuberculose pulmonaire primaire de forme caséocaverneuse où la contagiosité n'est pas niable. Mais il est certain aussi que même dans ce cas, la contagion s'opère rarement dans la pratique, soit du fait de la déglutition des crachats, soit parce que du fait de leur jeune âge, le nombre des personnes avec lesquelles ces sujets sont en rapports est peu élevé. Il convient cependant de connaître ces risques qui sont plus opérants lorsque le petit malade est hospitalisé avec des enfants indemnes de tuberculose.

Dans la tuberculose pulmonaire primaire de nature bénigne, les résultats négatifs de la bacilloscopie n'ont jamais à ce point de vue une valeur absolument démonstrative.

L'auteur a recherché les bacilles sur les objets qu'a maniés l'enfant, dans l'air aspiré au cours des quintes de toux ; il a également mesuré le nombre et la virulence des bacilles ramenés par le lavage gastrique. Il a enfin recherché cliniquement et épidémiologiquement les cas de contagion.

De cette enquête, l'auteur conclut qu'il n'existe aucune raison de considérer une tuberculose primaire pulmonaire bénigne, ne s'accompagnant pas de toux et n'offrant de bacilles de Koch que dans le seul liquide de lavage gastrique comme contagieuse. Mais s'il existe de la toux pour une raison quelconque, fût-ce une coqueluche, les possibilités de contagion ne peuvent plus être exclues.

Il n'en reste pas moins que même dans ce cas, le danger éventuel est tout à la fois bien éphémère et bien rare.

La présence de bacilles est une chose, la transmission par ces bacilles du liquide gastrique en est une autre.

Il convient donc actuellement de considérer comme conservant sa valeur l'opinion de Hamburger : ce sont uniquement les tuberculeux avec expectoration bacillifère qui répandent l'infection.

R. LEVENT.

Le pronostic de la tuberculose occulte des enfants. (Gillis KERLITZ. *Acta paediatrica*, 1937, vol. XIX, suppl. II.) — Un enfant cliniquement indemne de manifestations tuberculeuses autres que le complexe primaire et une cutiréaction positive, donc atteint de tuberculose occulte, a-t-il pour l'avenir un risque de maladie ou de mort supérieur à celui qu'encourt un enfant de même âge ayant une cuti-réaction positive ?

L'enquête a porté sur 1.457 enfants entre 0 et 15 ans, dont la moitié présentaient une cuti-réaction positive. Ces enfants ont été suivis pendant un temps variant entre 5 et 23 ans.

L'auteur en tire les conclusions suivantes :

1° Un enfant à cutiréaction positive et complexe primaire sans lésions autres encourt dans les conditions normales un risque plus grand qu'un enfant de même âge

avec cutiréaction négative, en ce qui est relatif à la tuberculose.

2° Il est plus dangereux d'avoir contracté l'infection tuberculeuse pendant l'enfance que de l'avoir contractée vers la 20e ou 30e année de la vie.

R. LEVENT.

Les formes rares de la tuberculose du nourrisson. (Jules R. DREYFUS. *Schweizerische medizinische Wochenschrift*, 1er février 1936.) — Aux dix observations déjà publiées, l'auteur en ajoute une onzième.

Cette affection atteint en général des nourrissons de 1 à 6 mois ; elle se manifeste par une tuméfaction pré ou rétro-auriculaire avec adénopathie satellite ; cette dernière est d'autant plus suspecte que dans la portion accessible du territoire dont elle dépend, aucune lésion n'est apparente. Au bout de peu de temps, cette adénopathie s'étend aux groupes cervicaux et sous-maxillaires et les lésions tendent au ramollissement. Bientôt apparaissent des lésions analogues du côté opposé.

Puis c'est une otorrhée indolente, séreuse puis purulente, parfois sanguinolente et fétide ; il est parfois difficile de reconnaître la fistule tympanique en raison de l'œdème du conduit auditif externe.

Après quelques semaines ou quelques mois, peut apparaître une parésie faciale, signe d'invasion du massif osseux. L'état général est bon ; la fièvre est peu élevée ou absente ; la cutiréaction est en général, mais non toujours, positive. Présence de bacilles de Koch dans le pus auriculaire, qu'il faudra ne pas confondre avec d'autres acido-résistants.

Pour le diagnostic, l'anamnèse, maternelle surtout, a la plus grande importance ; il faudra distinguer la tuberculose auriculaire des otites moyennes d'autre nature, des oreillons, des tumeurs mixtes de la parotide.

Le pronostic devra être réservé, il est le plus souvent, mais non toujours, mortel.

Le traitement doit être symptomatique et conservateur et viser surtout le terrain.

La tuberculose auriculaire est en général un complexe primaire d'infection, associé ou non à un semblable complexe primaire d'infection tuberculeuse au niveau d'un autre organe, qui est son contemporain. La voie d'infection semble être la trompe comme pour les autres affections auriculaires du nourrisson. L'infection peut dans certains cas se produire au moment même de la naissance. A remarquer dans ces cas la rareté des lésions tuberculeuses du poumon et au contraire, la fréquence des localisations intestinales.

R. LEVENT.

L'infection tuberculeuse chez les enfants de la campagne. (Paul ROCHAT. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 septembre 1936.) — En 1935-1936, l'auteur a poursuivi une enquête très serrée dans une petite ville suisse et les villages avoisinants, — soit sur 450 écoliers correspondant à une population de 2.700 habitants — et arrive aux conclusions suivantes : entre 12 et 16 ans, la cutiréaction est négative dans 80 p. 100 des cas ; avant 12 ans, elle est négative dans 90 p. 100.

Un an après, ces cutiréactions n'ont changé que de dimensions et encore dans une faible mesure. Elles ont par contre conservé sans modifications leur type morphologique d'origine. Etudiant l'influence des conditions d'habitat, l'auteur constate que dans des agglomérations très semblables et très voisines, le taux des cutiréactions est très dissemblable et peut varier de 3 à 22 p. 100. Les mauvaises conditions hygiéniques ne sont donc pas à elles seules un facteur déterminant, c'est la contagion qui est l'élément principal. Le taudis est nuisible parce qu'il donne abri à un malade.

Les familles nombreuses et pauvres ne donnent pas un pourcentage de cuti positives supérieur aux autres.

50 fois sur 60, l'origine de la contagion n'a pu être mise

en évidence ; on doit donc supposer que la contagion est imputable à des porteurs de germes sains en apparence.

R. LEVENT.

SYSTEME NERVEUX

La paralysie phrénique d'origine obstétricale dans l'enfance. (R. SOBOLEVITSCH. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1936, vol. 147.) — Il en existe deux variétés : paralysie phrénique associée à une paralysie du plexus brachial et paralysie phrénique isolée. Elles ne sont bien connues que depuis la description princeps de Kofferath (1921).

L'auteur résume les observations déjà publiées auxquelles il ajoute une observation personnelle de chaque type.

La paralysie associée à la paralysie du plexus brachial s'améliore en général au point de vue fonctionnel en quelques mois ou quelques années, mais elle serait susceptible de créer une prédisposition aux infections pulmonaires. Elle siège le plus souvent à droite, probablement favorisée par les particularités anatomiques du trajet du nerf de ce côté.

Elle prédispose aussi ultérieurement à l'éventration diaphragmatique. Elle se décèle cliniquement par une respiration rapide, superficielle, de type thoracique supérieur, une cyanose tantôt continue, tantôt seulement perceptible à l'effort. Les signes radiologiques sont ceux de la paralysie diaphragmatique unilatérale. Elle s'associe à des troubles paralytiques de type Erb-Duchenne auxquels peut s'ajouter une paralysie du type Klumpke et même dans un cas un syndrome de Horner du même côté. Elle est en général diagnostiquée dès les premiers jours de la vie.

La paralysie phrénique isolée est beaucoup moins manifeste ; elle peut n'être découverte que tardivement et même occasionnellement ou par hasard. Elle peut être une découverte uniquement radiologique. Même influence quant à la pathologie pulmonaire et à l'éventration diaphragmatique qui dans bien des cas alors qu'on ne peut lui reconnaître aucune cause ne serait pour l'auteur qu'une séquelle de paralysie obstétricale demeurée insoupçonnée.

Ces paralysies sont habituellement l'effet d'un traumatisme obstétrical ; une présentation par la face, la nuque ou le siège, des difficultés à dégager la tête ou l'épaule, forçant à des manœuvres opératoires, en particulier à une application de forceps, le nerf se trouve contusionné gravement dans la région cervicale au niveau du scalène antérieur.

R. LEVENT.

Quelques recherches personnelles sur la paralysie infantile. (L. BABONNEIX. *L'Entente médicale*, 5 janvier 1937.) — La physionomie clinique et les caractères anatomiques diffèrent parfois de la description classique.

Anatomiquement, les cas récents semblent caractérisés par une participation éventuelle d'un grand nombre de régions du névraxe au processus inflammatoire : région frontale ascendante, bulbe, protubérance, lésions discrètes des ganglions rachidiens, lésions méningées surtout, tant rachidiennes qu'encéphaliques, et qu'on peut souvent considérer comme l'origine des lésions névrogliques ou nerveuses elles-mêmes.

La contagion, identifiée dans quelques cas avec une certaine précision, peut être parfois imputée au sol, aux locaux habités, aux objets usuels au malade. D'autres fois, la coexistence d'épizooties frappant les animaux de basse-cour permet d'incriminer avec la plus grande vraisemblance cette source d'infection.

L'attention de l'auteur a été attirée dans divers cas par l'importance des troubles généraux au début de la maladie, d'autres fois par une insidiosité symptomatique qui peut rendre indiscernable le début de la contamination. Les réactions méningées, tant cliniques que sérologiques, peuvent être importantes dès cette période. Il faut connaître aussi l'apparition possible d'une paralysie infantile comme complication d'une autre infection de nature différente et il est parfois malaisé d'éviter la confusion avec les encéphalites postéruptives.

Si parfois les accidents rétrocèdent spontanément et sans l'intervention d'aucun traitement, il est des cas où l'on voit se constituer des paralysies systématisées différentes des paralysies radiculaires des formes habituelles. Il faut noter la fréquence pour qui sait les chercher des troubles du caractère ; l'existence au début de la maladie, de troubles sensitifs et la fréquence relative des formes ascendantes.

Dans un cas de paralysie avec participation bulbaire immédiatement menaçante, l'action du sérum de Pettit a été héroïque et quasi immédiate dès la première injection.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1937)

L'application des lois nouvelles dans les hôpitaux. — M. MOURIER a écouté le 7 décembre dernier, avec l'attention la plus soutenue, la communication de M. Duhamel, sur les « professions de charité ».

« Certaines affirmations de notre illustre collègue, dit-il, appellent de ma part, des réserves qui, sans doute, paraîtront naturelles dans la bouche du chef de l'administration hospitalière parisienne.

« Je sais bien que les réflexions de M. Georges Duhamel s'appliquent à l'ensemble du pays, mais l'Assistance publique de Paris, qui compte 42.000 lits sur les 244.000 que la France a créés pour ses malades, est fondée à se croire visée, peut-être, plus particulièrement dans la communication que l'Académie a couverte de ses applaudissements unanimes. »

M. Mourier indique ensuite qu'il s'est efforcé d'appliquer la loi, en adaptant le mieux possible ses prescriptions aux exigences de nos devoirs de solidarité à l'égard des malades.

Le résultat justifie-t-il les angoisses dont parlait M. Duhamel ? Ici, M. Mourier apporte des statistiques. Retenons qu'en 1937 (application des 40 heures), il y a eu pendant sept mois, 585 admissions en plus et 116 décès en moins que pendant la période correspondante de 1936.

« Comment pourrait-on concevoir que les maîtres indiscutés de la chirurgie française pussent accepter de continuer dans les hôpitaux de Paris leur mission de bienfaisante solidarité, s'ils éprouvaient le moindre doute sur l'asepsie du matériel que l'administration leur fournit, ou sur la conscience professionnelle du personnel qui les sert? »

M. Mourier donne des précisions sur la rigueur de la stérilisation, et déclare qu'aucun chirurgien ne lui a signalé les grosses fautes d'asepsie, les erreurs thérapeutiques imputées au régime des 40 heures : « Le personnel soignant continue à dispenser aux malades ses trésors de dévouement, et l'humanité n'a pas encore déserté nos salles d'hôpital.

« Les chirurgiens des hôpitaux de Paris, comme les médecins présents dans cette enceinte, pourraient apporter leur témoignage que les surveillantes, les panseuses, les soignantes, continuent de servir avec la même abnégation que par le passé et que, comme toujours, elles ne connaissent qu'une loi : le bien du malade et, cela, au mépris de toute autre considération de repos ou même de santé...

« Certes, je n'avancerai pas que la loi de 40 heures n'a pas apporté, au moins pendant les premières semaines de son application, quelque perturbation dans les services, comme l'avait fait, vingt ans avant, la journée de 8 heures : le nouveau régime a l'inconvénient d'imposer des muta-

tions trop fréquentes dans le personnel. Mais, j'ai le droit de le dire et les statistiques le prouvent, la valeur des soins n'est pas amoindrie et la sécurité des malades reste totale... »

En terminant, M. Mourier affirme que le métier d'infirmière, — un sacerdoce, — n'a subi aucune dégradation depuis l'application de la semaine de 40 heures.

« Les surveillantes, les panseuses, les soignantes ont cessé depuis longtemps d'être des servantes subalternes de la médecine pour devenir, par leur valeur morale, leurs connaissances techniques, les précieuses collaboratrices des chefs de service. La loi et la pendule n'ont jamais limité leurs efforts.

« Elles sont esclaves de leur conscience et de leur devoir professionnel.

« Dans les hôpitaux de Paris, Messieurs, j'ai la fierté de le proclamer : *le soigné passe toujours avant le soignant.* »

M. Georges DUHAMEL prend acte des déclarations rassurantes que vient d'apporter M. Mourier, en ce qui concerne les hôpitaux de Paris. Il tient à déclarer que le mérite, le dévouement et l'autorité de M. Mourier n'étaient nullement visés par sa précédente communication.

« En proposant à l'Académie de médecine mes remarques, je souhaiterais d'incliner les observateurs des mœurs à réfléchir sur le sens de certains événements ou phénomènes contemporains. Je n'avais pas d'autre propos et je faisais des vœux pour que le débat moral auquel je m'attachais ne prît en aucune façon l'allure d'une controverse....

« Ce qu'a dit M. le directeur de l'Assistance publique en ce qui concerne la stérilisation est vrai de Paris, et je le sais. La France est beaucoup plus grande que Paris. J'ai reçu de certains de nos confrères de province, des communications écrites touchant le chômage de la stérilisation et ses embarras, communications dont j'ai dû tenir compte. Je n'ai pas dit qu'il s'agissait de Paris. M. Mourier ne parle pas pour la France tout entière. J'ajoute pourtant que, même à Paris, le maniement des matériaux stériles a dû, pour l'application de la loi, être parfois confié à des serviteurs insuffisamment instruits. Plusieurs chirurgiens des hôpitaux me l'ont affirmé, soit de vive voix, soit par écrit.

« Certains services hospitaliers jouissent, dans le choix du personnel, d'un régime de faveur, régime mérité, qu'il a été pourtant impossible d'étendre soudainement à tous les services de la région parisienne.

« En ce qui concerne la continuité des soins, tous les témoignages que j'ai recueillis sont concordants : il est beaucoup plus difficile que naguère de compter sur des traitements suivis.

« M. Mourier nous apporte d'intéressantes statistiques. Mais, heureusement, ce n'est pas de mortalité, c'est de moralité qu'il s'agit...

«.... Des observations recueillies, il résulte en effet que dans certains services parisiens dirigés par des maîtres réputés, les effets de la législation ont été conjurés ou atténués par le bon vouloir du personnel. En somme, le personnel a pris de lui-même, pour contenter des chefs vénérés, les mesures correctives que l'on réclame et que l'on étudie actuellement dans diverses branches de l'activité nationale. Il n'en a pas été de même partout. Je crois nécessaire de rappeler à l'Académie, que la loi s'applique non seulement dans les établissements publics, mais encore dans les établissements libres et dans les sanatoriums. Elle intéresse aussi le personnel des laboratoires. Le problème est vaste...

«... J'ai toute ma vie souhaité de justes réformes sociales. J'en souhaite encore, et du fond du cœur. Mais il est certains domaines où les lois de l'humanité priment toutes les autres lois.

« Les serviteurs de la médecine, je le répète, méritent, eux aussi, un traitement charitable. Ils doivent, en quelque manière, bénéficier des avantages concédés à tous les travailleurs. Une telle réforme ne saurait s'opérer qu'avec une extrême prudence, et la bonne volonté, dans cette conjoncture, doit demeurer libre de chercher carrière et de se manifester. En outre, les professions de charité, j'y reviens, ne peuvent se soumettre aux rigueurs de l'horloge sans qu'on en arrive, comme me l'écrivait un de nos confrères, à « détruire la noblesse de la tâche professionnelle ».

« Je suis douloureusement affecté de voir qu'il a été impossible de soulever ce grave problème, même dans l'enceinte d'une illustre compagnie savante, sans enflammer ces passions partisanes que je souhaitais de maintenir à l'écart du débat.

« Le personnel des hôpitaux a manifesté du dépit, du mécontentement, de l'affliction. J'ai donc été mal lu, mal compris. Mon texte a été défiguré. C'est pour défendre les intérêts moraux de cette corporation honorable entre toutes, c'est pour la mettre en garde contre certains entraînements que j'ai rompu le silence.

« Nous venons d'assister, pendant ces derniers mois, à une expérience dont tout le monde sort inquiet et angoissé. Pour nous en tenir à notre domaine, vous imaginez sans peine que de nouveaux désordres mettraient en péril, avec le statut même de la profession médicale, un équilibre acquis au prix de longs tâtonnements. J'ai prié qu'on voulût bien y réfléchir et jamais la réflexion ne fut plus recommandable. Défendre la juste autorité du médecin contre des empiètements dont on ne peut mesurer, pour l'avenir, ni la nature, ni l'étendue, ce n'est pas une entreprise extravagante. Souhaiter la trêve humaine à l'intérieur de l'hôpital, ce n'est pas un souhait absurde.

« Dès maintenant, il ressort de ce débat que la loi est éminemment respectable, mais qu'elle est œuvre humaine, c'est-à-dire faillible et corrigible. Dans un pays comme la France, et c'est notre honneur, le citoyen peut encore travailler à l'examen et à l'amendement des lois.... »

En terminant, l'orateur met à la disposition de l'Académie, aux fins d'enquête, tous les documents qu'il a réunis sur la question.

M. LAPICQUE. — L'évolution moderne des mœurs apparaît à M. Lapicque comme un progrès considérable. Il est persuadé que grâce à cette évolution, le personnel des hôpitaux sera meilleur qu'il n'a jamais été.

M. Emile SERGENT rend justice à l'exposé de M. Duhamel, mais il tient aussi à dire hautement son admiration pour le personnel des hôpitaux dont il a apprécié, pendant plus de quarante ans, le dévouement et l'abnégation.

Et ce fut la conclusion très applaudie d'un débat qui fut souvent animé, sans perdre un seul instant une très haute tenue.

Rapports. — L'Académie a entendu ensuite des rapports de M. LEMIERRE, sur la séro-prévention de la rougeole, et de M. LESAGE, sur l'hygiène de l'enfance pendant l'année 1938.

A propos d'une note sur l'action des dérivés de l'aniline sur le sang. — MM. FOURNEAU, TREFONEL, NITTI et BOVET.

Sur la microflore envahissante des laits de consommation. — M. LESNÉ, au nom de MM. Guittonneau, Mocquot et Eyrard.

Absorption du proche infra-rouge par les divers milieux constitutifs de l'œil. — M. STROHL, au nom de MM. Legrand et J. Rollet.

Méthodes nouvelles permettant de contrôler les conditions de salubrité de l'air dans les espaces confinés. — M. KLING.

Méthode permettant de déceler la présence d'oxyde de carbone, d'acide carbonique ou de certaines vapeurs toxiques et d'en apprécier la quantité. — M. DEMESSE.

Hiver ensoleillé sous le ciel d'Égypte

La belle station thermale d'Hélouan-les-Bains

Célèbre depuis la plus haute antiquité, puisque l'on venait déjà s'y guérir sous le règne d'Amenhotep, soit 1.500 ans avant Jésus-Christ, la belle station thermale d'Hélouan-les-Bains, située à 25 kilomètres au sud-est du Caire et à 5 kilomètres des rives du Nil, s'étend gracieusement à l'ombre des collines du Mokattam, entourée par les sables du désert.

C'est la station rêvée pour une cure d'hiver. Hélouan-les-Bains, surnommée la « Mecque de la Santé » jouit d'un climat merveilleux. De fin octobre à fin mars le soleil y brille huit heures par jour. La température y est presque invariable (la moyenne, de novembre à mars, est de 15°5 à 9 h. du matin, elle atteint 22° à 15 h., et redescend la nuit à 10°). La moyenne d'écart est donc très inférieure aux stations alpestres. Le malade peut ainsi rester toute la journée au grand air sans aucun danger, avantage indiscutable étant donné la pureté de l'air du désert, il peut, en outre, en toute sécurité, dormir les fenêtres ouvertes puisqu'il n'y a pas d'abaissement sensible de température après le coucher du soleil ou durant la nuit.

L'atmosphère d'Hélouan est particulièrement sèche. Les bulletins hygrométriques officiels enregistrent, de novembre à mars, les moyennes suivantes : à 9 h. du matin 60 %, à 9 h. du soir 61 %. Le maximum de sécheresse est de 30 %; et la moyenne de pluie qui tombe durant tout l'hiver est de 3 mm. environ par an.

Hélouan n'est pas exposé aux vents, et grâce à la nature du terrain et aux collines rocheuses qui l'entourent, l'air y est exempt de poussière.

Les sources sulfureuses d'Hélouan sont plus riches que toutes celles d'Europe utilisées en thérapeutique. Elles jaillissent à la température de 33° C.

L'analyse du professeur Attfield F.R.S. sur la composition des eaux employées pour les bains à l'Etablissement Thermal, est la suivante :

	Gramme par litre	Grains par Gallon
Chlorure de potasse	0.2923	20.4610
Chlorure de soude	5.0690	354.8300
Sulfate de chaux	0.0694	4.8580
Carbonate de chaux	0.8250	57.7500
Sulfate de magnésium	0.5069	35.4830
Fer et aluminium	0.0160	1.1200
Salicium	0.0290	2.0300
Hydrogène sulfuré	0.0918	6.4260
	6.8994	482.9580

L'analyse des eaux d'Hélouan faite en 1935 par M. D. Beylerian, des Laboratoires de l'Université du Caire, a démontré que les eaux avaient des propriétés radioactives très accentuées.

Hélouan-les-Bains est la station la plus indiquée durant l'hiver pour les malades atteints de rhumatismes, goutte chronique, affections arthritiques, ankylose des articulations, lumbago et sciatique, obésité, diabète, asthme, emphysème, catarrhe des bronches, maladies des reins et de la peau.

L'Etablissement thermal, inauguré en 1899, admirablement aménagé, appartient au gouvernement Egyptien, et est administré par la Société « The Egyptians Hôtels Ltd », qui possède le Grand Hôtel d'Hélouan. De style oriental, l'Etablissement Thermal offre, en outre, des installations électro-thérapeutiques et de rayons X, des salles de traitement qui sont d'un modernisme et d'une perfection qui ne le cèdent en rien aux établissements thermaux d'Europe.

Les malades y jouissent de distractions variées : golf, tennis, équitation, camping au désert, et, en moins d'une demi-heure, par des trains très fréquents ou par la route longeant le Nil, ils peuvent être au Caire, la grande capitale de l'Egypte moderne, tout à la fois si pittoresque et si riche d'attractions mondaines et artistiques.

Hélouan abonde en bons hôtels et bonnes pensions de famille. Les prix sont raisonnables et même modestes, et tous les hôtels fournissent, sur demande, le régime alimentaire approprié à la cure suivie.

Autrefois le prix d'un voyage et d'une cure en Egypte pouvait effrayer un Français moyen. Aujourd'hui, grâce aux réductions consenties par les compagnies de navigation et les chemins de fer égyptiens, aux tarifs modérés des hôtels, Hélouan est devenue la station thermale rêvée apportant tout à la fois au Français souffrant et fatigué, la guérison, le repos et l'agrément d'un séjour idéal sous le ciel ensoleillé et immuablement bleu d'Egypte.

Edmond ROGER.

Etudes sur le benzolisme latent. — M. Paul-Emile WEIL, Mme PERLES et M. A. ASCHKENASY.

Codex 1938. — M. ROUSSY présente à l'Académie l'édition nouvelle de la *Pharmacopée française*, dont la dernière édition date de près de trente ans.

Election du bureau. — M. le médecin général inspecteur Sieur est élu vice-président pour 1938 (président pour 1939).

M. Georges Brouardel est réélu secrétaire annuel.

MM. Carnot et Coutière sont élus membres du Conseil.

Le bureau pour 1938 est donc ainsi composé : président : M. F. Bezançon ; vice-président : M. Sieur ; secrétaire général : M. Achard ; secrétaire annuel : M. Brouardel ; trésorier : M. Renault.

IIe CONGRÈS SCIENTIFIQUE INTERNATIONAL DE L'ALIMENTATION

Ce Congrès, qui vient de se réunir à Paris, a voté un certain nombre de vœux que nous croyons utile de faire connaître.

Physiologie de l'alimentation. — Le Congrès a émis d'abord le vœu que des réunions périodiques, organisées d'une façon suivie et cohérente, permettent de coordonner les travaux des physiologistes, des biochimistes, des biophysiciens, des hygiénistes et des médecins sur la science de l'alimentation.

Règles de l'alimentation normale. — Il est souhaitable de vulgariser les règles d'une alimentation rationnelle appuyée sur les données scientifiques modernes, et d'établir une liaison plus suivie et plus intime entre :

a) Physiologistes et médecins ;

b) Pouvoirs publics et œuvres sociales, officielles ou privées ;

c) Etablissements d'enseignement (internats, écoles..) et milieux familiaux eux-mêmes, pour répandre ces règles.

Chez les enfants, la ration quotidienne de lait ne doit jamais être supérieure à 1 litre. Il peut être dangereux de prolonger trop longtemps le régime lacté exclusif, à cause de sa pauvreté en fer et de sa tendance rachitigène. Le lait est un aliment et non une boisson : dans les régimes mixtes, il doit être incorporé à la ration calorifique globale, et ne jamais être donné en surplus. Une surveillance constante de la composition des laits fournis pour l'alimentation devrait être exercée par les autorités publiques.

Par ailleurs, les nourrissons qui tolèrent mal les hautes doses de lait peuvent, beaucoup plus tôt qu'il n'est classique de le penser, bénéficier d'un régime lacté restreint, complété par l'adjonction de glucides (farine, sucre) et de protides (fromages), à condition que ce régime soit formulé selon les règles de l'hygiène alimentaire. En tout état de cause, la viande sera fournie à l'enfant à partir de 18 mois.

Dans les crèches, cantines scolaires, internats..., la consommation de pain, de pâtes, de légumes secs, de charcuterie et de viande en hachis doit être diminuée au profit de celle de légumes frais et de fruits riches en vitamines et en sels minéraux. Il serait à souhaiter que certaines familles indigentes puissent bénéficier d'une distribution gratuite ou à bas prix de tels aliments et notamment de lait ainsi que de produits laitiers.

Le régime de la femme enceinte et de la nourrice ne doit pas différer sensiblement du régime normal des autres femmes ; mais il est ici particulièrement important de respecter la loi des minimums nécessaires, du double point de vue quantitatif et qualitatif.

Il paraît nécessaire, à partir de l'âge de huit ans, de fournir une ration abondante de protides animales, la viande ou le poisson devant (en raison de la gamme complexe de leurs acides aminés) figurer au moins une fois par jour ou principal repas de la journée.

L'enfant de 12 ans a besoin d'une alimentation aussi riche et aussi variée que l'adulte, et l'adolescent de 16 ans d'une ration notablement supérieure à la ration moyenne de l'adulte dans les deux sexes ; à partir de 60 ans, la ration quotidienne doit diminuer progressivement ; dans la vieillesse, elle représentera les 2/3 de celle de l'âge mûr.

Des enquêtes devraient être menées dans les écoles et les internats pour préciser et compléter les notions actuellement admises sur l'alimentation des enfants et des adolescents.

Pour l'alimentation des adultes normaux, le Congrès se rallie aux recommandations de l'Organisation d'hygiène de la Société des Nations.

Revenant, une fois de plus, sur les méfaits de l'abus des boissons alcoolisées, le Congrès considère que la dose d'un litre de vin par jour, même chez les travailleurs de force, ne doit jamais être dépasssée ; et souhaite de voir supprimer, dans la mesure du possible, la consommation des essences, eaux-de-vie et liqueurs.

L'alimentation dans les colonies. — Le Congrès émet le vœu :

Qu'un organisme local permanent soit créé dans chacun des pays d'outre-mer. Cet organisme serait spécialement chargé, au besoin avec la collaboration des savants de la métropole, des recherches sur l'alimentation actuelle des indigènes et sur les moyens de l'améliorer.

L'enseignement et l'organisation sociale de l'hygiène alimentaire. — Le Congrès a exprimé le vœu : que chaque gouvernement crée, pour le développement de l'hygiène alimentaire, un organisme d'action permanent groupant des hommes de laboratoire, des médecins, des hygiénistes, des éducateurs et des administrateurs.

Il a demandé notamment :

a) Que le diplôme de médecin hygiéniste ne puisse être délivré qu'après un enseignement sur la physiologie et la pratique de l'alimentation ;

b) Que tous les médecins reçoivent un enseignement sur l'hygiène alimentaire.

Le Congrès a signalé, en outre, à l'Administration de l'Assistance publique l'importance primordiale d'une cuisine diététique, dirigée par un médecin spécialisé en matière de nutrition, dans tous les hôpitaux et hospices.

En ce qui concerne **les aliments**, le Congrès, prenant acte des conclusions du rapport de M. Vimeux et constatant la nécessité d'orienter la production agricole vers la satisfaction des besoins réels des consommateurs,

Estime que les initiatives déjà prises à ce sujet doivent être poursuivies et encouragées ;

Que, notamment, les coopératives agricoles, agissant en liaison avec les coopératives de consommation, par la garantie d'origine et de qualité de leurs produits et par leur contrôle, soient susceptibles d'apporter dans la réalisation d'un programme d'amélioration de l'alimentation des possibilités d'action très étendues.

Le Congrès a enfin émis un certain nombre de vœux relatifs à la **protection et au contrôle des aliments.**

Contribution à l'étude des repaires microbiens de l'urètre dans la blennorragie chez l'homme, par le docteur E. BOROVSKY. 1 vol. in-8°, Librairie médicale Marcel Vigné, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GEN. D'IMPRIMERIE ET D'EDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 104. — MERCREDI 29 DEC. 1937. 110e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internal* (oral). — Jury : MM. Lesné, Nicaud, Marchal et Chirié ont accepté. M. Heitz-Boyer est remplacé par M. Marcel Ombrédanne. MM. Lelong, B. Weill-Hallé, Jacques Ch. Bloch, Oberlin et Cunéo n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

Liste de classement des candidats admissibles :
M. Poissonnet, Mlles Grumbach, 47 ; Hufnagel, 46 1/2 ; MM. Fénelon, Tetreau, 46 ; Mantoux, 45 ; Adam, 44 1/2 ; Lolmède, Mouton, Roy (Bernard), 44 ; Perrier (Robert), 43 1/2 ; Ben-Haïm, Bertrand (Jean), Coury (Charles), Lichnewsky (René), 43 ; Bareau (Alain), Mlle Darhovski, MM. Gimault (Henri), 42 1/2 ; Aupinel (Rodolphe), Lebovici (Serge), Radzievsky, 42 ; Feldmann (Pierre), 41 1/2 ; Blanchon (Pierre), Bricaire (Henri), Danel (Jean), Mlle Lambert (Alice), MM. Langevin (Jean), Soulier (Jean), Verstraete (Claude), 41,

MM. Campagne (Jean), Castaigne (Paul), 40 1/2 ; Berthon (Pierre), Bourlière (François), Küss (René), Le Bozec (Roger), Lecointe (Pierre), Raynaud (Henri), Tiret (Jacques), Toulouse (Rémy), 40 ; Brault (Albert), Dreyfus (Jean), Lange (Eugène), 39 1/2 ; Boudon (Claude), Brisset (Charles), Chigot (Pierre), Froidefond (Maxime), Gorin (Raymond), Lecœur (Jacques), Minkowski (Alexis), Roger (René), Salet (Jacques), 39,

MM. Bourgine (François), Caufment (André), Lacroix (Pierre), Piguet (Benjamin), 38 1/2 ; Albou (André), Blancard (Lucien), Blinder (Roger), Mlle Feder (Arlette), MM. Hébert (André), Leroy (Marc), L'Hirondel (Jacques), Perol (Etienne), Mlle Provendier (Marie), MM. Ristelhueber (Jean), Serreau (Charles), 38 ; Alison (Joseph), Galmiche (Paul), Jacquemin (Henri), 37 1/2 ; Azaïz (Salah), Callerot (Louis), Desfosses (Noël), Dubost (Charles), Douville (Jean), Granjon (André), Hertzog (Pierre), Joussement (Raoul), Mlle de Larminat (Marie), MM. Léger (Bernard), Martinet (Jean), Poussier (François), Prochiantz (Alek), Renault (Pierre), Ronsin (Michel), Rouault (Michel), 37,

MM. Goury-Laffont (Maxime), Steinberg (Robert), 36 1/2 ; Bastin (Raymond), Cotillon (Jean), Delouche (Gaston), Huber (Jean), Liénard (Jean), Mendelsohn (Bernard), Rometti (Alde), 36 ; Bolo (Robert), Ciaudo (Denis), Phéline (Pierre), 35 1/2 ; Audoly (Paul), Compagnon (Lucien), Mlle Corre (Lucienne), MM. Cossart (René), Etienne (Roger), Eudel (François), Gandrille (Marcel), Haussmann (Louis), Joinville (Eugène), Mlle Lefèvre (Jacqueline), MM. Maignan (Charles), Mattei (Marc), Mlle Rosenkovitch (Esther), MM. Scebat (Lucien), Sterboul (Isaac), 35,

MM. Landau (Pierre), Kreisler (Léon), 34 1/2 ; Bauchart (Jean), Baudon (Jacques), Butzbach (Jean), Capron (Pierre), Enel (Jacques), Feuillette (Pierre), Fortin (Raymond), Fronville (Pierre), Hardel (Marc), Lanvin (Michel), Mlle Lindeux (Simone), M. Marzet (Alexis), Mlle Meunier (Andrée), MM. Pruvot (Georges), Roulland (Henri), Mlles Seyrig (Guillemette), Stalhand (Ellen), MM. Toufesco (Nicolas), Tricot (Robert), 34 ; Bernard (Pierre), Gibon (Louis), Mlle Lipmann (Charlotte), 33 1/2,

MM. Aharfi (Georges), Bachet (Maurice), Carlotti (Jacques), Deprez (Victor), Mlle Haller (Renée), MM. Hemeury (Jean), Lasry (José), Leandri (Lucien), Le Sourd (Maurice), Pluvinage (Roger), Pointeau (Jacques), Rognon (Lucien), Roujon (Guy), Sriber (André), Staub (Michel), Tahar (L.), Thaon (Michel), Mlles Wolfromm (Hélène), 33 ; Heulot (Raymonde), MM. Lacombe (Roger), Motte (André), Muller

(Jean), 32 1/2 ; Aurégan (Maurice), Barré (Yves), Bouillié (Raymond), Mlle Bournisien (Marthe), MM. Butet (André), Chabasseur (Marc), Mlle Hahn (Marie), MM. Kropff (Georges), Lambert (Léon), Martinon (André), Molimard (Jean), Mlles de Neymann (Marie), Rémond (Simone), MM. Rouget (Jacques), Saltet de Sablet ; Sclafer (Maurice), Sevileano (Eugène), Mlle Tourneville (Renée), M. Vernes (André), 32,

MM. Durupt (Lucien), Labayle (Jean), Loubrieu (Jean), 31 1/2 ; Delair (Guy), Fayein (André), Mlle Granier (Régine), MM. d'Œlsnitz (Michel), Petit (Camille), Mlle Rist (Hélène), 31 ; M. Delatour (Jacques), Mlle Garnier (Marie), 30 1/2 ; MM. Bonnet (Jacques), Bonvallet (Jacques), Chartrain (Emile), Danion (Jean), Darricau (Aimé), Deslandes (Edouard), Dufour (Maurice), Hewitt (Jean), Mlle Laisney (Simone), MM. Lang (Paul), Monod (Marc), Rodde (Aimé), 30 ; Bolivar, Le Lay (René), 29 1/2,

M. Amado (Georges), Mlle Antoine (Clotilde), MM. Ballade (Roger), Bertier (Jacques), Dailly (Robert), Filippi (Paul), Fraquet (Paul), Geffriaud (Marcel), Isal (Paul), Jardel (Gérard), Joublin (Jean), Kartun (Paul), Metzger (François), Mlle Moreau (Jacqueline), M. Pillet (Marie-Joseph) ; Mlles Rosental (Louise), Spach (Hélène), 29 ; MM. Albert (André), Chappellart (Pierre), Ferrand (Guy), Gallimard (Jean), Reverdiau (Jacques), Verriez (Charles), 28 1/2 ; Vila (Roger), Barbier (Pierre), Mlle Bentkowski (Gabrielle), MM. Butzbach (Jacques), Demassieux (Jean), Didier (Raymond), de Fourmestraux (Jean), Gertzberg (Victor), Hussameddin, Isorni (Philippe), Mlle Kahn (Madeleine), MM. Kaeppelin (Marie-Joseph) ; Libert (Raymond), Moullé (Antony), Paley (Jean), Tostinvint (René), 28.

Hôpitaux de Nantes. — Après concours ont été nommés :

Docteur interne résident : le docteur Pierre Riou.

Internes des hôpitaux : MM. Le Seigle, David, Mlle Gendron, M. Maussion, Mlle Ripoche, MM. Devineau, Gendron (C.).

Externes des hôpitaux :

M. Gimbert de Fallois, Mlle Millot, MM. Verger, Groleau (Pierre), Monnnier, Paressant, Marcelon, Mlle Lelièvre, MM. Buet, Digo, Cornet, Ménard, Caillabet (Denis), Mlle Tesson, MM. Scarbonchi, Lemerle, Lasserre, Archer-Dubois, Boquien, Retailleau, Moussion.

Hôpitaux Sadiki et E. Conseil, à Tunis. — Trois vacances d'internes : 1 en oto-rhino-laryngologie ; 1 en radiographie ; 1 en médecine générale, existent actuellement aux hôpitaux Sadiki et E. Conseil, à Tunis.

Les conditions générales sont les suivantes : nationalité française ou tunisienne, 20 inscriptions.

Le classement aura lieu sur titres.

Adresser les demandes à M. le directeur des hôpitaux Sadiki et E. Conseil, en joignant les pièces ci-après : une expédition dûment légalisée de l'acte de naissance ; les pièces justifiant la scolarité ou les diplômes et titres ; les pièces établissant la situation du candidat au point de vue militaire.

Avantages accordés. — Traitements : 1re année : 9.000 francs ; 2e année : 10.000 fr. ; 3e et 4e années : 11.000 fr. Une indemnité complémentaire annuelle de 2.000 fr. est allouée aux internes titulaires du diplôme de docteur en médecine d'une Université française ; logement, chauffage, éclairage, blanchissage. Le prix de la traversée de Marseille à Tunis, en 2e classe, est remboursé après un an de fonctions effectives à l'hôpital, aux internes de nationalité française recrutés dans la Métropole.

Le prix de la traversée de Tunis à Marseille, en 2e classe, est remboursé à ces mêmes internes, après deux ans de fonctions au moins, s'ils retournent se fixer en France pour y exercer leur profession.

Pour obtenir le remboursement de ces frais, il est nécessaire de retirer un reçu de la Compagnie de Navigation.

Les internes des services de médecine générale peuvent également obtenir leur mutation dans les services de chirurgie ou dans les spécialités, lorsque des vacances se produisent.

Légion d'honneur. — GUERRE (active). — *Officier* : MM. Bicbourg, Laigret, de Lagoanère, Truchetet, Lafforgue, Wulliam, Bolotte, Faure, Bétirac, Massonnaud, Bourgeois, Malinas, Liegeois, Rey, Ravoux, Menville, Testas, Martinet.

Troupes coloniales : MM. Le Gall, Guirriec, Gillis, de Marqueissac.

Chevalier : MM. Detang, Blanchard, Arthenac, Pesme et Peyrus.

Troupes coloniales : MM. Malval et Labat-Labourdette.

Collège de France. — Par décret en date du 19 décembre 1937, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale, M. René Leriche, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé, à compter du 1er janvier 1938, professeur titulaire de la chaire de médecine du Collège de France.

Conseil supérieur d'Hygiène publique de France. — MM. les docteurs Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur ; Jules Renault et Georges Brouardel, conseillers sanitaires techniques, ont été maintenus, pour l'année 1938, dans les fonctions de président et de vice-présidents du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Ministère des Colonies. — M. le docteur Basch (Georges), médecin des hôpitaux, est agréé pour remplir les fonctions de médecin spécialiste consultant de syphiligraphie et vénérologie à l'administration centrale du ministère des Colonies, pour une période de trois ans à compter du 1er janvier 1938.

La retraite des vieux travailleurs. — Notre éminent confrère et ami le professeur Georges Portmann, sénateur de la Gironde, vient de déposer sur le bureau du Sénat une proposition de loi instituant la retraite aux vieux travailleurs dans le cadre des assurances sociales.

Amicale des médecins parisiens de Paris. — L'assemblée générale annuelle de l'Amicale des médecins parisiens de Paris s'est tenue le jeudi 9 décembre. Le docteur Aubertin, président sortant, est nommé président d'honneur. Le Président de l'Amicale pour 1938 est le docteur Fège.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, prière de s'adresser au secrétaire général, docteur Robert Thuillant, 43, rue de Rennes, Paris (6e).

PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE ET CANCER

Par Mme CHARLOTTE CROZET
Médecin des hôpitaux psychiatriques

L'hallucination, en particulier l'hallucination cénesthésique, a quelquefois un point de départ organique et repose alors sur un fait réel : « les divagations fantaisistes, tenues pour des hallucinations cénesthésiques, ont en réalité pour origine les douleurs ou les paresthésies provoquées par des troubles viscéraux » (1). C'est alors que l'hallucination cénesthésique apparaît plus comme une interprétation délirante de faits réels, mais dont la cause profonde échappe au sujet, que comme une hallucination vraie.

J'ai été amenée à observer un certain nombre de cas de Psychose hallucinatoire chronique et j'ai été frappée par la coïncidence de cette affection mentale avec un état cancéreux se manifestant parfois longtemps après l'éclosion des troubles mentaux. C'est ainsi que sur 7 malades atteintes de psychose hallucinatoire chronique et mortes au cours de ces trois dernières années, 5 présentaient un néoplasme (1 néo du sein, 1 néo utérin, 2 néos de l'intestin, 1 néo du sein gauche avec ostéosarcome du fémur du même côté).

J'ai tout naturellement pensé que les hallucinations cénesthésiques accusées par ces malades, alors que la tumeur responsable de leur mort n'était pas décelable cliniquement, consistaient en des interprétations délirantes de troubles viscéraux et de douleurs existant réellement. En effet, les malades souffrent dans leur organisme, il est naturel qu'elles cherchent une explication aux malaises qu'elles ressentent, d'où les interprétations délirantes de caractère plus ou moins particulier suivant le degré d'intelligence, les tendances constitutionnelles de chacune, leur éducation, le milieu social dans lequel elles ont vécu. C'est ainsi qu'une débile se croira « possédée du démon, habitée par le diable ou par quelque animal fantastique qui lui ronge les chairs, lui dévore les entrailles ». Une autre malade, plus paranoïaque, tirera de l'extérieur l'explication des troubles qu'elle ressent : « on lui envoie des rayons, on lui travaille le corps par des courants électriques qui la traversent de part en part. On lui brûle l'estomac et l'intestin avec des aliments empoisonnés... ». Chez une autre malade, plus imaginative, plus déséquilibrée dans son psychisme, l'interprétation délirante des paresthésies la conduira aux confins du sentiment de dépersonnalisation : « on ne se contente plus seulement de lui travailler le corps par des rayons, mais elle a maintenant des maux de tête et c'est parce qu'on l'endort la nuit afin de lui prendre sa volonté pour la transformer en automate et lui faire accomplir des actes qu'elle réprouve ».

On pourrait donc concevoir dans ces Psychoses hallucinatoires chroniques coexistant avec un état précancéreux ou cancéreux que l'hallucination cénesthésique, en réalité interprétation délirante de douleurs ou de paresthésies viscérales, soit la variété d'hallucination qui apparaisse la première dans le cortège hallucinatoire. Ce serait en quelque sorte la plus simple, la plus proche de la réalité (puisque interprétation fausse d'un fait exact dont la cause profonde échappe au sujet) ; ce serait ainsi la plus primaire. Puis, au fur et à mesure que l'imagination de la malade entrerait en jeu, on aurait très vite les hallucinations auditives, gustatives, olfactives et même visuelles. Quoi de plus naturel et de plus logique, en effet !

Une malade entrée dans mon service avec le diagnostic de Psychose hallucinatoire chronique et morte depuis en présentant un ostéosarcome du fémur gauche avec squirrhe atrophique du sein du même côté, se plaignait « qu'on lui brûlait le corps avec des rayons radiothérapiques. On essayait surtout d'atteindre le côté gauche, car c'était le côté du cœur et qu'ainsi on la ferait plus vite mourir ». Il est intéressant de noter que la malade accusait des symptômes beaucoup plus douloureux à gauche, elle ne présentait à ce moment-là aucune tumeur cliniquement décelable et pourtant elle est morte avec un néoplasme du sein gauche et un ostéosarcome du fémur du même côté. Cette constatation paraît bien devoir indiquer que chez cette femme, il s'agissait d'interprétation délirante et non d'hallucination cénesthésique réelle.

Il était tout naturel que la malade cherchât qui lui envoyait ces « rayons radiothérapiques ». Ayant eu un dissentiment avec un ami qui l'avait quittée, elle l'a tout de suite accusé de lui vouloir du mal et de diriger sur elle les rayons nocifs. Sa pensée s'est concentrée sur lui, elle l'a alors entendu lui dire des injures, puis elle a cru le reconnaître dans un des visiteurs de l'hôpital, ensuite elle a affirmé l'avoir vu deux fois dans sa chambre alors que personne n'y avait pénétré. Peu à peu elle a accusé le personnel hospitalier d'être complice de son persécuteur : « les infirmières elles aussi lui envoyaient des rayons, elle sentait partout des odeurs d'ozone. La nuit elle entendait son ami parler avec les veilleuses. Tous les aliments qu'elle absorbait étaient empoisonnés par les infirmières sur l'ordre de son ex-ami ».

Sans une prédisposition psychopathique il est bien certain que cette femme n'aurait pas échafaudé un tel délire sur les phénomènes douloureux incontestablement réels qu'elle ressentait. Mais sans cela même, nous n'aurions pas été amenés à étudier la genèse de l'élément hallucinatoire et délirant à partir d'une sensation physiologique réellement perçue ou d'un malaise somatique existant, la prédisposition psychopathique étant à la base même de la plupart des manifestations mentales pathologiques.

Mais, alors que chez certains malades les deux affections psychique et somatique semblent suivre une évolution parallèle (c'est le cas dans l'observation rapportée ci-dessus), il arrive parfois que les manifestations somatiques pathologiques paraissent remplacer les troubles psychiques. C'est ce que le Professeur Ball a appelé la loi d'alternance.

(1) SÉRIEUX et CAPGRAS. *Le délire d'interprétation*, p. 129.

Je rappellerai ici la curieuse observation de Magnan (1) relatant un délire d'imagination transitoire lié à l'existence d'une tuberculose pulmonaire chez un malade présentant, d'autre part, une prédisposition psychopathique d'origine héréditaire. Dans cette observation la poussée évolutive pulmonaire a coïncidé avec une amélioration des troubles mentaux.

J'ai pu noter chez une de mes malades un phénomène analogue : depuis 18 ans cette femme était internée pour Psychose hallucinatoire chronique quand, en l'espace de quelques mois, j'ai observé la disparition presque complète des éléments hallucinatoires et des interprétations délirantes. En même temps, la malade se plaignit de fatigabilité, elle perdit l'appétit, s'amaigrit. Un jour elle eut un malaise, on la laissa au lit et en l'examinant je remarquai une petite tumeur de la grosseur d'une noix au niveau du sein gauche. Craignant une tumeur maligne, je l'envoyai au chirurgien. On l'opéra, 3 mois après eut lieu la récidive et 8 mois après l'intervention la malade mourait, en pleine cachexie cancéreuse, mais sans avoir manifesté le moindre trouble mental depuis près d'un an.

Je ne tire aucune conclusion de ces derniers faits, je trouve seulement intéressant de les rapprocher de ceux relatés dans l'observation de Magnan.

En résumé, en présence de la coïncidence fréquente de Psychose hallucinatoire chronique et d'état cancéreux, on peut se demander si le syndrome hallucinatoire présenté par le sujet n'est pas tout simplement la traduction et l'interprétation délirante d'un état organique, viscéral pathologique qui nous échappe cliniquement. Il est parfois assez aisé de diagnostiquer une tumeur du système nerveux s'accompagnant de signes pathognomoniques, il est facile aussi de dépister un cancer de l'utérus à la période des métrorragies ou un cancer de l'estomac s'accompagnant de gastrorragies abondantes, mais combien de tumeurs évoluent à bas bruit, d'une façon insidieuse et muette ! C'est à ce moment qu'il serait intéressant d'en faire le diagnostic et de contrôler si les troubles mentaux, en apparence primitifs, ne sont pas en réalité l'interprétation délirante de troubles viscéraux cliniquement inexistants.

Il serait désirable, chez de telles malades, de déceler un état précancéreux par les réactions de laboratoire. Il en existe plusieurs, mais malheureusement elles sont extrêmement délicates, de pratique peu facile et, d'autre part, ne peuvent encore fournir que des probabilités.

BIBLIOGRAPHIE

BALVET. Le sentiment de dépersonnalisation dans les délires de structure paranoïde. *Thèse*, Lyon, 1936.

CHASLIN. Eléments de séméiologie et clinique mentale (Asslin et Houzeau, 1912).

EDERT. Les délires imaginatifs. *Thèse*, Nancy, 1936.

GÉNIL-PERRIN. Les paranoïaques.

MAGNAN. Leçons cliniques sur les maladies mentales, recueillies et publiées par les docteurs Briand, Legrain, Journiac, Sérieux (2e édition, 1893).

SÉRIEUX et CAPGRAS. Le délire d'interprétation.

(1) MAGNAN. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, recueillies et publiées par les docteurs Briand, Legrain, Journiac et Sérieux (2e édition, 1893).

XXXVIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

(*Paris*, 4 *octobre* 1937)

Président : docteur LEPOUTRE, Professeur à la Faculté libre de Lille)

Traitement chirurgical des néphropathies médicales (néphrites, hypertension)

par H. CHABANIER, GAUME et C. LOBO-ONELL

Résumé du rapport

L'idée de recourir à la chirurgie dans les néphropathies médicales est le fait de l'impuissance du traitement médical, dans un nombre non négligeable des cas, à enrayer l'évolution du processus morbide, voire même simplement à procurer une amélioration symptomatique.

Introduite par Harrison, et surtout par Edeboels (1898), qui préconisait la décapsulation rénale, la chirurgie des néphrites, après avoir connu une vogue importante et donné lieu, dans les divers pays, à des travaux nombreux (ceux de Pousson, notamment, sont dans toutes les mémoires), fut l'objet, à partir des premières années de ce siècle, d'une défaveur progressivement croissante.

Cependant, de l'ensemble des faits publiés, et qu'Ertzbischoff réunissait en 1906, des suggestions encourageantes à divers égards se dégageaient, qui auraient pu inciter à poursuivre l'étude engagée.

Mais l'opinion médicale restait indécise : Edeboels avait parlé de guérison, et les faits ne lui donnaient pas raison. Par ailleurs, les résultats favorables observés demeuraient en quelque sorte en l'air, faute de repères pour en apprécier la portée, ce qui tenait d'une part à l'imprécision de la nosographie des néphropathies médicales à l'époque, et, d'autre part, à l'insuffisance des procédés d'exploration des reins.

Sauf dans les pays en sympathie de culture avec l'Allemagne, où elle fut encore l'objet de quelques recherches (Kummel, Rovsing, Chwalla, Volhard, etc.), la chirurgie des néphrites fut dès lors à peu près délaissée, résultat auquel les orientations thérapeutiques nouvelles introduites par Widal (régimes hypo-azoté et déchloruré) n'ont vraisemblablement pas été étrangères, dans notre pays tout au moins.

Dans ces dernières années, la question a pris un regain d'activité : les travaux se sont multipliés ; à la décapsulation et à la néphrotomie, pendant longtemps, seules pratiquées, sont venues s'ajouter l'énervation rénale, la surrénalectomie, la splanchnicectomie, dirigées plus spécialement contre les néphropathies hypertensives.

C'est l'état actuel de ces recherches que, se basant tant sur les divers faits publiés que sur les 117 cas personnels qu'ils rapportent, les auteurs se proposent de dégager dans un travail de pure documentation clinique.

Une question se posait préalablement à toute autre : quel schéma allait-on adopter pour classer les atteintes médicales des reins ? Les auteurs exposent les raisons qui les ont amenés à renoncer à la classification de Widal, laquelle distingue en fait non des néphrites au sens réel du terme, mais des syndromes fonctionnels, pour adopter la classification de Volhard et Fahr, qui prétend à isoler les néphrites, au sens propre du terme, opinion que, d'après leurs recherches portant sur plus de 250 biopsies pratiquées en cours d'évolution de néphrites de divers ordres, les auteurs considèrent comme justifiée dans une très large mesure.

La classification de Volhard et Fahr distingue quatre grands types de néphropathies : les *glomérulo-néphrites*, les *néphroses* (à côté desquelles il y a lieu de placer l'*amylose*) ; les *néphro-angioscléroses*, et enfin les *néphrites in-*

terstitielles infectieuses. Plusieurs de ces grands types comportent des variétés ou formes auxquelles il sera fait allusion ci-après.

C'est sous l'angle de cette classification que les auteurs ont envisagé les documents dont on dispose actuellement. Tâche facile lorsqu'ils comportent une description anatomique des lésions, déjà d'une sûreté moins rigoureuse lorsque le syndrome clinique était seul exposé, aléatoire enfin dans les cas malheureusement encore trop nombreux où la description clinique est sommaire et les explorations rénales absentes ou incomplètes.

Les **glomérulonéphrites,** caractérisées par des altérations spéciales des glomérules, se divisent en deux groupes : les *formes diffuses* et les *formes focales,* les unes et les autres d'origine infectieuse et consécutives surtout aux infections de l'isthme bucco-pharyngé.

Les *glomérulonéphrites diffuses* se divisent à leur tour en *forme aiguë* et *formes chroniques.*

La **glomérulo néphrite diffuse aiguë,** caractérisée par l'œdème (le plus souvent partiel et léger), l'hématurie (modérée en général), une élévation légère de tension artérielle, avec une albuminurie modérée et cylindrurie, présente une évolution en général bénigne, et paraît aboutir, en quinze à vingt jours, à la guérison. En fait, d'après Volhard, dans 30 p. 100 des cas, la guérison est incomplète et la maladie prend l'allure chronique. D'après leurs constatations biopsiques et les faits cliniques observés, les auteurs pensent que le pourcentage des cas non guéris en fait est nettement supérieur à ce chiffre.

L'intervention a été surtout pratiquée dans les cas, en définitive peu nombreux, s'accompagnant d'anurie, et avec succès (cas de Volhard, Bowers et Trattner, Nicolich, Collomb, Gouverneur).

En dehors de cette éventualité, elle a été peu pratiquée (cas de Lévy, Nicolich ; 13 cas des auteurs, opérés plus ou moins précocement ; 2 cas de Cain et Michon). Dans tous ces cas, la décapsulation a exercé une action manifeste d'ordre symptomatique ; dans certains cas, une guérison apparente s'est instaurée. Mais des recherches plus étendues sont nécessaires pour formuler une conclusion valable à cet égard. De plus, on pourra toujours objecter que le même résultat aurait pu, du moins dans une certaine fraction des cas, être observé sans intervention. Cette objection n'est, en tout cas, pas valable dans certaines des formes chroniques où l'impuissance du traitement médical est pratiquement la règle.

Les *formes chroniques* comportent en effet plusieurs aspects : la *forme subaiguë,* caractérisée par des lésions extracapillaires des glomérules, présente une évolution régulièrement fatale en quelques semaines ou mois. Or, les auteurs rapportent 2 cas où la décapsulation, effectuée alors que le syndrome clinique était des plus graves, a non seulement écarté l'issue fatale, mais a été le point de départ d'une amélioration considérable et persistante.

Dans la *forme subchronique,* légèrement moins grave (l'évolution porte sur quelques années), les résultats sont en général moins importants. Cependant, dans plusieurs des cas relatés, où la situation paraissait désespérée, le résultat a été des plus remarquables.

Dans la *forme chronique proprement dite,* l'appréciation des résultats opératoires, quant à l'action sur la gravité évolutive, est beaucoup plus délicate du fait de la durée en général élevée de l'évolution (dizaine d'années). Des données statistiques étendues sont indispensables pour permettre de dégager une conclusion valable à cet égard. Un fait hors de doute, que mettent en évidence les constatations de Chwalla et celles des auteurs, est l'action nettement favorable de la décapsulation sur divers symptômes tels que l'hématurie, la douleur, etc., ainsi que sur les poussées aiguës au cours de cette forme.

En *conclusion :* la décapsulation exerce dans l'ensemble une action symptomatique non douteuse dans la glomérulonéphrite diffuse, l'effet sur l'allure évolutive apparaissant comme d'autant moins profond que la néphrite est plus ancienne. Ce qui amène les auteurs à suggérer de faire porter l'étude des possibilités curatrices de la décapsulation sur les cas aigus ou au début du passage à la chronicité. Etude essentiellement extensive et de longue haleine et qui n'est qu'ébauchée à l'heure actuelle.

Les **glomérulo-néphrites focales** se caractérisent cliniquement par l'hématurie, à l'exclusion de tout autre symptôme, anatomiquement par des lésions parcellaires et dégénératives de glomérules. Les auteurs n'ont pas observé de cas purs de cette forme. Sur la nature d'un grand nombre de cas publiés sous l'étiquette de *néphrite hématurique,* le doute persiste faute de données anatomiques. Le fait important à retenir est l'action en général décisive de l'intervention sur l'hématurie.

Un autre groupe de faits, dont l'identification n'a été faite avec certitude que dans quelques cas, a trait aux *néphrites douloureuses.* Ici encore, le fait pratique est l'action favorable de la décapsulation.

Le second grand type de Volhard et Fahr concerne les néphropathies dégénératives : *néphroses* et *amylose.* La décapsulation n'a donné que des succès exceptionnels dans la *néprose nécrosante* due au mercure. Etant donnée l'action nette sur la diurès qu'elle exerce même dans les cas malheureux, on ne peut cependant rejeter délibérémnt un procédé susceptible de renforcer l'action du traitement médical dans les cas où celui-ci se montre insuffisant.

Dans quelques cas de *néphrose lipoïdique,* la décapsulation a été pratiquée avec succès.

Le troisième grand type morbide de Volhard et Fahr a trait aux *néphro-angioscléroses :* celles-ci, dont l'hypertension est le seul symptôme et que caractérisent anatomiquement des lésions de sclérose artérielle rénale, et *forme maligne,* où l'hypertension s'associe à une atteinte fonctionnelle assez rapidement progressive des reins, avec endartérite.

Trois types d'opérations ont été pratiqués dans les néphro-angioscléroses : l'énervation rénale, la surrénalectomie, la splanchnicectomie.

En dehors de l'observation princeps due à Rieder et de celle de Gerbi, les auteurs rapportent 40 cas personnels d'*énervation.* Il en ressort que celle-ci détermine une chute de la tension, souvent appréciable, mais qui, en général, ne persiste que quelques mois, cependant que les troubles hypertensifs, très vite diminués ou dissipés, le demeurent ,et que l'état général se redresse vigoureusement. De plus, l'intervention paraît entraîner une pause appréciable dans l'évolution du processus morbide.

Les 45 cas de *surrénalectomie* résumés, joints à 2 cas personnels, montrent un effet analogue. Malheureusement, étant donnée l'absence de données anatomiques dans la quasi-totalité des cas, il est difficile d'apprécier avec exactitude la nature des processus morbides en cause.

Il en est de même pour la *splanchnicectomie,* qui donne des résultats analogues, et dont les auteurs résument 19 observations.

Au total, les auteurs pensent que les trois variétés d'interventions présentent un intérêt indiscutable dans les néphro-angioscléroses, notamment dans la forme maligne, qui, par sa gravité évolutive, est au-dessus des ressources médicales actuelles. Pour leur part, ils donnent la préférence à l'énervation rénale, réservant la surrénalectomie pour les cas où une tumeur de la surrénale est constatée.

Le quatrième type morbide de Volhard et Fahr, à savoir la **néphrite interstitielle infectieuse non suppurée,** n'a pas de tableau clinique appréciable, sauf dans les cas où un œdème accompagne l'infiltration leucocytaire interstitielle

(œdème inflammatoire de Fahr) et dans lesquels l'oligurie ou même l'anurie s'observent. Les auteurs rapportent 11 cas d'anurie sécrétoire où la biopsie montrait cet œdème. Dans tous ces cas, la décapsulation a entraîné une reprise accentuée de la diurèse, la guérison n'ayant cependant été obtenue que dans 2 cas. Les auteurs résument 23 observations d'anurie sécrétoire survenue dans des conditions étiologiques diverses, sans examen anatomique, et où la guérison a été obtenue dans 19 cas, soit par la décapsulation, soit par la néphrotomie. Les auteurs considèrent que, dans les cas où l'anurie dure depuis plus de trois jours, il y a intérêt à intervenir systématiquement, conjointement à la poursuite du traitement médical qui, en l'occurrence, conserve le rôle essentiel.

Après un examen critique des diverses méthodes opératoires, les auteurs concluent comme il suit : la chirurgie donne des résultats indiscutables dans les néphropathies médicales, appréciables même dans certaines d'entre elles et qui prennent tout leur intérêt si l'on considère que l'efficacité de la thérapeutique médicale y est minime ou même nulle.

Ils suggèrent donc : 1° de poursuivre l'étude des possibilités de la thérapeutique chirurgicale, en s'entourant de toutes les explorations, et en particulier des données biopsiques, afin que soit possible l'identification du type morbide en cause ; 2° de voir notamment ce qu'est susceptible de donner la chirurgie au stade initial des néphropathies, au moment où les lésions sont encore susceptibles de réversibilité.

En son assemblée générale du 8 octobre, l'Association a élu ses nouveaux membres et de nombreux correspondants étrangers. Le Dr Lavenant (Paris) présidera le Congrès de 1938 ; le professeur Gérard (Lille) sera vice-président.

Le prix Taesch, dû à une exceptionnelle générosité, est attribué au Dr Hamburger, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Rapport pour 1938 : Indications et résultats de la résection endoscopique de la prostate. Rapporteurs : MM. Gayet et Cibert (Lyon).

Rapport pour 1939 : Les résultats de la néphrectomie pour cancer. Rapporteur : M. de Berne-Lagarde (Paris).

LIVRES NOUVEAUX

Le livre d'or du professeur Angelo Ceconi (de Turin (1).

En même temps que nous apprenions la mort du maître Angelo Ceconi, nous parvenait le livre d'or qui lui fut offert l'an dernier pour son jubilé : *Scritti in onore del prof. Angelo Ceconi, in occasione del trentesimo anno di insegnamento.* — Torino, 1936-XIVe. Ce magnifique volume, splendidement édité par « Minerva Medica », renferme une centaine d'articles originaux dus à la plume des plus grands savants italiens de l'heure. Une double préface des professeurs Micheli et Uffreduzzi précède l'énoncé des travaux du maître Ceconi. En le parcourant, on se rend mieux compte de l'étendue de son œuvre et de la perte que vient de faire la science italienne.

(1) Editions Minerva Medice, fondateur E. G. Oliaro, Turin. — Prix : lire 72.

EUGÈNE BEAUJARD

Voici quelques mois, nous avions la douleur de perdre un ami particulièrement cher, un grand cœur, un esprit des mieux avisés et des plus exquis. Eugène Beaujard succombait au mal trop souvent implacable des radiologistes qui ont trop risqué pour les autres pour prendre assez garde de se protéger eux-mêmes. Peu de temps avant l'heure où la mort, qu'il vit venir avec la sérénité qui était le fond de sa nature, devait l'emporter, ses nombreux et fidèles amis, ses élèves et ses admirateurs s'étaient réunis pour fêter une nomination trop tardive dans la Légion d'honneur ; à cette occasion, de nombreux discours avaient rappelé l'œuvre de Beaujard en radiologie, la sûreté et la précision de ses méthodes d'exploration ; plus récemment, notre ami Ch. Aubertin, dans une substantielle notice, montrait ce que l'hématologie doit à ses travaux. Qu'il me soit permis aujourd'hui d'évoquer ce dont la neurologie lui est redevable.

Il y a 30 ans, Beaujard apportait la démonstration rigoureuse de ce que l'on peut attendre de la radiothérapie de la syringomyélie, en précisant la manière dont s'effectuait l'effacement des symptômes sur lesquels les rayons de Roentgen ont prise : les perturbations subjectives et objectives de la sensibilité, les parésies, les troubles trophiques cutanés et osseux. Depuis lors, des observations sont venue, très nombreuses et de tous les horizons, qui ont confirmé la rigoureuse exactitude des faits que Beaujard avait exposés. Un point restait obscur : la manière dont les rayons X influencent le gliome syringomyélique. Il appartenait également à Beaujard de démontrer, chez un sujet traité et guéri depuis de longues années mais foudroyé par une hémoptysie tuberculeuse, que la radiothérapie n'exerce pas seulement une action sur les vaisseaux, mais aussi sur le tissu gliomateux, pour en amener la régression. C'est encore Beaujard qui, en 1909, utilisa les rayons X contre les déterminations cérébro-spinales de la sclérose en plaques et eut l'idée originale de pratiquer l'irradiation des parathyroïdes, dont Roussy et Clunet avaient montré l'hypertrophie dans la paralysie agitante sénile ; et c'est toujours Beaujard qui spécifia le mieux l'influence heureuse que l'on peut espérer de la radiothérapie dans le goitre simple, le goitre basedowifié et le goitre exophtalmique. Tout récemment, il avait attiré l'attention sur les résultats inattendus de la roentgenthérapie spinale dans la myopathie primitive.

Mais E. Beaujard ne se montrait pas seulement possédé du désir de soulager et de guérir ; un esprit curieux comme le sien ne pouvait se détacher de la pathogénie des maladies qu'il avait à traiter. Et ce ne fut point une surprise quand Beaujard fit voir cette chose imprévue, que la vaccination antityphoïdique pouvait être à l'origine de l'éclosion de certaines syringomyélies, donnée qui devait bientôt être appuyée par l'autorité du professeur Guillain.

Assurément, ces courtes lignes ne donnent qu'une impression bien incomplète de l'originalité et de la perspicacité qui habitaient l'esprit de Beaujard, mais elles disent encore moins le chagrin profond qu'ont ressenti ses amis quand il les quitta pour jamais.

JEAN LHERMITTE.

TABLE DES MATIÈRES

1937

A

(*) Les indications suivies d'un astérisque correspondent à des articles.

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

Y

Z

TABLE DES AUTEURS

1937

E

F

G

T

U

V

W

Y

Z